|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Formato de Evaluación y Reporte Bimestral para prestadores de Servicio Social** | **Responsable: Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación**  |
| **Código: ITT-VI-PO-002-12** | **Página:** 1 de 2 |
| **Revisión:** 1 |
| **Referencia ISO-9001:2015 8.2.2**  | **Emisión**: Febrero de 2019 |

# FORMATO DE EVALUACIÓN

Nombre del Prestador de Servicio Social: (1)

Reporte Bimestral: (3) ① ② ③

 Nombre del Programa: (2) Periodo: (4)

Día / mes / año – día / mes / año

 Carrera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No.Control :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# REPORTE BIMESTRAL

|  |
| --- |
| Total de horas de este reporte: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Total de horas Acumuladas: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Horas máximas por reporte 160) |
| Observaciones:  |
|  |

Marcar con una "x" una sola casilla por pregunta

|  |  |
| --- | --- |
| 1=Insuficiente 2=Suficiente 3=Bueno 4=Notable 5= Excelente | **Nivel de desempeño** |
| **Formato de Evaluación cualitativa del prestador de servicio social** | **del criterio** |
| **No** | **Criterio a evaluar** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **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 del programa en el que participa. |  |  |  |  |  |
| **7** | Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
| **No** | **Formato de evaluación de las actividades por el prestador de servicio social** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | ¿Consideras importante la realización del servicio social? |  |  |  |  |  |
| 2 | ¿Consideras que las actividades que realizaste 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 entender asertivamente las actividades de servicio social |  |  |  |  |  |
| 7 | ¿Consideras que sería factible continuar con este proyecto de servicio social a un proyecto de Residencias profesionales, proyecto integrador, de investigación o desarrollo tecnológico? |  |  |  |  |  |
| 8 | ¿Recomendarías a otro estudiante realizar su servicio social en la dependencia done la realizaste? |  |  |  |  |  |
| **No** | **Formato de autoevaluación cualitativa del prestador de servicio social** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **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 actividades 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 del programa en el que participa.rama en el que participa. |  |  |  |  |  |
| **7** | Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |

Calificación Final:\_\_\_\_\_\_\_\_ (PARA SER

LLENADO POR LA OFNA. DEL SERV.SOC.)

 Sello de la Dependencia

|  |
| --- |
|  (9)  |
| Firma del interesado |

|  |
| --- |
|  (10)  |
|  Nombre, Puesto y Firma del responsable del Programa |

|  |
| --- |
|  (11)  |
| Vo, Bo. Oficina Servicio Social |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Formato de Evaluación para prestadores de Servicio Social** | **Responsable: Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación**  |
| **Código: ITT-VI-PO-002-12** | **Página:** 1 de 2 |
| **Revisión:** 1 |
| **Referencia ISO-9001:2015 8.2.2**  | **Emisión**: Febrero de 2019 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Anotar el nombre del prestador de servicio social |
| 2 | Anotar el nombre del programa a realizar |
| 3 | Anotar el número de reporte que corresponde a este período |
| 4 | Anotar el período correspondiente a este reporte |
| 5 | Anotar con una “x” el nivel de desempeño a evaluar por el prestador deservicio social. |
| 6 | Anotar el número de horas correspondientes al período a evaluar |
| 7 | Anotar el número de horas acumuladas en este reporte. |
| 8 | Anotar alguna observación en caso de existir |
| 9 | Anotar la firma del prestador de servicio social |
| 10 | Anotar nombre, puesto y firma del responsable directo del Programa en laempresa. |
| 11 | Anotar la autorización y/o Vo. Bo. de la persona responsable en la oficina deservicio social |