

UNIVERSIDAD MUNDIAL
DEPARTAMENTO PROFESIONAL DE VINCULACIÓN
REGISTRO DEL SERVICIO SOCIAL AFINES A LA SALUD (1 AÑO)

Fecha:

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

1. Nombre del alumno: _____ 2. Matrícula: _____
3. Licenciatura: _____ 4. Cuatrimestre: _____ 5. Créditos: _____ 6. Tel: _____

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

7. Nombre de la Institución: _____
8. Actividad o funciones de la Institución: _____
9. Nombre y grado académico del titular de la Institución: _____
10. Cargo del titular: _____
11. Nombre del supervisor del alumno: _____
12. Cargo del supervisor: _____
13. Teléfonos del supervisor: _____
14. Correo electrónico del supervisor: _____

ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN UN PERIODO DE 1 AÑO DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

15. Objetivo y actividades que realizará el alumno: _____

16. Inicio de la realización de la actividad:

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

COMPROMISO DEL ALUMNO: Respetar y cumplir los Reglamentos de la Universidad Mundial, los Ordenamientos de la Institución y realizar las tareas y actividades del servicio social, entregando sus reportes mensuales en formato SS2 y al finalizar el formato SS3, constancia de liberación del servicio social e informe final de mínimo 20 cuartillas de las actividades realizadas.

Firma del alumno: _____

COMPROMISO DE LA INSTITUCIÓN: Respetar y cumplir la filosofía educativa y los Reglamentos de la Universidad Mundial, brindando apoyo y todas las facilidades para que sean supervisadas las actividades de los estudiantes en la realización del servicio social.

Nombre y firma del supervisor del alumno

Sello de la Institución

Visto Bueno del Coordinador de licenciatura

Nombre del Coordinador

Firma del Coordinador

Firma y sello de la Dirección del Departamento Profesional de Vinculación