**FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre Final

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumple en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos |  |  |  |  |  |
| 2 | Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones |  |  |  |  |  |
| 3 | Muestra liderazgo en las actividades encomendadas |  |  |  |  |  |
| 4 | Organiza su tiempo y trabaja de manera proactiva |  |  |  |  |  |
| 5 | Interpreta la realidad y se sensibiliza aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria |  |  |  |  |  |
| 6 | Realiza sugerencias innovadoras para beneficio o mejora en el programa en el que participa |  |  |  |  |  |
| 7 | Tiene iniciativa para ayudar en las actividades y muestra espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
| **Observaciones**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre, cargo y firma del responsable Sello de la dependencia/  de programa empresa | | | | | | |

**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.

**FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre Final

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos. |  |  |  |  |  |
| 2 | Trabajé en equipo y me adapté a nuevas situaciones. |  |  |  |  |  |
| 3 | Mostré liderazgo en las situaciones encomendadas. |  |  |  |  |  |
| 4 | Organicé mi tiempo y trabajé de manera proactiva. |  |  |  |  |  |
| 5 | Interpreté la realidad y me sensibilicé aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria. |  |  |  |  |  |
| 6 | Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora en el programa en el que participa. |  |  |  |  |  |
| 7 | Tuve iniciativa para ayudar en las actividades y muestré espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
| **Observaciones**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre, No. De control y firma del prestador de servicio social** | | | | | | |

**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.

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre Final

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | ¿Consideras importante la realización del servicio social? |  |  |  |  |  |
| 2 | ¿Consideras que las actividades que realizas son pertinentes a los fines del servicio social |  |  |  |  |  |
| 3 | ¿Consideras que las actividades que realizaste contribuyen a tu formación integral |  |  |  |  |  |
| 4 | ¿Contribuiste en actividades de beneficio social comunitario? |  |  |  |  |  |
| 5 | ¿Contribuiste en actividades de protección al medio ambiente |  |  |  |  |  |
| 6 | ¿Cómo consideras que las competencias que adquiriste en la escuela contribuyeron a atender asertivamente las actividades de servicio social? |  |  |  |  |  |
| 7 | ¿Consideras que sería factible continuar con ese proyecto de servicio social a un proyecto de residencias profesionales, proyecto integrador, proyecto de investigación o desarrollo tecnológico? |  |  |  |  |  |
| 8 | ¿Recomendarías a otro estudiante realizar su servicio social en la dependencia donde lo realizaste? |  |  |  |  |  |
| **Observaciones**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre, No. De control y firma del prestador de servicio social** | | | | | | |

**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.