**RPGSS02,F**

La siguiente encuesta tiene la finalidad de conocer el desempeño del alumno, con relación a la actividad del servicio social en su Unidad Receptora. La información revelada será de utilidad para medir el desempeño global de los alumnos y es estrictamente confidencial. Esta información entregada permitirá encontrar áreas de mejora en el proceso de prestación de servicio social, por lo cual le pedimos que sea tan amable de contestarlo sin omitir ningún espacio:

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA UNIDAD RECEPTORA Y ALUMNO(A)** |
| Alumna(o):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Carrera:\_\_\_\_\_\_matricula:\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo de servicio realizado : ( ) Universitario ( ) Pasante ( ) Prácticas profesionales  Fecha de aplicación de la encuesta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la Unidad Receptora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del director:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del Responsable del Programa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Área donde se ubicó al alumno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANÁLISIS DE DESEMPEÑO DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL** | |
| 1.- ¿El Alumno tiene los conocimientos y habilidades para el manejo de equipos y herramientas tecnológicas? | ( ) Suficiente ( ) Deficiente  Especifique: ¿En qué se puede mejorar? |
| 2.- ¿Considera que el Alumno se encuentra preparado académicamente para realizar su labor en la Institución? | ( ) Siempre ( ) Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca Especifique: ¿En qué se puede mejorar? |
| 3.- Al interactuar con el personal de su lugar de asignación ¿Se mantuvo un trato respetuoso dentro y fuera de la Institución? | ( ) Siempre ( )Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca |
| 4.- ¿Cumplió con el horario establecido? | ( ) Siempre ( )Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca |
| 5.- ¿Fue óptimo el beneficio que obtuvo la unidad receptora con las actividades del Alumno? | ( ) Siempre ( )Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca |
| 6.- ¿Qué propone para mejorar la calidad de la Prestación del Servicio dentro de su Unidad Receptora? |  |

**Instrucciones: en la siguiente tabla favor de escribir una X en el espacio correspondiente a cada uno de los siguientes aspectos de evaluación**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Criterio de evaluación | Insuficiente | Regular | Bueno | Muy Bueno | Excelente |
| Asistencia |  |  |  |  |  |
| Puntualidad |  |  |  |  |  |
| Responsabilidad |  |  |  |  |  |
| Presentación personal |  |  |  |  |  |
| Iniciativa |  |  |  |  |  |
| Comunicación con jefe inmediato |  |  |  |  |  |
| Conocimiento de las actividades |  |  |  |  |  |
| Adaptabilidad al ritmo de trabajo |  |  |  |  |  |
| Disponibilidad para realizar diversas actividades |  |  |  |  |  |
| Calidad de su trabajo o actividad |  |  |  |  |  |

**Nota: Favor de resguardar en sobre sellado y entregar al Prestador del Servicio Social.**

Comentarios o sugerencias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre y firma del Responsable del Programa de Servicio social en la unidad receptora

**Agradecemos su colaboración para la elaboración de esta encuesta.**