**ANEXO V FORMATO DE EVALUACIÓN.**

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indique a que Trimestre corresponde** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Trimestre** |  | **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** |  |
| 1. **Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones.** | **10** |  |
| 1. **Cumple correctamente con las actividades.** | **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 participa.** | **5** |  |
| 1. **Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas.** | **10** |  |
| 1. **Muestra espíritu de servicio.** | **10** |  |
| **Para llenado de evaluación por el jefe de departamento de Servicio Social y Residencias Profesionales** | 1. **Entrega en tiempo y forma los reportes o informes solicitados.** | **5** |  |
| 1. **Mostró responsabilidad y compromiso con su Servicio Social.** | **15** |  |
| 1. **Realizó un trabajo innovador en su área de desempeño.** | **5** |  |
| 1. **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** | |

c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social