T**FORMATO DE EVALUACION**

Nombre del Prestador de Servicio Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de Realización\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Bimestral | Final |

Indique a que 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 | |  |
| 1. Trabaja en Equipo y se Adapta a Nuevas Situaciones | 10 | |  |
| 1. Cumple Correctamente con las Actividades Encontradas en el Tiempo Estipulado Alcanzando los Objetivos | 10 | |  |
| ***4.*** Organizar su Tiempo y Trabaja sin Necesidad de una Supervisión Estrecha | 10 | |  |
| ***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 | 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 a Tiempo y Forma los Reportes o Informes Solicitados. | 5 | |  |
| ***2.*** Mostró Responsabilidad y Compromiso con su Servicio Social | 15 | |  |
| ***3.*** Realizo su Trabajo Innovador en su Área de Desempeño | 5 | |  |
| ***4.*** Es Dedicado y Proactivo en los Trabajos Encomendados | 10 |  | |
| **CALIFICACION 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