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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE:** |  |  |
| No. DE CONTROL: |  |  |
| **CARRERA:** |  |  |
| **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** |

***Original****. Servicios Escolares*

***Copia.*** *Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social.*

***Copia.*** *Jefe de División*

***Copia.*** *Interesado*