INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DEL SUR DEL ESTADO DE YUCATÁN

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y RESIDENCIA PROFESIONAL

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL 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 | | ¿Cómo 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:**  **Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio Social**  c.c.p. Oficina de Servicio Social | | | | | | | | | | | | | | |

# GUÍA PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN

# Instrucciones para la dependencia que calificará el nivel de desempeño del prestador del 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. Al determinar y asignar el nivel de eficiencia a cada criterio, se pretende evaluar fundamentalmente lo siguiente:

* + - * En qué medida se sensibilizó con la problemática, que pretende disminuir o eliminar con el Servicio Social que brinda a la dependencia en la cual prestó su servicio.
      * En qué medida demostró y/o desarrolló un sentido de compromiso y responsabilidad con la labor social en beneficio de la comunidad.
      * En qué medida demostró y/o desarrolló un sentido de servicio para beneficio de la comunidad.

Columna A-Valor: Es el valor máximo que tiene cada criterio.

Columna B-Evaluación: Se le asigna un puntaje al criterio evaluado de acuerdo al desempeño del prestador del Servicio Social por parte del responsable.

Calificación Final: Es la sumatoria de lo obtenido en la columna B, y de acuerdo a la valoración numérica se asignará la calificación.

Nivel de Desempeño: Es el obtenido de acuerdo a la calificación final, ver la tabla siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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) |