

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

Fin

No	Criterios a evaluar	Nivel de desempeño del criterio				
		Insuficiente	Suficiente	Buena	Notable	Excelente
1	¿Consideras importante la realización del servicio social?					
2	¿Consideras que las actividades que realizas 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 ese 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, NÚMERO DE CONTROL Y CARRERA

