Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de Realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique a que Bimestre Corresponde: (4)

 Bimestre Final

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  **Nivel de desempeño del criterio** |
| No | Criterios a evaluar (5) | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos.  |  |  |  |  |  |
| 2 | Trabajé en equipo y se adapta a nuevas situaciones. |  |  |  |  |  |
| 3 | Mostré liderazgo en las actividades encomendadas.  |  |  |  |  |  |
| 4 | Organicé su tiempo y trabaja de manera proactiva.  |  |  |  |  |  |
| 5 | Interpreté la realidad y se sensibiliza aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria.  |  |  |  |  |  |
| 6 | Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa.  |  |  |  |  |  |
| 7 | Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
| Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (6)  Nombre, No. de Control y firma del prestador de servicio social c.c.p. Expediente Dpto. de Servicio Social |

INSTRUCTIVO

|  |  |
| --- | --- |
| No.  | DESCRIPCIÓN |
| 1 | Escribir el nombre completo del prestador de servicio social vigente |
| 2 | Anotar el nombre del programa que está atendiendo en la dependencia |
| 3 | Anotar el periodo a que corresponde de acuerdo al reporte bimestral. |
| 4 | Anotar el bimestre a que corresponde (**I, II ó final)** |
| 5 | Este apartado es llenado por el prestador de servicio social **( donde Insuficiente tiene valor de 0, suficiente 1, Bueno 2, Notable 3 y Excelente 4)** y deberá evaluar todos los criterios. |
| 6 | Escribir el nombre completo, No. de control y firma del estudiante  |