**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y DESARROLLO COMUNITARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del prestador del servicio social: |  |
| Programa: |  |
| Periodo de realización, indique a que bimestre corresponde: | **1ro** |  | **2do** |  | **3er** |  | **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre, Cargo y Firma del responsable**

**del programa**