**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO INSCRITO**

Para conocer tu opinión respecto al programa, proyecto y lugar de servicio social en el cual participaste, contesta el siguiente cuestionario.

**RESPECTO AL ORGANISMO RECEPTOR:**

Nombre del responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa, Dependencia y/o Institución:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Duración:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de trabajo ( ) Excelente ( ) Bueno ( ) Regular ( ) No satisfactoria

Trato ( ) Excelente ( ) Bueno ( ) Regular ( ) No satisfactoria

Orientación ( ) Excelente ( ) Buena ( ) Regular ( ) No satisfactoria

Observaciones o sugerencias:

**RESPECTO AL PRESTADOR:**

¿Qué funciones realizaste acorde a tu carrera?:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **pregunta** | **SI** | **NO** |
| ¿El organismo receptor donde realizaste tu servicio social te ayudó a reforzar tus conocimientos adquiridos en las aulas? |  |  |
| ¿Las actividades que realizaste durante tu servicio social correspondieron a las de un profesionista de tu área? |  |  |
| ¿Los experiencias educativas que cursaste en la Facultad te ayudaron en el desempeño de tu servicio social? |  |  |

 ***¿Qué aspectos reforzaste a través del servicio social?***

( ) Administración del tiempo ( ) Emprendurismo

( ) Relaciones interpersonales ( ) Negociación

( ) Plan de vida y carrera ( ) Autoeducación

( ) Consultoría en negocios ( ) Calidad Profesional

( ) Creatividad y solución de problemas

Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recomendarías esta Empresa, Dependencia y/o Institución a otros estudiantes para realizar su Servicio Social?:

 ( )Si ( )No

¿Por qué?

¿Recomendarías a otros estudiantes realizar su Servicio Social con el mismo responsable?:

 ( )Si ( )No

¿Por qué?

 Nombre y Firma del prestador de S.S.