

Fecha: _____ / _____ / _____

Tipo de Prestador(a):	Interno ()	Externo ()
Nombre de la o del Prestador:		
Programa:		
Periodo reportado:		al
Acumulado de horas al presente reporte:		

Número de Informe (marque con x):	Bimestre		
	1º	2º	3º

Evaluación por la (el) Responsable del Programa				
La siguiente evaluación tiene como objetivo medir el nivel de desempeño mostrado por la o el prestador de servicio social, por ello, solicitamos a la o al Responsable del Programa, completar esta breve evaluación considerando los siguientes valores:				
4 Excelente	3 Notable	2 Bueno	1 Suficiente	0 Insuficiente
Criterios de Evaluación				Nivel de Desempeño
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				
PROMEDIO GENERAL				
Observaciones sobre la o el prestador:				

Nombre, cargo y firma de la o del
Responsable del Programa

Sello del Área/Dependencia/Organismo

NOTA: En caso de requerir una impresión adicional de este formato, el mismo se encuentra disponible en la dirección electrónica <http://social.tese.edu.mx/>

Elaboró Departamento de Servicio Social y Seguimiento de Egresados	Versión
Autorizó Dirección de Apoyo y Desarrollo Académico	Fecha de revisión