

# FORMATO DE SUPERVISIÓN PARA INSTITUCIONES

**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN Y/O DEPENDENCIA:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **TELEFONOS:** \_\_\_\_\_  
**SUPERVISOR A CARGO:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL ALUMNO:** \_\_\_\_\_  
**FACULTAD:** \_\_\_\_\_ **CARRERA:** \_\_\_\_\_

## I. ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD

1. DE ACUERDO A LA MODALIDAD DEL SERVICIO SOCIAL QUE PRESTA EL ALUMNO (INDIVIDUAL, POR PROYECTO, POR BRIGADA,) ¿CUANTOS DIAS ASISTE A LA SEMANA Y EN QUE MODALIDAD? \_\_\_\_\_

2.- ¿EL ALUMNO CUMPLE CON EL HORARIO ESTABLECIDO?

SIEMPRE \_\_\_\_\_

ALGUNAS VECES \_\_\_\_\_

NUNCA \_\_\_\_\_

3. ¿LA INSTITUCIÓN SUPERVISA LA HORA DE ENTRADA Y SALIDA DEL ESTUDIANTE?

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

4. ¿ENTREGA UD. UN REPORTE AL ALUMNO SOBRE LAS HORAS QUE LLEVA ACREDITADAS EN SU SERVICIO SOCIAL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## II. RESPONSABILIDAD Y DESEMPEÑO

5. LA INSTITUCIÓN HA CUMPLIDO CON EL PROYECTO PLANTEADO PARA LOS PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

POR QUÉ?:

\_\_\_\_\_

6. ¿EL ALUMNO REALIZA LAS LABORES ENCOMENDADAS EFICIENTEMENTE?

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

## III- PERTINENCIA Y FORMACION INTEGRAL

7. MENCIONE 4 ACTIVIDADES RELEVANTES QUE REALIZA EL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿COMO CONSIDERA QUE SON LAS ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL PRESTADOR PARA EL FUNCIONAMIENTO DE SU DEPARTAMENTO?

RELEVANTES\_\_\_\_\_ POCO RELEVANTES \_\_\_\_\_ NADA RELEVANTES\_\_\_\_\_

9. DE QUE MANERA UD. CONSIDERA, QUE LE RETRIBUYE AL ESTUDIANTE LAS ACTIVIDADES QUE ESTA LLEVANDO A CABO?

MUCHO\_\_\_\_\_ POCO \_\_\_\_\_ NADA\_\_\_\_\_

10. A PARTIR DEL REFERENTE DE UNA FORMACIÓN INTEGRAL UNIVERSITARIA Y EN UNA CALIFICACIÓN DEL 5 AL 10, QUE CALIFICACIÓN LE ASIGNA AL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL:

¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

#### **IV. CONTINUIDAD Y PERMANENCIA DEL PROGRAMA**

11. CAMBIARÍA UD. ALGUN ASPECTO EN EL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL QUE ACTUALMENTE MANEJA? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

¿POR QUÉ?\_\_\_\_\_

12.- CUAL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN EN CUANTO A LOS BENEFICIOS QUE APORTA EL ESTUDIANTE A SU INSTITUCIÓN?

SATISFECHO\_\_\_\_\_ POCO SATISFECHO\_\_\_\_\_ INSATISFECHO\_\_\_\_\_

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

**FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN Y/O DEPENDENCIA**