**FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre Final

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **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 me 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: |  | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | |  |
| c.c.p. | Nombre del Encargado del proyecto, y firma y sello de la dependencia.  Archivo | | | | |  |

**FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre Final

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No.** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos |  |  |  |  |  |
| 2 | Trabajé en equipo y me adapté a nuevas situaciones |  |  |  |  |  |
| 3 | Mostré liderazgo en las actividades encomendadas |  |  |  |  |  |
| 4 | Organicé mi tiempo y trabajé de manera proactiva |  |  |  |  |  |
| 5 | Interpreté la realidad y me sensibilicé aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria |  |  |  |  |  |
| 6 | Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participo |  |  |  |  |  |
| 7 | Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Observaciones: |  | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | |  |
| c.c.p. | Nombre, número de control y firma del prestador de servicio social  Archivo | | | | |  |

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre Final

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No.** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | ¿Consideras importante la realización del Servicio Social? |  |  |  |  |  |
| 2 | ¿Consideras que las actividades que realizaste son pertinentes a los fines del Servicio Social? |  |  |  |  |  |
| 3 | ¿Consideras que las actividades que realizaste contribuyen a tu formación integral? |  |  |  |  |  |
| 4 | ¿Contribuiste en actividades de beneficio social comunitario? |  |  |  |  |  |
| 5 | ¿Contribuiste en actividades de protección al medio ambiente? |  |  |  |  |  |
| 6 | ¿Consideras que las competencias que adquiriste en la escuela contribuyeron a atender asertivamente las actividades de Servicio Social? |  |  |  |  |  |
| 7 | ¿Consideras que sería factible continuar con este proyecto de Servicio Social a un proyecto de Residencias Profesionales, proyecto integrador, proyecto de investigación o desarrollo tecnológico? |  |  |  |  |  |
| 8 | ¿Recomendarías a otro estudiante realizar su Servicio Social en la dependencia donde lo realizaste? |  |  |  |  |  |
|  | Observaciones: |  | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | LIC. GUSTAVO GARCÍA BARBOSA | | | | |  |
| c.c.p. | Nombre y firma del departamento de vinculación.  Archivo | | | | |  |

**Departamento de Vinculación.**

**Reporte bimestral de Servicio Social**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reporte No.:\_\_\_\_\_  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s) |

Carrera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de Control \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Periodo Reportado:**

Del día\_\_\_\_\_ mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_; al día\_\_\_\_\_ mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resumen de actividades:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Total de horas de este reporte:\_\_\_\_\_\_ Total de horas acumuladas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre y Puesto del Encargado del Programa** | **SELLO DE LA DEPENDENCIA** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma del Alumno.** |
| **Vo. Bo.**  **Departamento de Vinculación.** |

**NOTA:** ESTE REPORTE DEBE SER ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL Y COPIA, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES ANTES DE LA FECHA DE TÉRMINO DEL MISMO, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE LA SIERRA NEGRA DE AJALPAN**

**Departamento de Vinculación**

**Reporte Final de Realización de *Servicio Social***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del programa:** |  |
| ***DATOS DEL ORGANISMO*** | |
| **Dependencia:** |  |
| **Responsable de la dependencia:** |  |
| **Puesto:** |  |
| **Firma del responsable de la dependencia:** |  |
| **Domicilio :** |  |
| **Teléfono, email:** |  |
| **Asesor Externo, responsable del programa :** |  |
| **Puesto :** |  |
| **Firma del asesor externo** |  |
| **Sello de la dependencia** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Estudiante (s) que participaron en el programa o proyecto :*** | | | | |
| **Nombre** | | **Carrera** | **No. de**  **control** | **Firma** |
|  | |  |  |  |
|  |  | | | |
| **Introducción**: Funciones que realizó en la Dependencia. (Numerarlas de acuerdo al cronograma). | | | | |
|  | | | | |
| **Justificación:** Se explica el impacto del Servicio Social en cuanto al número de personas y organismo que beneficiaron con el Servicio Social y los características de dichos beneficios | | | | |
|  | | | | |
| **Objetivo:** Se explica cual fue el objetivo(s) que se establecieron a alcanzar con las actividades realizadas | | | | |
|  | | | | |
| **Desarrollo de las actividades:** se explica objetivamente y coherentemente en que consistió cada actividad realizada, los productos de trabajo obtenidos y especialmente, si la actividad le permitió aplicar, adquirir o desarrollar mayores conocimientos técnicos, habilidades y valores | | | | |
|  | | | | |
| **Conclusiones:** Se define en qué medida se lograron los objetivos propuestos y las limitantes que se enfrentaron en la realización del Servicio Social | | | | |
|  | | | | |
| **Recomendaciones:** Se realizan las recomendaciones que se consideren pertinentes para mejorar el programa o proyecto en el que participo y especialmente para un mejor desempeño de futuros prestadores del Servicio Social en el mismo programa o proyecto | | | | |
|  | | | | |

Vo. Bo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jefe de División de Carrera Nombre y firma del Alumno.