

Reporte y Evaluación de Servicio Social

Nombre: **Ceja** **Cruz** **Brandon Gilberto**
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Programa: **Apoyo Administrativo**

Carrera: **Ingeniería en Sistemas Computacionales** Cuenta de Linked-In¹:
www.linkedin.com/in/brandon-ceja-cruz-65501811b

Periodo reportado: día **20** mes **Marzo** año **2020**; al día: **20** mes **Mayo** año **2020**

Indique a que bimestre corresponde: 1º. [] 2º. [**X**] 3º. [] Número de reporte adicional [], en caso de prórroga.

Total de horas de este reporte: **160 horas** Total de horas acumuladas: **320 horas**

En qué medida el prestador del Servicio Social cumple con lo siguiente:		
Criterios a evaluar	A Valor	B Evaluación
1.- Asiste puntualmente a realizar sus actividades.	5	3
2.- Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones.	10	10
3.- Cumple correctamente con las actividades encomendadas en el tiempo estipulado, alcanzando los objetivos.	10	9
4.- Organiza su tiempo y trabaja sin necesidad de una supervisión estrecha.	10	10
5.- Interpreta la realidad y se sensibiliza con respecto a la problemática que se pretende disminuir o eliminar con el servicio social.	5	5
6.- Realiza sugerencias personales para el beneficio o mejora del programa en el que participó.	5	5
7.- Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas.	10	10
8.- Muestra espíritu de servicio.	10	10
9.- Entrega en tiempo y forma los reportes o informes solicitados.	5	5
10.- Muestra responsabilidad y compromiso con su servicio social.	15	14
11.- Realizó un trabajo innovador en su área de desempeño.	5	5
12.- Es dedicado y proactivo en los trabajos encomendados.	10	9
CALIFICACIÓN FINAL		95
NIVEL DE DESEMPEÑO: Excelente		

RESUMEN DE ACTIVIDADES: Desarrollo de una plataforma en línea que permite subir las tesis y los artículos realizados por los estudiantes de los institutos tecnológicos que pertenecen al estado de michoacán.

OBSERVACIONES:

Héctor Javier Vergara Hernández Director de la división	Sello de la Dependencia/ organismo	_____ Firma del Interesado(a)
_____ Nombre, cargo y firma del responsable del programa		Vo. Bo. Oficina de Servicio Social del I.T.M. Sello y fecha de recepción