FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del prestador de Servicio Social (1)_____
Carrera:(2)_____
Programa: (3)_____
Periodo de realización: (4)_____
Indique a qué bimestre corresponde (5)

Bimestre		Final	

		Nivel de desempeño del criterio (6)				
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 del programa en el que participa.					
7	Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio.					

Observaciones **(7)**:
_____
_____
_____
_____

_____

(8) Nombre, cargo y firma del responsable del programa

Sello de la
Dependencia / Empresa **(9)**

c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN
1	Escribir el nombre completo del prestador de Servicio Social.
2	Anotar el nombre de la carrera
3	Anotar el nombre del programa.
4	Anotar el periodo de realización.
5	Señalar a que bimestre corresponde.
6	Indicar el nivel de desempeño que corresponde al estudiante/prestante según cada criterio a evaluar.
7	Indicar las observaciones pertinentes
8	Anotar el Nombre completo, Cargo y Firma del responsable del programa.
9	Sellar el documento con el sello de la Dependencia/ Empresa.