**EVALUACIÓN CUALITATIVA DE ÉL(LA) PRESTADOR(A) DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre de él(la) prestador(a) 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 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. |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL:** |  |

Observaciones:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre, cargo y firma de él(la) responsable de programa |  | Sello de la dependencia/empresa |

c.c.p. Oficina de Servicio Social

**ANEXO:**

**Tabla de Equivalencia Numérica del Nivel de Desempeño de Criterio**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nivel de Desempeño** | **Valor Numérico** |
| Excelente | 4 |
| Notable | 3 |
| Bueno | 2 |
| Suficiente | 1 |
| Insuficiente | 0 |