**Formato de Evaluación**

Nombre del prestador de Servicio Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_LA DEPENDENCIA PROPORCIONA EL NOMBRE DEL PROGRAMA, DE NO SER ASI, REGISTRAR CON EL NOMBRE DE “SERVICIO SOCIAL”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bimestre | (1, 2 o 3) | Final |  |

Periodo de realización: \_\_FECHA SEGÚN AL REPORTE A ENTREGAR\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:** | | | |
| **Criterios a evaluar** | | A  **Valor Máximo a Evaluar** | B  Evaluación |
| **Evaluación por el responsable del programa** | 1. Asiste puntualmente a realizar sus actividades | 5 | **SE REGISTRA LA EVALUACION DEL JEFE INMEDIATO EN ESTA COLUMNA)** |
| 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 | EXCLUSIVO OFICINA SERVICIO SOCIAL |
| 1. Mostró responsabilidad y compromiso con su Servicio Social | 15 |  |
| 1. Realizó un trabajo innovador en su área de desempeño | 5 |  |
| 1. Es dedicado y proactivo en los trabajos encomendados | 10 |  |
| CALIFICACION FINAL | |  |
| NIVEL DE DESEMPEÑO:  **(EXCLUSIVO PARA OFICINA DEL SERVICIO SOCIAL) SUPRIMIR ANTES DE IMPRIMIR** | | |
| OBSERVACIONES: (EN CASO QUE EXISTA ALGUNA OBSERVACIÒN HACER MENCIÒN) | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SELLO

Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa

(LLENAR EN DIGITAL)

c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social

NOTA IMPORTANTE:

ESTE FORMATO DE EVALUACION NO SE MODIFICA EL MEMBRETE SE QUEDA ASI TAL CUAL SE DESCARGA, SOLO ELIMINAR LOS MENSAJES EN ROJO Y AMARILLO.

AGREGAR AL FINAL DE ENTREGAR EL REPORTE 3 UNA “X” EN EL RECUADRO QUE DICE FINAL….

REGISTRAR LAS EVALUACIONES DONDE DICE EVALUACON “B” (VEASE EL TABULADOR EN LA TABLA “A”)

NO OLVIDE SELLAR Y FIRMAR