

PARA INSTITUCIONES

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN Y/O DEPENDENCIA: SUPERVISIÓN DE JARDINES DE NIÑOS ZONA 17
DIRECCIÓN: AV. 30. PTE # 801, COL. DEL EMPLEADO **TELÉFONOS:** 474-0150
SUPERVISOR A CARGO: PROFRA. MA. DE LOS RÍOS VALLÉS L.
NOMBRE DEL ALUMNO: MAURO MAURICIO QUINTANA GUILLEN
FACULTAD: DE CIENCIAS AGRARIAS Y FERTILES **CARRERA:** LIC. EN ADMON. DE AGRON.

I. ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD

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

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

SIEMPRE X ALGUNAS VECES _____ NUNCA _____

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

SI X NO _____

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

II. RESPONSABILIDAD Y DESEMPEÑO

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

PORQUE: _____

6. ¿EL ALUMNO REALIZA LAS LABORES ENCOMENDADAS EFICIENTEMENTE?

SI X NO _____

III- PERTINENCIA Y FORMACION INTEGRAL

7. MENCIONE 4 ACTIVIDADES RELEVANTES QUE REALIZA EL ESTUDIANTE

RODA DE ARBOL ARBOLES
MANTENIMIENTO DE AREA VERDES PINTURA

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

RELEVANTES X POCO RELEVANTES _____ NADA RELEVANTES _____

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

MUCHO X POCO _____ NADA _____

8. 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:

IV. CONTINUIDAD Y PERMANENCIA DEL PROGRAMA

9. CAMBIARÍA UD. ALGUN ASPECTO EN EL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL QUE ACTUALMENTE MANEJA? SI _____ NO X

¿PORQUE? _____

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

SATISFECHO X POCO SATISFECHO _____ INSATISFECHO _____

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



S.E.E.C.H.
SUPERVISIÓN DE ZONA ESCOLAR 17
JARDINES DE NIÑOS FEDERALES
CLAVE 08FZP0137-I
CD. DELICIAS, CHIH.

Olga Mtey G.

FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN Y/O DEPENDENCIA