**Formato de Evaluación cualitativa**

Nombre del prestador de Servicio Social:

Programa:

Período 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 |  |  |  |  |  |
| Observaciones:  Nombre, cargo y firma del responsable Sello de la  del programa dependencia/empresa  C.c.p. Oficina de Servicio Social. | | | | | | |