**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.