

Dirección General de Educación Superior Tecnológica



Formato de Evaluación

Nombre del prestador de Servicio Social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a qué bimestre corresponde:

Bimestre		Final	
----------	--	-------	--

En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:			
Criterios a evaluar		A Valor	B 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 participó.	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 Departamento 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:

Sello de la
Dependencia/Empresa

Nombre, cargo y firma del Responsable