**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