**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL (LA) PRESTADOR(A) DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del(de la) prestador(a) de servicio social: (1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Indique a que bimestre corresponde: (4)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No.** | **Criterios a evaluar (5)** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | ¿Considera importante la realización del servicio social? |  |  |  |  |  |
| 2 | ¿Considera 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 | ¿Contribuye 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 los realizaste? |  |  |  |  |  |
| **Observaciones(6) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(7)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre, No. de control y firma del (de la) prestador(a) de Servicio Social**  C.c.p. Oficina de Servicio Social | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bimestre: | 1° |  |  | 2° |  |  | 3° |  |

**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 los números guía entre paréntesis y el instructivo de llenado.**