

Reporte final de Servicio Social Profesional de las áreas de salud

Datos del prestador del Servicio Social Profesional (SSP)

Nombre del prestador de SSP:

Licenciatura:

Matrícula:

Universidad Tecmilenio - Campus:

Teléfono celular:

Teléfono de casa:

Correo personal:

Datos de la plaza asignada

Tipo de plaza:

Promoción:

Domicilio de
adscripción:Municipio y/o
ciudad:

Estado:

Fecha de inicio:

Fecha de
término:

Datos de la dependencia receptora

Dependencia de adscripción:

Nombre del programa y/o
departamento del SSP:Teléfono de la
empresa:Teléfono del
responsable:**Datos del responsable del prestador de SSP**Nombre del responsable del
prestador de SSP:

Título:

Cargo:

Objetivo general**Objetivos específicos**

1.

2.

3.

Actividades





Metas alcanzadas

- 1.
- 2.
- 3.

Conclusiones personales**Comentarios finales del responsable**

Nombre y firma del jefe inmediato
del prestador
Sello de la dependencia

Mentora académica de humanidades y
salud
Sello de la dependencia

Nombre y firma del
prestador de Servicio Social

Importante:

Para complementar tu reporte, será necesario realizar un video integrador de tu experiencia en el SSP.