**FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del prestador de Servicio Social: | **Escribir Nombre** | | | | | |
| Programa | Elija un elemento. | | | | | |
| Periodo de Realización | Elija un elemento. | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Indique a que bimestre corresponde |  | **Bimestre** |  | **Final** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumple en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos |  |  |  |  |  |
| 2 | Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones |  |  |  |  |  |
| 3 | Muestra liderazgo en las actividades encomendadas |  |  |  |  |  |
| 4 | Organiza su tiempo y trabaja de manera proactiva |  |  |  |  |  |
| 5 | Interpreta la realidad y se sensibiliza aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria |  |  |  |  |  |
| 6 | Realiza sugerencias innovadoras para beneficio o mejora en el programa en el que participa |  |  |  |  |  |
| 7 | Tiene iniciativa para ayudar en las actividades y muestra espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES** | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y Cargo Responsable del Programa** |  | Sello de la Dependencia |

c.c.p. Oficina de Servicio