|  |
| --- |
| **Anexo I** |
| **Formato de Evaluación** |
|  |  |  |  |
| Nombre del prestador de Servicio Social: Ingeniería: No. de Control:  |  |  |
|

|  |
| --- |
| Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Programa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |
| Indique a qué bimestre corresponde Bimestre Final 1 |  |  |
|  |  |  |  |
| **En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:** |
| **Criterios a evaluar** | A | B |
| Valor | 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 actividades encomendadas | **10** |   |
| 8. Muestra espíritu de servicio. | **10** |   |
| **Para llenado de Evaluación** **por el Jefe 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 y proactivo en los trabajos encomendados | **10** |   |
| **CALIFICACIÓN FINAL:** |   |
| **NIVEL DE DESEMPEÑO:** |
| **OBSERVACIONES: \* (Anotar Resumen de Actividades realizadas por los dos meses)****Horas realizadas en el período reportado: 180 Horas Acumuladas :180** |
|  |  |  |  |
|  |  | Sello de la |
| **Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa** | Dependencia/Empresa |
|  |  |  |  |
| c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social |  |  |

|  |
| --- |
| **Anexo II** |
| **Formato de Evaluación** |
|  |  |  |  |
| Nombre del prestador de Servicio Social: Ingeniería: No. de Control:  |  |  |
|

|  |
| --- |
| Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Programa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |
| Indique a qué bimestre corresponde Bimestre Final 2 |  |  |
|  |  |  |  |
| **En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:** |
| **Criterios a evaluar** | A | B |
| Valor | 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 actividades encomendadas | **10** |   |
| 8. Muestra espíritu de servicio. | **10** |   |
| **Para llenado de Evaluación** **por el Jefe 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 y proactivo en los trabajos encomendados | **10** |   |
| **CALIFICACIÓN FINAL:** |   |
| **NIVEL DE DESEMPEÑO:** |
| **OBSERVACIONES: \*(Anotar Resumen de Actividades realizadas por los dos meses)****Horas realizadas en el período reportado: 160 Horas Acumuladas:340** |
|  |  |  |  |
|  |  | Sello de la |
| **Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa** | Dependencia/Empresa |
|  |  |  |  |
| c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social |  |  |
| **Anexo III** |
| **Formato de Evaluación** |
|  |  |  |  |
| Nombre del prestador de Servicio Social: Ingeniería: No. de Control:  |  |  |
|

|  |
| --- |
| Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Programa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |
| Indique a qué bimestre corresponde Bimestre Final 3 |  |  |
|  |  |  |  |
| **En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:** |
| **Criterios a evaluar** | A | B |
| Valor | 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 actividades encomendadas | **10** |   |
| 8. Muestra espíritu de servicio. | **10** |   |
| **Para llenado de Evaluación** **por el Jefe 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 y proactivo en los trabajos encomendados | **10** |   |
| **CALIFICACIÓN FINAL:** |   |
| **NIVEL DE DESEMPEÑO:** |
| **OBSERVACIONES: \* (Anotar Resumen de Actividades realizadas por los dos meses)****Horas realizadas en el período reportado: 160 Horas Acumuladas:500** |
|  |  |  |  |
|  |  | Sello de la |
| **Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa** | Dependencia/Empresa |
|  |  |  |  |
| c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social |  |  |