

	Nombre del Documento: Formato de Evaluación de Servicio Social	Código: ITSTE/D-VI-PO-002-06
		Revisión: 1
	Referencia a la Norma ISO 9001:2008 7.2.1	Página 1 de 2

DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN

Nombre del(la) prestador(a) de Servicio Social:(1) _____

Número de control: (2) _____

Programa: (3) _____

Periodo de realización: (4) _____

Indique a que bimestre corresponde Bimestre Final (5)

En qué medida el(la) prestador(a) de Servicio Social cumple con lo siguiente:		
Criterios a evaluar	A Valor	B Evaluación
Evaluación por el(la) responsable del programa (6)	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 alguna supervisión extra.	10
	5. Interpreta la realidad y 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 participó.	5
	7. Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas.	10
	8. Muestra espíritu de servicio.	10
Para llenado de Evaluación por el(la) Jefe(a) de Departamento de Vinculación y Extensión (7)	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
	CALIFICACION FINAL (8)	
NIVEL DE DESEMPEÑO: (9)		
OBSERVACIONES: (10)		

(11)

(12)

Sello de la
Dependencia

C.c.p. Expediente

	Nombre del Documento: Formato de Evaluación de Servicio Social	Código: ITSTE/D-VI-PO-002-06
		Revisión: 1
	Referencia a la Norma ISO 9001:2008 7.2.1	Página 2 de 2

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Numero	Descripción
1	Colocar el nombre del(la) prestatante del Servicio Social. Ejemplo: Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s).
2	Anotar el número de control correspondiente del(la) prestador(a) de Servicio Social. Ejem. 14IAD001
3	Colocar el nombre del Programa que está ejecutando el(la) prestador(a) del Servicio Social
4	Hacer referencia al semestre en que realiza el servicio social. Ejemplo: Enero-Julio 2016.
5	Indicar en número arábigo al bimestre que corresponde, y marcar con una X si corresponde al informe final.
6	El(la) responsable de la Dependencia o Institución de supervisar el programa, asigna las calificaciones en números arábigos en la columna B, sin rebasar el máximo permitido indicado en la columna A.
7	El(la) Jefe(a) del Departamento de Vinculación y extensión, asigna las calificaciones en la columna B, sin rebasar el máximo permitido en la columna A.
8	El(la) Jefe(a) del Departamento de Vinculación y extensión asigna calificación final, haciendo la sumatoria del total de los criterios
9	El(la) Jefe(a) del Departamento de Vinculación y extensión asigna el nivel de desempeño de acuerdo a la calificación obtenida en el punto número 8, para el(la) prestatante del Servicio Social con base en al Cuadro 1.
10	Anotar observaciones en caso necesario.
11	Firma del(la) Titular de la Dependencia o responsable del programa.
12	Anotar el nombre, cargo del(la) Titular de la Dependencia o responsable del programa Ejemplo: Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) Director General de la Institución.

Cuadro 1. Criterio para el nivel de desempeño del prestatante de Servicio Social.

Desempeño	Niveles de desempeño	Valoración numérica
Competencia alcanzada	Excelente	De 95 a 100
	Notable	De 85 a 94
	Bueno	De 75 a 84
	Suficiente	De 70 a 74
Competencia No Alcanzada	Insuficiente	NA (No Alcanzada)