

## Informe trimestral no. 1 2 3 de pasantes del área de salud

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DD	MM	AAAA

**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**

Promoción:

Tipo de plaza:

Lugar de adscripción:

Domicilio de adscripción:

Municipio y/o  
ciudad:

Estado:

**Datos de la dependencia receptora**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:

**Actividades**

**Comentarios 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

Soporte fotográfico

