



ANEXO XXII. REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

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

Reporte No.: _____

Periodo: _____

Nombre: _____

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre Completo

Carrera: _____ N° de Control: _____

Fecha de inicio: _____

Periodo que cubre el Reporte:

Del día: ____ mes: _____ año: ____ al día ____ mes: ____ año: ____

Dependencia: _____

Programa: _____

Resumen de actividades: _____

Total de horas de este reporte: _____ Total de horas acumuladas: _____

<p>_____ Nombre, puesto y firma del supervisor/supervisora</p>	<p>Sello</p>	<p>_____ Firma del Alumno(a) _____ Vo.Bo. Oficina de Servicio Social</p>
--	--------------	--

RAC. 25-08-07
REV. 06





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

Nombre del Alumno(a) de Servicio Social: _____

Programa: _____

Nº de Control: _____ Especialidad: _____ Semestre: _____

Periodo de realización: _____

Indique a qué bimestre corresponde: **BIMESTRAL** **FINAL**

		NIVEL DE DESEMPEÑO DE CRITERIO				
Nº.	CRITERIOS A EVALUAR	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BUENO	NOTABLE	EXCELENTE
1	CUMPLE EN TIEMPO Y FORMA 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: _____

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE
RESPONSABLE DEL PROGRAMA

**SELLO DE LA
DEPENDENCIA/ EMPRESA**

RAC. 25-08-12
REV. 01

