



FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a qué 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					



Evaluación del Reporte Final

Código: ITT-POC-08-10

Referencia a la Norma ISO 9001:2015: 8.2.3

Fecha de revisión: 01-Feb-24

Revisión: 1

Página: 2 de 2

	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