|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formato de Evaluación | | | | | | | | |
|
| Nombre del prestador de Servicio Social: | |  | | | | | | |
| Programa: | |  | | | | | | |
| Periodo de realización: | |  | | | | | | |
| Indique a qué bimestre corresponde | | Bimestre |  | | Final | |  | |
|  | | | | | | | | |
| En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente: | | | | | | | | |
|  |  | | | | | A Valor | | B Evaluación |
| Evaluación por el responsable del Programa | 1. Asiste puntualmente a realizar sus actividades | | | | | 5 | |  |
| 2. Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones | | | | | **10** | |  |
| 3. Cumple correctamente con las actividades encomendadas en el tiempo estipulado, alcanzando los objetivos | | | | | **10** | |  |
| 4. Organiza su tiempo y trabaja sin necesidad de una supervisión estrecha. | | | | | **5** | |  |
| 5. Interpreta la realidad y se sensibiliza con respecto a la problemática que se pretende disminuir o eliminar con el Servicio Social. | | | | | **5** | |  |
| 6. Realiza sugerencias personales para beneficio o mejora del programa en el que participo | | | | | **10** | |  |
| 7. Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas | | | | | **10** | |  |
| 8. Muestra espíritu de servicio | | | | | **10** | |  |
| Para llenado de Evaluación por el Jefe de Oficina de Servicio Social y Desarrollo Comunitario | 1. Entrega en tiempo y forma los reportes o informes solicitados | | | | | **5** | |  |
| 2. Mostró responsabilidad y compromiso con su Servicio Social | | | | | **15** | |  |
| 3. Realizó un trabajo innovador en su área de desempeño | | | | | **5** | |  |
| 4. Es dedicado y proactivo en los trabajos encomendados | | | | | **10** | |  |
| CALIFICACIÓN FINAL | | | | |  | |  |
| NIVEL DE DESEMPEÑO: | | | | |  | |  |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|
|  | | | | Sello de la Dependencia/Empresa | | | | |
| Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa | | | |
|  | | | |
| c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instructivo de llenado** | | |
| **No.** | **Concepto** | **Descripción** |
| 1 | Nombre | Nombre del prestador de Servicio Social |
| 2 | Programa | Servicios social |
| 3 | Periodo de realización | Periodo a reportar |
| 4 | Bimestre | Primero, segundo o final |
| 5 | Evaluación | Por parte del responsable de unidad receptora |
| 6 | Observaciones | Responsable de unidad receptora |
| 7 | Nombre cargo y firma | Responsable de unidad receptora |
| 8 | Sello | Unidad receptora |