



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

| No. | Criterios a evaluar | Nivel de desempeño del criterio | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------|-------|---------|-----------|
| | | 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 (5): _____ | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Nombre, cargo y firma del responsable del programa</p> <p>C.c.p.- Oficina de Servicio Social</p> </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; text-align: center; padding: 10px;"> <p>Sello de la dependencia/empresa</p> </div> </div> | | | | | | |

