**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Prestador del Servicio Social: | | | Escribe el nombre *completo del Prestador del SS* |
| Programa: | *Escribe el nombre completo del Programa del SS* | | |
| Periodo de realización: | | Elije el periodo de inicio | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bimestre | Elije Bimestre | Final |  |

Indique qué bimestre corresponde

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **NO.** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| **Valor** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **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 en 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escribe el nombre completo del prestador del SS

Escribe el no de control y carrera

**c.c.p. Expediente Oficial de Servicio Social**