

PLANILA DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO COMUNITARIO. PERÍODO 20 : - RG
HORAS CUMPLIDAS: 120 Horas MINIMAS

CODIGO DEL PROYECTO: _____ **NOMBRE DEL PROYECTO:** _____

DATOS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO					ASPECTOS A EVALUAR										Definitiva	
Nº	C.I	Apellidos y Nombres	Carrera	Semestre	Teléfono	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																

Nombres y Apellidos del Asesor:		Nombre del Consejo Comunal:	
Cedula de Identidad:		Parroquia:	
Teléfonos		Datos del Contacto de Comunidad:	
Correo Electrónico			

Nota: llenar solo los espacios en blanco.

Envío INFORMES al correo: Sí (___) No (___)

Verificación del Contenido al correo: - Informe Final de Prestadores Sí (___) No (___)

- Informe del Asesor Sí (___) No (___)

Recibido por Unidad de F/S del Asesor:

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / 20 ____

Hora: _____

FORMATO - CORESPONDIENTES (120 HORAS)

N°	ASPECTOS A EVALUAR
1	Asistió a todas las reuniones convocadas por el Asesor.
2	Cumplió con todas las actividades asignadas en las horas comunitarias.
3	Su rol dentro del grupo fue activo durante el cumplimiento de las horas comunitarias.
4	Aplico Instrumentos para la recolección de Información.
5	Mantuvo comunicación constante con los miembros del consejo comunal y con el Asesor.
6	Participo en la elaboración y entrega del informe final.
7	Puntualidad y entrega del informe final en CD y formato PDF.
8	Cumplió con la entrega de los diarios de campo (firma del CC y Asesor).
9	Cumplió con las condiciones establecidas para llevar a cabo el servicio comunitario mediante el proyecto
10	Asistió al cierre final de servicio comunitario
	TOTAL CUALIDAD

Reprobado		Aprobado		
I: Insuficiente	S: Suficiente	B: Bueno	MB: Muy Bueno	E: Excelente

Decisión: Si el Prestador de Servicio presenta sus mayores ponderaciones entre insuficiente y Suficiente debe repetir las horas del Proyecto en Servicio Comunitario.

Nombre del Asesor: _____
Cédula: _____, Telf.: _____
Firma: _____

Recibido por Unidad de F/S del Asesor:

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / 20 ____

Hora: _____