**Datos Generales**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la alumna o alumno** | Nombre (s) | Primer Apellido | Primer Apellido | Promoción |
| **Nombre de la Tutora o Tutor** | Nombre (s) | Primer Apellido | Primer Apellido |

**Datos del Proyecto**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del proyecto de investigación  |  |
| Fecha de autorización por el Comité de investigación y Bioseguridad: | Fecha de autorización por el Comité de Ética en Investigación: | Número de registro ante la Comisión de Ética: |
| Fecha de inicio: | Fecha del reporte actual: |

**Objetivos: enlistar los objetivos programados en el Proyecto original y el porcentaje de avance de estos, a la fecha del presente informe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Objetivos | Avance (%) | Observaciones |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

**Principales actividades del alumno en el desarrollo del proyecto de acuerdo con el cronograma:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividades** | **Programado (%)** | **Avance (%)** | **Observaciones** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Cuántas horas a la semana dedicada la o el pasante al proyecto de investigación?  | ¿Cuántas horas a la semana recibe la o el pasante de asesoría por parte de su Tutor? | ¿Fecha en la que realizó el Curso de Metodología de la Investigación?  |
| Porcentaje de avance del proyecto de investigación: |  |

**Principales actividades de capacitación que ha recibido el o la pasante durante su estancia en el Programa Nacional de Servicio Social en Investigación en Salud** (con fecha de corte al 14 de febrero de 2025):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividades de Capacitación\*** | **Lugar****(sede)** |  | **Fecha****(día, mes y año)** | **Duración****(horas)** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

Principales productos obtenidos derivados del proyecto de investigación en salud en el que está incorporado la o el pasante durante su estancia en el Programa Nacional de Servicio Social en Investigación en Salud (con fecha de corte al 16 de febrero de 2025):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Artículo\*** | **Nombre de la Revista** | **Fecha de Publicación****(día, mes y año)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Libro\*** | **Editorial** | **Fecha de Publicación****(día, mes y año)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Presentaciones en Congresos****Nombre del Evento\*** | **Institución que convoca** | **Fecha de la presentación****(día, mes y año)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Otros\*** | **Fecha de Publicación****(día, mes y año)** |
|  |  |
|  |  |

\* Se deberá incluir en los créditos de la publicación de resultados de su proyecto de investigación a la DGCES, mencionando en el caso del o la Pasante la siguiente leyenda: Becaria o Becario de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud, México.

\*En su caso, anexar documentos (formato PDF) que avalen lo plasmado en estos Apartados

|  |
| --- |
| **Comentarios y/o Aclaraciones (Opcional)** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elaboró |  | Validó |
| Nombre y firma del o la Pasante |  | Nombre y firma de la Tutora o el Tutor |