Nombre del prestador de Servicio Social: Programa: Periodo de realización:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique a que bimestre corresponde: |  |  | Bimestre |  | Final |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No.** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | ¿Consideras importante la  realización del Servicio Social? |  |  |  |  |  |
| 2 | ¿Consideras que las actividades que realizaste son pertinentes a los fines del  Servicio Social? |  |  |  |  |  |
| 3 | ¿Consideras que las actividades que realizaste  contribuyen a tu formación integral? |  |  |  |  |  |
| 4 | ¿Contribuiste en actividades de beneficio social  comunitario? |  |  |  |  |  |
| 5 | ¿Contribuiste en actividades de protección al medio  ambiente? |  |  |  |  |  |
| 6 | ¿Cómo consideras que las competencias que adquiriste en la escuela contribuyeron a atender asertivamente las  actividades de servicio social? |  |  |  |  |  |
| 7 | ¿Consideras que sería factible continuar con este proyecto de Servicio Social a un proyecto de Residencias Profesionales, proyecto integrador, proyecto  de investigación o desarrollo tecnológico? |  |  |  |  |  |
| 8 | ¿Recomendarías a otro estudiante realizar su Servicio Social en la dependencia  donde lo realizaste? |  |  |  |  |  |
| **Observaciones:**  **Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio Social**  c.c.p. Oficina de Servicio Social | | | | | | |

1. **INSTRUCTIVO DE NIVEL DE DESEMPEÑO DEL CRITERIO**

Equivalencia numérica del nivel de desempeño de criterio.

|  |  |
| --- | --- |
| Excelente | 4 |
| Notable | 3 |
| Bueno | 2 |
| Suficiente | 1 |
| Insuficiente | 0 |