1

**ANEXO XXII. REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

### Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación o su equivalente en los Institutos Tecnológicos Descentralizados

**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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre, puesto y firma del supervisor | Sello | Firma del interesado |
| Vo. Bo. Oficina de Servicio Social |

**ANEXO XXIII. 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 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 (5):**  Nombre, cargo y firma del responsable de Sello de la programa dependencia/empresa  c.c.p. Oficina de Servicio Social | | | | | | |

**ANEXO XXIV. 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 participa. |  |  |  |  |  |
| 7 | Tuve iniciativa para ayudar en las actividades  encomendadas y mostré espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
| **Observaciones:**  **Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio Social**  c.c.p. Oficina de Servicio Social | | | | | | |

**ANEXO XXV. 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 | | | | | | | | | |