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

Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la empresa u organismo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:** |
| Evaluación por el responsable del programa | Criterios a Evaluar | AValor | BEvaluación |
| 1. Asiste puntualmente a realizar sus actividades.
 | 5 |  |
| 1. Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones.
 | 10 |  |
| 1. Cumple correctamente con las actividades encomendadas en el tiempo estipulado, alcanzando los objetivos.
 | 10 |  |
| 1. Organiza su tiempo y trabaja sin necesidad de una supervisión estrecha.
 | 10 |  |
| 1. Interpreta la realidad y se sensibiliza con respecto a la problemática que se pretende disminuir o eliminar con el Servicio Social.
 | 5 |  |
| 1. Realiza sugerencias personales para beneficio o mejora del programa en el que participó.
 | 5 |  |
| 1. Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas.
 | 10 |  |
| 1. Muestra espíritu de servicio.
 | 10 |  |
| Para ser llenado por la Oficina de Servicio Social y Desarrollo Comunitario | 1. Mostró responsabilidad y compromiso con su Servicio Social.
 | 15 |  |
| 1. Entregó en tiempo y forma los documentos de Servicio Social solicitados.
 | 10 |  |
| 1. Realizó en tiempo y forma la captura de los reportes de Servicio Social en el portal académico.
 | 10 |  |
| **Calificación final** |  |
| **Nivel de desempeño:**  |
| **Observaciones:** |

Sello de la Dependencia/empresa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa**

*Entregar original y copia en la Oficina de Servicio Social y Desarrollo Comunitario.*