**Evaluación.**

Nombre del prestador de servicio social. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bimestre |  | Final |  |

Indiqué a qué bimestre corresponde

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |  |
| 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. | **10** |  |
| 5. | Interpreta realidad y 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 qué participo. | **5** |  |
| 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:** |

**Nombre, cargo y firma del responsable del programa. c.c.p. expediente oficina de servicio social**

Sello de la Dependencia /Empresa