|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anexo I** | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Formato de Evaluación** | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de (el/la) prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. De Control:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |  |
| Carrera: Ing. Periodo de realización:\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |  |
| Nombre del programa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |  |
| Indique a qué bimestre corresponde | | | Bimestre | **1** | 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 | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Nombre, Cargo y firma de (el/la) Responsable del Programa** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **C.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social** | | |  |  |  |  |  |  |