**EVALUACION CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador del 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 me adapté 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nombre, cargo y firma del responsable del programa sello de la dependencia/ empresa**c.c.p. Oficina de Servicio Social |