Selecciona la Unidad en la que realizaste tu prestación

Escribe aquí el nombre del área dónde realizaste tu prestación (puede ser Dirección, Subdirección, etc.).

Escribe aquí el nombre del área específica dónde realizaste tu prestación (puede ser Departamento, etc.).

**Evaluación final del (la) prestador (a) del Servicio Social y/o Prácticas Profesionales**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | | | **No. Expediente:** | | |  | |
| **Carrera:** |  | **Tipo de prestación:** | Servicio Social: | |  | Prácticas Profesionales: | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Factores por evaluar**  **(Marque con X según considere)** | **M** | **R** | **B** | **MB** | **E** | |
| **Menor a 59%** | **60 a 69%** | **70 a 79%** | **80 a 89%** | **90 a 100%** | |
| **Puntualidad**: Asistió a la prestación en el horario establecido, sin retardos. |  |  |  |  |  | |
| **Aplicación del Conocimiento**: Aplicó los conocimientos adquiridos en la carrera durante el desempeño de sus actividades. |  |  |  |  |  | |
| **Responsabilidad y Disciplina**: Cumplió con las actividades designadas en tiempo y forma. |  |  |  |  |  | |
| **Disposición**: Mostró deseo de colaborar y/o apoyar en el desempeño de las actividades asignadas. |  |  |  |  |  | |
| **Iniciativa**: Realizó aportaciones relevantes que contribuyeron a mejorar la calidad y/o procesos. |  |  |  |  |  | |
| **Asistencia**: Se presentó a su Servicio Social y/o Prácticas Profesionales, todos los días, sin retardos. |  |  |  |  |  | |
| **Trabajo en Equipo**: Se integró con facilidad con los miembros del equipo de trabajo donde realizó su prestación. |  |  |  |  |  | |
| **Colaboración y Discreción**: Presentó disposición para colaborar en la realización de las actividades designadas |  |  |  |  |  | |
| **En una escala del 5 al 10 ¿cómo considera que fue el desempeño del prestador?** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Sugerencias de mejora y/o comentarios** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prestador(a) |  | Asesor del (la) prestador(a)  de S.S. y/o P.P. |  | Responsable de S.S. y/o P.P. en la unidad administrativa |
|  |  |  |  |  |
| Nombre |  | Nombre, cargo y firma |  | Nombre, cargo y firma | |