



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	Suficiente	Bueno	Notable	Excelente
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 ayudaren las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio.					

Observaciones: _____

Nombre
Cargo
firma del responsable de programa

Sello de la dependencia