



FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del (la) prestador (a) de servicio social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a que bimestre corresponde:

Bimestre

Final

No.	Criterios a evaluar	Nivel de desempeño del criterio				
		Insuficiente (0)	Suficiente (1)	Bueno (2)	Notable (3)	Excelente (4)
1	¿Considera importante la realización del servicio social?					
2	¿Considera 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	¿Contribuye 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

ITSLP-SPV-PG-003-05

REV.2



FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del (la) prestador (a) de servicio social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a que bimestre corresponde:

Bimestre

Final

Nivel de desempeño del criterio						
No	Criterios a evaluar	Insuficiente (0)	Suficiente (1)	Bueno (2)	Notable (3)	Excelente (4)
1	Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos.					
2	Trabajé en equipo y me adapté a nuevas situaciones.					
3	Mostré liderazgo en las actividades encomendadas.					
4	Organicé mi tiempo y trabajé de manera proactiva.					
5	Interpreté la realidad y me sensibilicé aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria.					
6	Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participé.					
7	Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio.					

Observaciones: _____

**Nombre, No. de control y firma del Prestador
de Servicio Social**

C.c.p. Oficina de Servicio Social

ITS LP-SPV-PG-003-05

REV.2



FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del (la) prestador (a) de servicio social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a que bimestre corresponde:

Bimestre

Final

Nivel de desempeño del criterio					
No	Criterios a evaluar	Insuficiente (0)	Suficiente (1)	Bueno (2)	Notable (3)
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 de
programa

Sello de la dependencia/empresa

C.c.p. Oficina de Servicio Social

ITS LP-SPV-PG-003-05

REV.2

