FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del prestador de Servicio Social: _____

Programa: _____ Periodo de realización: _____

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, Cargo Y Firma Del Responsable Del Programa **Sello De La Dependencia**