Nombre del Prestador de Servicio Social (1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Carrera (2):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de Control (3):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Programa (4): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Período de realización (5): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Período reportado (6):

Del día: \_\_\_\_ mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año:\_\_\_\_\_\_ al día: \_\_\_\_ mes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año:\_\_\_\_\_

Hrs de este reporte (7): \_\_\_\_\_\_\_ Total hrs acumuladas (8): \_\_\_\_\_\_
Indique a que bimestre corresponde (9): N°\_\_\_\_\_ 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** | **(10)** |
| 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. Realizó un trabajo innovador en su área de desempeño. |  **5** |  |
| 10. Es dedicado y proactivo en los trabajos encomendados. |  **10** |  |
|  **Evaluación****por Jefe de** **oficina de****servicio social** | 1. Entrega en tiempo y forma los reportes o informes solicitados. |  **5** | **(11)** |
| 2. Mostró responsabilidad y compromiso con su Servicio Social. |  **15** |  |
|  **CALIFICACIÓN FINAL** | **(12)** |
|  **Evaluación** **por el responsable del** **programa** |  **NIVEL DE DESEMPEÑO: (13)** |
| **OBSERVACIONES: (14)** |

 **(15)**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(16)**

Sello de la dependencia

Nombre, cargo y firma del Responsable del programa

**Instructivo de llenado del formato de evaluación bimestral.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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** | **Programa** | Anotar el nombre del programa que desarrolla el prestador de servicio social |
| **5** | **Período de realización** | Anotar el periodo en que se realiza la evaluación (Enero- Junio ó Agosto- Diciembre). |
| **6** | **Período reportado** | Anotar día, mes y año del periodo correspondiente al reporte. |
| **7** | **Horas de este reporte** | Anotar el número de horas que abarca este reporte. |
| **8** | **Total de horas acumuladas** | Anotar el número de horas acumuladas hasta la fecha. |
| **9** | **Indique a que bimestre corresponde** | Anotar en la línea el número de bimestre correspondiente (En caso de ser el último, marcar con una X en la línea donde dice final) |
| **10** | **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 (llenado en computadora). |
| **11** | **Para el llenado de evaluación por el jefe de oficina de servicio social y desarrollo comunitario (12 y 13)** | El responsable de la oficina de servicio social y desarrollo comunitario del instituto tecnológico de Culiacán de evaluar 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. |
| **12** | **Calificación Final** | El responsable de la oficina de servicio social y desarrollo comunitario del instituto tecnológico de Culiacán deberá sumar los números establecidos en el recuadro B para obtener la calificación final del prestante. |
| **13** | **Nivel de desempeño** | En esta sección la persona de la dependencia o instancia donde el prestador realiza su servicio social deberá evaluar el desempeño estableciendo como resultado lo siguiente (Llenado en computadora):

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

 |
| **14** | **Observaciones** | En caso de existir observaciones respecto al desarrollo del servicio social del prestante, el responsable persona de la dependencia o instancia o en su caso sección la persona responsable de la oficina de servicio social y desarrollo comunitario del instituto tecnológico de Culiacán podrán plasmarlas (llenado en computadora) |
| **15** | **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. |
| **16** | **Sello de la dependencia** | En esta sección la persona de la dependencia o instancia donde el prestador realiza su servicio social deberá plasmar el sello de la dependencia. |