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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Periodo de evaluación** | **Final** | **x** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 encomendadas en el tiempo estipulado, alcanzando los objetivos. | | | **10** |  |
| 1. Organiza su tiempo y trabaja sin necesidad de una supervisión. | | | **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 de Evaluación por el Jefe de Departamento de Servicio Social del TESJI** | 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:** | | | | |
| **Nota:** Únicamente evaluar hasta el punto 8  **OBSERVACIONES:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **MTRA. MARÍA DE LOS ANGELES RODRÍGUEZ CRUZ**  **DEPTO. DE EDUCACIÓN CONTINUA** | |  | **Nombre, firma y sello de la Dependencia / Empresa donde realizaste el servicio social** | | |

