|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del prestador de Servicio Social: |  |
| Programa:  |  |
| Periodo de realización:  |  | Horas del periodo |  |
| Indique a que tipo corresponde: | Bimestre |  | Final |  | Horas Acumuladas |  |
| Descripción de Actividades |
|  |

|  |
| --- |
| **En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:** |
| **Criterios a Evaluar** | A | B |
| Valor | 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 la realizad 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 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 | Sello de la Dependencia |