**Nombre del prestador de Servicio Social**:

 **Programa**:

**Periodo de realización**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indique a que bimestre corresponde: Bimestre**  |  | **Final** |  |  |
| **No.** | **Criterios a evaluar** | **Nivel de desempeño del criterio** |
| **Insuficiente (0)** | **Suficiente (1)** | **Bueno (2)** | **Notable (3)** | **Excelente (4)** |
| **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. |  |  |  |  |  |
| **Observaciones:**    C.c.p. Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social |

**Nombre, No. de Control y firma del prestador de Servicio Social**