



## EVALUACIÓN PARA ALUMNOS PRESTADORES DEL SERVICIO SOCIAL

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **MATRICULA:** \_\_\_\_\_  
**CARRERA:** \_\_\_\_\_ **FACULTAD:** \_\_\_\_\_  
**TELÉFONOS (CELULAR Y PARTICULAR):** \_\_\_\_\_  
**INSTITUCIÓN DONDE PRESTA SU SERVICIO SOCIAL:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN:** \_\_\_\_\_  
**TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DEL PERIODO DE PRESTACIÓN:** \_\_\_\_\_  
**HORARIO DE PRESTACIÓN** \_\_\_\_\_

- ¿CONOCES EL REGLAMENTO GENERAL DE SERVICIO SOCIAL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ¿TU ESCUELA O FACULTAD TE INFORMÓ ACERCA DE CÓMO Y DÓNDE REALIZAR TU SERVICIO SOCIAL?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ¿LA INSTITUCIÓN DONDE PRESTAS TU SERVICIO SOCIAL, TE BRINDO ALGUNA PLÁTICA O INDUCCIÓN PARA TUS ACTIVIDADES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- MENCIONA 4 ACTIVIDADES QUE REALIZASTE Y QUE CONSIDERES RELEVANTES PARA TU FORMACIÓN, DURANTE EL PERIODO DE TU SERVICIO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN:  
 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_
- ¿DE QUE MANERA EL TRABAJO QUE REALIZASTE DURANTE TU SERVICIO SOCIAL RETIRIBUYE A TU FORMACIÓN PROFESIONAL?  
 Mucho \_\_\_\_\_ Poco \_\_\_\_\_ Nada \_\_\_\_\_
- ¿LA PARTICIPACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE REALIZASTE TU SERVICIO SOCIAL FUE?  
 Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_
- ¿DURANTE TU SERVICIO SOCIAL TUVISTE LA ASESORÍA POR PARTE DE ALGUN CATEDRÁTICO DE TU FACULTAD? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿CONSIDERAS QUE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZASTE EN LA INSTITUCIÓN, DEBEN CONTINUAR PARA OTROS PRESTADORES? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 PORQUÉ?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- ¿DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA TI Y PARA LA INSTITUCIÓN DONDE PRESTASTE TU SERVICIO SOCIAL, CUAL ES TU GRADO DE SATISFACCIÓN?  
 Satisfecho \_\_\_\_\_ Poco Satisfecho \_\_\_\_\_ Insatisfecho \_\_\_\_\_

10 QUE EXPERIENCIA Y/O APRENDIZAJE TE DEJO LA PRESTACIÓN DE TU SERVICIO SOCIAL COMO FUTURO PROFESIONISTA Y COMO PERSONA?

---

---

---

---

---

11. EN LA INSTITUCIÓN DONDE REALIZASTE TU SERVICIO SOCIAL, ¿ASISTIAN ESTUDIANTES DE OTRAS CARRERAS DISTINTAS A LA TUYA?

SI \_\_\_\_\_ DE CUALES? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

12. DURANTE LA PRESTACIÓN DE TU SERVICIO ¿ERA SUPERVISADA TU HORA DE ENTRADA Y SALIDA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

13 DE QUE MANERA CONOCIAS EL TIEMPO QUE LLEVABAS ACREDITADO DURANTE TU SERVICIO SOCIAL?

\_\_\_ Me lo notificaba el supervisor \_\_\_ Yo llevaba el conteo \_\_\_ Lo desconocía

14.- EL TRATO QUE RECIBISTE POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN FUE:

\_\_\_ Excelente \_\_\_ Bueno \_\_\_ Regular \_\_\_ Malo

15.- LA INSTITUCIÓN RESPETÓ DE PRINCIPIO A FIN EL PROYECTO PLANTEADO DURANTE TU SERVICIO SOCIAL?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

POR QUÉ : \_\_\_\_\_

16.-LA INSTITUCIÓN CUMPLIÓ CON EL HORARIO Y LOS DIAS ASIGNADOS PARA LA PRESTACIÓN DE TU SERVICIO SOCIAL?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

POR QUÉ?: \_\_\_\_\_

17. ¿QUE RECOMENDACIONES HARÍAS PARA UN MEJOR DESEMPEÑO DEL SERVICIO SOCIAL?

---

---

---

**GRACIAS POR TU ATENCIÓN  
UNIDAD CENTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

**\* INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA UNIDADES ACADÉMICAS Y UNIDAD CENTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

¿COMO CALIFICA DEL 5 AL 10 A LA INSTITUCIÓN RECEPTORA?

UNIDAD ACADÉMICA: \_\_\_\_\_ UCSS: \_\_\_\_\_