|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del(de la) prestador(a) de servicio social: | | | | | | | | (1) | | | | | | | | | | | | |  | |
| Programa: | | | **(2)** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Periodo: (3) | | Enero –  Junio | | |  | Agosto - Diciembre |  | | |  | Bimestre (4): | | 1° |  | | **2°** | |  | 3° | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | **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 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 complementaría. | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |
| 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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **(7)** |
| **Nombre, No. de control y firma del (de la) prestador (a) del servicio social** |

**Nota:** este documento deberá contestarse con toda honestidad ya que se evaluará con la tabla de valores (entregar original y copia).

C.c.p. Oficina de servicios social

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO** | **DESCRIPCION** |
| **1** | Anotar el nombre del (la) estudiante empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). Por ejemplo:  Juárez Sánchez José |
| **2** | Anotar el nombre completo del programa. Por ejemplo:  “Realizar actividades enfocadas al cuidado ambiental” |
| **3** | Marcar con una “x” el periodo que corresponda del servicio social. Por ejemplo:  Enero – Junio o Agosto – Diciembre |
| **4** | Marcar con una “X” el número de bimestre que corresponda: 1°, 2° o 3° |
| **5** | Marcar con una “X” el nivel de desempeño del criterio en los 7 puntos a evaluar. |
| **6** | En caso de tener observaciones señalarlas. |
| **7** | Anotar los siguientes datos del (de la) estudiante prestador(a) del servicio social:   * Nombre del estudiante prestador del servicio. * Número de control * Firma |

**NOTA: Borrar números guía entre paréntesis y el instructivo de llenado.**