



Formato de Evaluación

Nombre del prestador de Servicio Social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a qué bimestre corresponde:

(ANOTAR 1,2 Ó 3)

MARCAR SI ES EL FINAL

En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:			
Evaluación por el responsable del programa	CRITERIOS A EVALUAR	A	B
		Valor	Evaluación
	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 estipulado, alcanzando los objetivos 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 actividades encomendadas	10	
	8. Muestra espíritu de servicio.	10	
Para llenado de Evaluación por el Encargado de Oficina de Servicio Social	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/Empresa