

	Nombre del documento: Formato para Evaluación de Servicio Social.	Código: TEST/D-VI-PO-002-04
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.2.2	Revisión: 0
		Página 1 de 2

DEPARTAMENTO: SERVICIO SOCIAL, RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SEGUIMIENTO DE EGRESADOS

FORMATO DE EVALUACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

NOMBRE DE ÉL O LA PRESTANTE DE SERVICIO SOCIAL: (1) | |
PROGRAMA: (2) | |
PERIODO DE REALIZACIÓN: (3) | |
INDIQUE A QUÉ BIMESTRE CORRESPONDE (4) BIMESTRE | | FINAL | |

EN QUÉ MEDIDA LA O EL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL CUMPLE CON LO SIGUIENTE:			
CRITERIOS A EVALUAR:		A Valor	B Evaluación
(5) 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	
(6) EVALUACIÓN POR EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL, RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SEGUIMIENTO DE EGRESADOS	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: (7)			
NIVEL DE DESEMPEÑO: (8)			
OBSERVACIONES: (9)			

(10) Nombre, cargo y firma de él o la Responsable del Programa

(11) SELLO DE LA DEPENDENCIA Y/O EMPRESA

(12) Nombre, cargo y firma de la jefatura de Departamento de Servicio Social, Residencias Profesionales y Seguimiento a Egresados

(13) SELLO DE LA INSTITUCIÓN

	Nombre del documento: Formato para Evaluación de Servicio Social.	Código: TEST/D-VI-PO-002-04
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.2.2	Revisión: 0
		Página 2 de 2

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN
1	Escribir el nombre completo de él o de la prestante de Servicio Social.
2	Anotar el nombre del programa en el cual se encuentra inscrito él o la Prestante de Servicio Social.
3	Anotar día, mes y año del periodo correspondiente al reporte.
4	Anotar el número del reporte correspondiente.
5	Anotar la evaluación por el o la responsable del programa obtenida por él o la prestante de Servicio Social.
6	Anotar la evaluación por la jefatura de Departamento de Servicio Social, Residencias Profesionales y Seguimiento de Egresados obtenida por el prestante de Servicio Social.
7	Anotar la calificación final obtenida en el bimestre
8	Anotar el nivel de desempeño como: Excelente de 95 a 100, Notable de 85 a 94, Bueno de 75 a 84, Suficiente de 70 a 74 e Insuficiente no alcanzada.
9	Anotar las observaciones correspondientes al bimestre.
10	Nombre, cargo y firma de él o la Responsable del Programa
11	Sello de la dependencia y/o empresa
12	Nombre, cargo y firma de la Jefatura de Departamento de Servicio Social, Residencias Profesionales y Seguimiento de egresados.
13	Sello de la Institución