EVALUACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Prestador de servicio Social (1): |  |
| Número de Control (2): |  |
| Programa (3): |  |
| Periodo de evaluación (4): |  |
| Indique a que bimestre corresponde (5): | Bimestre |  |  |  |

|  |
| --- |
| En qué medida el Prestador de Servicio Social cumple con lo siguiente: |
| Criterios a evaluar | **A** **Valor**  | **B (6)****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 realidad 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 tareas encomendadas. | 10 |  |
| 8. Muestra espíritu de servicio. | 10 |  |
| Evaluación por el jefe de oficcia de Servicio Social y desarrollo comunitario | 1. Entrega en tiempo y forma los reportes e informes solicitados | 5 |  |
| 2. Mostro responsabilidad y compromiso con el Servicio Social. | 15 |  |
| 3. Realizo un trabajo innovador en su área de desempeño.  | 5 |  |
| 4. Es dedicado y proactivo en los trabajos encomendados. | 10 |  |
| Calificación Final (7) |  |
| Nivel de Desempeño (8) |
| Observaciones: (9) |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre, cargo y firma del Responsable del programa (10) | Sello de la dependencia/organismo (11) |

**NOTA**: Este reporte deberá ser entregado cada 2 meses en original y copia, dentro de los primeros 5 días hábiles de la fecha de término del mismo, de lo contrario procederá a sanción de acuerdo al reglamento vigente.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO** | **DESCRIPCIÓN** |
|  | Anotar el nombre del alumno prestador del servicio social. |
|  | Anotar el número de control del estudiante. |
|  | Escribir el nombre del programa donde el alumno prestará su servicio social. |
|  | Anotar la fecha de inicio y término del bimestre. |
|  | Anotar el bimestre a evaluar (1, 2, 3). |
|  | Asignación del puntaje al criterio evaluado de acuerdo al desempeño del residente por parte de los asesores. Considerando que la columna A es el valor máximo para cada criterio. |
|  | Es la sumatoria de lo obtenido en la columna B y de acuerdo a la valoración numérica se asignará calificación  |
|  | Es obtenido a partir de la calificación final, ver la tabla 1. Uso exclusivo de la oficina de Servicio Social. |
|  | Anotar alguna(s) sugerencia(s). Uso exclusivo de la oficina de Servicio Social. |
|  | Anotar nombre, cargo y firma del responsable del programa |
|  | Asentar el sello oficial de la dependencia / organismo |

**Tabla 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Desempeño** | **Niveles de Desempeño** | **Valoración Numérica** |
| Competencia Alcanzada | Excelente | De 95 a 100 |
| Notable | De 85 a 94 |
| Bueno | De 75 a 84 |
| Suficiente | De 70 a 74 |
| Competencia no alcanzada | Insuficiente | NA (No Alcanzada) |