|  |  |
| --- | --- |
| **Anexo I** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Formato de Evaluación** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de (el/la) prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Control: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Nombre del programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Indique a qué bimestre corresponde | Bimestre | **2** | Final |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **En qué medida el(la) prestador(a) del Servicio Social cumple con lo siguiente:** |
| **Criterios a evaluar** | **A**  **Valor** | **B Evaluación** |
| **Evaluación por el(la) 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 realidad y se sensibiliza con respecto a la problemática que se pretende disminuir o eliminar con el Servicio Social | **5** |  |
| **6.-**  Realizar 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(la) Jefe(a) 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(a) y proactivo(a) en los trabajos encomendados | **10** |   |
| **CALIFICACIÓN FINAL** |   |
|
| **NIVEL DE DESEMPEÑO:** |
|
| **OBSERVACIONES:** |
|
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Sello de la Dependencia/Empresa |  |
| DR. LENIN JACOBO ROSAS ORTIZJEFE DE CARRERA DE ING. GESTION EMPRESARIAL |  |  |
|  |  |
| **Nombre, Cargo y firma de (el/la) Responsable del Programa** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **C.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social** |  |  |  |  |  |  |