**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 actividadesencomendadas 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 problemáticacon la actividad complementaria. |  |  |  |  |  |
| 6 | Realiza sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa. |  |  |  |  |  |
| 7 | Tiene iniciativa para ayudar en las actividadesencomendadas y muestra espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
| **Observaciones (5):** C:\Users\GestVinc\AppData\Local\Temp\ksohtml5000\wps2.pngC:\Users\GestVinc\AppData\Local\Temp\ksohtml5000\wps3.pngC:\Users\GestVinc\AppData\Local\Temp\ksohtml5000\wps4.pngNombre, cargo y firma del responsable de Sello de la dependencia dependencia/empresac.c.p. Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social. |