FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL PRESTADOR DE

**SERVICIO SOCIAL**

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. Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social. | | | | | | | | | |