**ANEXO XXIII.**

**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** | **Cumple con 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 realizada** |  |  |  |  |  |
| **6** | **Realiza sugerencias innovadoras para el 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 de programa sello de la dependencia/empresa**  **c.c.p. Oficina de Servicio Social** | | | | | | |