



**MINISTERIO
DE TRABAJO, EMPLEO
Y PREVISIÓN SOCIAL**

FORMULARIO DE EVALUACIÓN				N° _____	
SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO DESCOLONIZADOR Y DESPATRIARCALIZADOR				Asignado por Recursos Humanos de la entidad de origen.	
LUGAR (Entidad)		FECHA		GESTIÓN	
1. DATOS DE LA ENTIDAD DE ORIGEN (Llenado por Recursos Humanos de la entidad de origen)					
NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA DE ORIGEN					
2. DATOS PERSONALES (Datos de la interesada o el interesado) (Llenado por Recursos Humanos de la entidad de origen)					
NOMBRE COMPLETO					
N° CARNET DE IDENTIDAD			N° TELÉFONO CELULAR		
CARGO					

3. DATOS DE ENTIDADES BENEFICIARIAS (Llenado por la interesada o el interesado)			
NOMBRE DE LA O LAS ENTIDADES BENEFICIARIAS			
4. DATOS DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS (Llenado por la interesada o el interesado)			
ACTIVIDAD (DESCRIPCIÓN O NOMBRE DE LA ACTIVIDAD PROGRAMADA)			
FECHA PROGRAMADAS DE EJECUCIÓN		HORAS PROGRAMADAS	DE: A:





**MINISTERIO
DE TRABAJO, EMPLEO
Y PREVISIÓN SOCIAL**

5. DATOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

(Llenado por el BENEFICIARIO o del CONTROL SOCIAL)

ACTIVIDADES (DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS)	
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	

6. EVALUACIÓN POR EL “CONTROL SOCIAL”

(Llenado por el representante del CONTROL SOCIAL)

CRITERIO	SI	NO
RESPONSABILIDAD		
SOLIDARIDAD		
COMPROMISO		
OBSERVACIONES:		

7. EVALUACIÓN POR EL “BENEFICIARIO”

(Llenado por el responsable BENEFICIARIO)

CRITERIO	SI	NO
RESPONSABILIDAD		
SOLIDARIDAD		
COMPROMISO		
OBSERVACIONES:		

**8. HORAS EFECTIVAS DE SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO
DESCOLONIZADOR Y DESPATRIARCALIZADOR**

(Llenado por el responsable BENEFICIARIO)

--	--

FIRMA
EVALUADO

FIRMA
BENEFICIARIO

FIRMA
CONTROL SOCIAL

FIRMA
RR.HH.