

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 en el programa en el que participa					
7	Tiene iniciativa para ayudar en las actividades y muestra espíritu de servicio.					

Observaciones: _____

 Nombre, Cargo y Firma Del Responsable Del Programa

 Sello De La Dependencia

