**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** | BEvaluación |
| **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