**ANEXO XXV.**

**NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROGRAMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PERIODO DE REALIZACION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INDIQUE A QUE BIMESTRE CORRESPONDE: BIMESTRE FINAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No.** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| **1** | **¿Consideras importante la realización del servicio social?** |  |  |  |  |  |
| **2** | **¿Consideras que las actividades que realizaste 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 este 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, No de control y firma del prestador de servicio social**  **c.c.p. Oficina de Servicio Social** | | | | | | |