Nombre del prestador de Servicio Social: (1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa:(2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: (3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique a que bimestre corresponde: (4) | | | Bimestre | | |  | | Final | |  |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio (5)** | | | | | | | | |
| **No.** | **Criterios a Evaluar** | **Insuficiente** | | **Suficiente** | **Bueno** | | **Notable** | | **Excelente** | |
| **1** | **Cumple en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos.** |  | |  |  | |  | |  | |
| **2** | **Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones.** |  | |  |  | |  | |  | |
| **3** | **Muestra liderazgo en las actividades encomendadas.** |  | |  |  | |  | |  | |
| **4** | **Organiza su tiempo y trabaja de manera proactiva.** |  | |  |  | |  | |  | |
| **5** | **Interpreta la realidad y se sensibiliza aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria.** |  | |  |  | |  | |  | |
| **6** | **Realiza sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa.** |  | |  |  | |  | |  | |
| **7** | **Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio.** |  | |  |  | |  | |  | |
| Observaciones :    (6) Nombre, puesto y firma del encargado del programa, así como sello (7) de la Dependencia      c.c.p. Oficina de Servicio Social  Nombre, puesto, firma y sello  del encargado del programa | | | | | | | | | | |

**GUÍA PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN**

**ANEXO XXIII. FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

El formato de evaluación tiene como objetivo medir el nivel de desempeño alcanzado por parte del prestador del Servicio Social en las actividades realizadas.

**Instrucciones para la dependencia que calificará el nivel de desempeño del prestador del Servicio Social.**

**(1)** Nombre completo del prestante de Servicio Social, iniciando por apellido paterno.

**(2)** Programa al que se encuentra adscrito el prestante de Servicio Social.

**(3)** El período de realización se refiere al bimestre que se está evaluando. Por lo tanto, debe hacer referencia a los 2 meses transcurridos.

**Ej.:** 16 de Enero del 2017 – 16 de Marzo del 2017

*En caso de tratarse de la* ***evaluación final****, el período de realización debe referirse a los seis meses, durante los cuales se realizó el Servicio Social.*

**Ej.:** 16 de Enero del 2017 – 16 de Julio del 2017

**NOTA:** *Si alguna de las fechas cae en día inhábil, el período debe recorrerse al día hábil inmediato.*

**(4)** El bimestre se representa con un 1, 2 ó 3, según sea el caso**(DENTRO DEL RECUADRO).**

**Ej.:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique a que bimestre corresponde: (4) | Bimestre | 1 | Final |  |

*Si se trata de la evaluación final, simplemente se marca con una “x” el recuadro que indica la palabra “Final”*

**Ej.:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique a que bimestre corresponde: (4) | Bimestre |  | Final | X |

**(5)** Para evaluar el desempeño para cada criterio, obtenido por el prestante de Servicio Social, Marque con una “x” el recuadro que considere.

**Ej.:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio (5)** | | | | |
| **No.** | **Criterios a Evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumple en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos. |  |  | x |  |  |

**(6)** El cuadro de texto debe ser editado, escribiendo el Nombre, Puesto y Firma del responsable del programa.

**(7)** Sello de la dependencia.