



UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO  
FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN  
LICENCIATURA EN NUTRICION  
COORDINACION DEL SERVICIO SOCIAL



INFORME PERIODICO DE SERVICIO SOCIAL UNIVERSITARIO/PRÁCTICAS PROFESIONALES

1.- DATOS DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL

LUGAR DONDE REALIZO EL SERVICIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ MATRICULA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_\_

CICLO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

PERIODO QUE CUBRE DEL INFORME: \_\_\_\_\_

No. DE INFORME: \_\_\_\_\_ HORAS REPORTADAS: \_\_\_\_\_ HORAS ACUMULADAS \_\_\_\_\_

2.- Actividades a Realizar



3.- OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL  
RESPONSABLE DIRECTO

\_\_\_\_\_  
PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL

\_\_\_\_\_  
COORD. SERV. SOCIAL  
LIC. EN NUTRICIÓN



**UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN**  
**LICENCIATURA EN NUTRICION**  
**COORDINACION DEL SERVICIO SOCIAL**



**REGISTRO DE ASISTENCIAS**

Servicio Social Universitario/Prácticas

Servicio Social de Pasante

NOMBRE DEL ALUMNO (A) \_\_\_\_\_

INSTITUCION ASIGNADA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE DIRECTO \_\_\_\_\_

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	HORAS/DÌA	CUMPLIÓ ACTIVIDADES

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DIRECTO**

\_\_\_\_\_  
**PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL**

\_\_\_\_\_  
**COORD. SERV. SOCIAL LIC. EN NUTRICIÓN**