|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNIVERSIDAD VERACRUZANA**  FACULTAD DE INGENIERIA  CAMPUS CD. MENDOZA., VER |

Nombre y cargo del Jefe inmediato con su grado académico (Ing., Lic., CP, etc.)

Unidad Receptora (con dirección y localidad)

P R E S E N T E

Por este conducto me dirijo a Ud. para solicitarle sea tan amable de llenar la encuesta anexa para la evaluación del

Servicio Social del estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la carrera de Ingeniería Mecánica Eléctrica, en esta Dependencia, así mismo sus comentarios en caso de tenerlos y remitirlos a nuestra Facultad de Ingeniería, la cual se encuentra ubicada en KM 1.0 carretera Sumidero, Dos Ríos, Ixtaczoquitlán, Ver, por medio del prestador de Servicio social.

Por su fina atención al presente quedo de Ud. como su atenta y Segura Servidora.

A T E N T A M E N T E

“LIS DE VERACRUZ: ARTE, CIENCIA Y LUZ”

Ixtaczoquitlán., Ver., a 17 de Febrero del 2026.

**Mtra. Ma. del Pilar Vega Trujillo**

Coordinadora de Sevicio Social

Facultad de Ingeniería

|  |  |
| --- | --- |
|  | FACULTAD DE INGENIERIA, CAMPUS IXTACZOQUITLAN  DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y TITULACION.  **Programa de Evaluación Interna Institucional para el Servicio Social**  **de la Facultad de Ingeniería Ixtaczoquitlán, Ver.** |

**ENCUESTA PARA LA EVALUACION INTERNA INSTITUCIONAL PARA EL SERVICIO SOCIAL**

Nombre del alumno(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependencia donde presta sus servicios con localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Programa: “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

1.- ¿Cómo es la asistencia?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EXCELENTE | BUENA | REGULAR |

2.- Su participación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EXCELENTE | BUENA | REGULAR |

3.- Su responsabilidad en los trabajos asignados:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EXCELENTE | BUENA | REGULAR |

4.- Su desempeño

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EXCELENTE | BUENO | REGULAR |

5.- Avance del programa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EXCELENTE | BUENO | REGULAR |

6.- Número de horas dedicadas a su función por semana

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 11-15 HORAS |  | 16-20 HORAS |  |

7.- ¿En una escala del 2 al 10 que calificación le asignaría al prestador del Servicio

¿Social?

|  |
| --- |
|  |

COMENTARIOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Jefe Inmediato que certifica y Sello de la unidad receptora