



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

Nombre del estudiante prestador de Servicio Social: _____

No. De Control: _____, Carrera: _____

Programa: _____.

Periodo de realización: enero-junio: ____, agosto-diciembre: ____

Indique a que bimestre corresponde: 1er., 2do. _____, 3er. ____, y Final: _____

No.	Criterios a evaluar	Nivel de desempeño del criterio				
		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 Residencia 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:

firma del estudiante prestador de Servicio Social

C.c.p.- Oficina de Servicio Social

