**FORMATO DE EVALUACION SERVICIO SOCIAL.**

**Nombre del prestador del Servicio Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Periodo de Realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Control\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indique a que bimestre corresponde** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **SEMESTRAL** | **1** | **Final** | **X** | |

**EN QUE MEDIDA EL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL CUMPLE CON LO SIGUIENTE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Criterios a Evaluar** | | **A**  **Valor** | **B**  **Evaluación** |
| **Evaluación por el Responsable del Programa** | 1. **Asiste Puntualmente a realizar sus actividades** | **5** |  |
| 1. **Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones** | **10** |  |
| 1. **Cumple correctamente con las actividades encomendadas en el tiempo estipulado, alcanzando los objetivos.** | **10** |  |
| 1. **Organiza su tiempo y trabaja sin necesidad de una supervisión estrecha.** | **10** |  |
| 1. **Interpreta la realidad y se sensibiliza con respecto a la problemática que se pretende disminuir o eliminar con el Servicio Social** | **5** |  |
| 1. **Realiza sugerencias personales para beneficio o mejora del programa en el que participo.** | **5** |  |
| 1. **Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas** | **10** |  |
| 1. **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** |  |
| 1. **Mostro la responsabilidad y compromiso con su Servicio Social** | **15** |  |
| 1. **Realizo un trabajo innovador en su área de desempeño** | **5** |  |
| 1. **Es dedicado o proactivo en los trabajos encomendados.** | **10** |  |
| **CALIFICACION FINAL** |  |  |
| **NIVEL DE DESEMPEÑO** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **URSULA K. TOVAR MENDEZ**  **JEFE DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL**  **sello** | **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**  NOMBRE, PUESTO Y FIRMA DEL SUPERVISOR |

c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social.