|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de el/la prestador (a) de Servicio Social |  |
|  |  Apellido paterno Apellido materno Nombre (s) |
|  |  |
| 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 | Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos. |   |   |   |   |   |
| 2 | Trabajé en equipo y me adapté a nuevas situaciones. |   |   |   |   |   |
| 3 | Mostré liderazgo en las actividades encomendadas. |   |   |   |   |   |
| 4 | Organicé mi tiempo y trabajé de manera proactiva. |   |   |   |   |   |
| 5 | Interpreté la realidad y me sensibilicé 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 mostré espíritu de servicio. |   |   |   |   |   |
|  **PROMEDIO FINAL** |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Observaciones:** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   | **Nombre, no. de control y firma de el/la prestador (a) de Servicio Social** |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| c.c.p. Oficina de Servicio Social |   |   |   |   |   |