**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CAMPECHE**

**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y DESARROLLO COMUNITARIO**

**EVALUACION BIMESTAL DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del prestador de Servicio Social: (1)** | | | |  | | |
| **Programa Educativo: (2)** | |  | | | **Numero de Control: (3)** |  |
| **Programa: (4)** |  | | | | | |
| **Periodo de realización: (5)** | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indique a que bimestre corresponde: (6)** | **Bimestre** |  | **Final** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:** | | | |
| **Criterios a Evaluar (7)** | | **A**  **Valor** | **B**  **Evaluación** |
| **Evaluación por el Responsable del Programa** | 1.- Asiste puntualmente a realizar sus actividades. | 5 |  |
| 2.- Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones. | 10 |  |
| 3.- Cumple correctamente con las actividades encomendadas en el tiempo estipulado, alcanzando los objetivos. | 10 |  |
| 4.- Organiza su tiempo y trabaja sin necesidad de una supervisión estrecha. | 10 |  |
| 5.- Interpreta la realidad y se sensibiliza con respecto a la problemática que se pretende disminuir o eliminar con el Servicio Social | 5 |  |
| 6.- Realiza sugerencias personales para beneficio o mejora del programa en el que participo. | 5 |  |
| 7.- Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas. | 10 |  |
| 8.- Muestra espíritu de servicio. | 10 |  |
| **Evaluación por la Oficina de Servicio Social y Desarrollo Comunitario** | 1.- Entrega en tiempo y forma los reportes o informes solicitados. | 5 |  |
| 2.- Mostró responsabilidad y compromiso con su Servicio Social. | 15 |  |
| 3.- Realizó un trabajo innovador en su área de desempeño. | 5 |  |
| 4.- Es dedicado y proactivo en los trabajos encomendados. | 10 |  |
| **CALIFICACIÓN FINAL: (8)** | |  |
| **NIVEL DE DESEMPEÑO: (9)** | | |
| **Observaciones: (10)** | | | |

(12)

Sello de la Dependencia/Organismo

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(11)

Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Descripción** |
| **1** | Anotar el apellido paterno, materno y nombre (s) del prestante de Servicio Social. |
| **2** | Anotar el nombre del Programa Educativo que cursa el prestante de Servicio Social. |
| **3** | Anotar el número de control del prestante de Servicio Social. |
| **4** | Anotar el nombre del programa en el cual se encuentra inscrito el prestante de Servicio Social. |
| **5** | Anotar el día, mes y año del periodo correspondiente al reporte. |
| **6** | Anotar el número del reporte correspondiente. |
| **7** | Indicar la calificación alcanzada de desempeño que corresponde al estudiante/prestante según cada criterio a evaluar |
| **8** | Indicar la calificación final alcanzada de desempeño que corresponde al estudiante/prestante. |
| **9** | Indicar el nivel de desempeño alcanzado que corresponde al estudiante/prestante. |
| **10** | Indicar las Observaciones pertinentes |
| **11** | Anotar el nombre, puesto y firma del Responsable del Programa a cargo del Estudiante de Servicio Social de la Dependencia u Organismo en donde lo realiza. |
| **12** | Sellar el documento con el sello de la Dependencia u Organismo |