**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** |  Cumple en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos. |  |  |  |  |  |
| **2** |  Trabaja en equipo y se adapta a  nuevas situaciones. |  |  |  |  |  |
| **3** | Muestra liderazgo en las actividades encomendadas. |  |  |  |  |  |
| **4** | Organiza su tiempo y trabaja de manera proactiva. |  |  |  |  |  |
| **5** | Interpreta la realidad y se sensibiliza aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria. |  |  |  |  |  |
| **6** | Realiza sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa. |  |  |  |  |  |
| **7** | Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
| **Observaciones**:     **C.c.p. Depto. de Residencias Profesionales y Servicio Social** |

**Nombre, cargo y firma del responsable del programa**

**Sello de la dependencia/empresa**