|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Programa: \_\_\_\_ MISMO QUE ESTA EN LA SOLICITUD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Periodo de realización: \_\_\_\_\_ POR BIMESTRE Del **día** de **mes** de **año** al **día** de **mes** de **año**\_ | | | | | | | | | | | |
| Indique a que bimestre corresponde: | | | Bimestre | | | 1,2 ó 3 | | Final | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | | | | | | |
| **No.** | **Criterios a evaluar** | **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 ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio.** |  | |  | | |  | |  | |  |
| Observaciones (5): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre, cargo y firma del responsable  del programa | | | | | Sello de la  dependencia/empresa | | | | | | |