



Formato de Evaluación

Nombre del prestador de Servicio Social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a qué bimestre corresponde

Bimestre		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	
	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	
	9. Entrega en tiempo y forma los reportes o informes solicitados	5	
	10. Mostró responsabilidad y compromiso con su Servicio Social	15	
	11. Realizó un trabajo innovador en su área de desempeño	5	
	12. Es dedicado y proactivo en los trabajos encomendados	10	
CALIFICACIÓN FINAL			
NIVEL DE DESEMPEÑO:			
OBSERVACIONES:			

Nombre y firma del encargado del programa

Sello de la Dependencia/Empresa

