Nombre del Prestador de Servicio Social (1): Apellido paterno, materno, nombre (s)
Carrera (2):Elija un elemento. N° de Control (3): Haga clic aquí para escribir texto.
Período escolar de realización (4): Elija periodo Elija año
Hrs de este reporte (5): Hrs. asistidas en bimestre Total hrs. acumuladas (6): Hrs. de este reporte+las anteriores
Indique a que bimestre corresponde (7): N° Elija un elemento. Final ☐

|  |
| --- |
| **En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:** |
| **Criterios a evaluar** |  **A****Valor** |  **B****Evaluación** **(8)** |
| **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. | **5** |  |
| 8. Muestra espíritu de servicio. | **5** |  |
| 9. Realizó un trabajo innovador en su área de desempeño. | **5** |  |
| 10. Es dedicado y proactivo en los trabajos encomendados. | **5** |  |
| **Evaluación****por Jefe de****oficina de****servicio social****(9)** | 1. Entrega en tiempo y forma los reportes o informes solicitados. | **25** |  |
| 2. Mostró responsabilidad y compromiso con su Servicio Social. | **10** |  |
| **CALIFICACIÓN FINAL** |  |
| **NIVEL DE DESEMPEÑO:**  |  |
| **Evaluación****por el responsable del****programa** | **OBSERVACIONES: (10)** |

**(11)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(12)**

Nombre, cargo y firma para responsable del programa

Sello de la dependencia

**Instructivo de llenado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre**  | **Descripción**  |
| **1** | **Nombre del prestador de servicio social** | Anotar el nombre del prestador de servicio social empezando por el apellido paterno, materno y nombre(s). |
| **2** | **Carrera** | Anotar la carrera que cursa el prestador de servicio social. |
| **3** | **N° de Control** | Anotar el número de control del prestador de servicio social. |
| **4** | **Período de realización** | Seleccionar el periodo escolar y año en que se realiza el servicio social (Enero- Junio ó Agosto- Diciembre). |
| **5** | **Horas de este reporte** | Anotar el número de horas que abarca este reporte. |
| **6** | **Total de horas acumuladas** | Anotar el número de horas acumuladas a la fecha. En el reporte final deberán sumar un total 480 horas. |
| **7** | **Indique a que bimestre corresponde** | Seleccionar el número de bimestre correspondiente (En caso de ser el último, marcar también el recuadro donde dice final). |
| **8** | **Evaluación por el responsable del programa** | La persona responsable de la dependencia o instancia donde el prestador realiza su servicio social deberá evaluar el desempeño del mismo de acuerdo a los criterios establecidos en recuadro A, cabe mencionar que la puntuación máxima en cada criterio es el número que aparece en el recuadro, la calificación otorgada deberá ser plasmada en el recuadro B. |
| **9** | **Para el llenado de evaluación por el jefe de oficina de servicio social y desarrollo comunitario**  | **Evaluación** El jefe de la oficina de servicio social del instituto tecnológico evaluará el desempeño del prestador de servicio de acuerdo a los criterios establecidos en recuadro A, cabe mencionar que la puntuación máxima en cada criterio es el número que aparece en el recuadro, la calificación otorgada deberá ser plasmada en el recuadro B.**Calificación Final** deberá sumar los números establecidos en el recuadro B para obtener la calificación final del prestante.**Nivel de desempeño**deberá evaluar el desempeño estableciendo como resultado lo siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| Excelente: | **De 95 A 100** |
| Notable: | **De 85 a 94** |
| Bueno: | **De 75 a 84** |
| Suficiente: | **De 70 a 74** |
| Insuficiente | **N/A** |

 |
| **10** | **Observaciones** | En caso de existir algún comentario u observación respecto al desarrollo de las actividades del prestante de servicio social, tanto el responsable del programa de la empresa como el jefe de oficina de servicio social del Instituto Tecnológico podrán indicarlas. |
| **11** | **Nombre, cargo y firma del responsable del programa** | Anotar el nombre, cargo y firma del responsable del programa de servicio social perteneciente a la dependencia e instancia donde se prestó. |
| **12** | **Sello de la dependencia** | En esta sección el responsable del programa de la empresa/institución donde el prestador realiza su servicio social deberá plasmar el sello. |