**ANEXO XXIII. FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

**NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL: {name}**

**PROGRAMA: {program\_name}**

**PERÍODO DE REALIZACIÓN: {s\_d} de {s\_m} de {s\_y} al {e\_d} de {e\_m} de {e\_y}**

**INDIQUE A QUE BIMESTRE CORRESPONDE: BIMESTRE {bimester}** **FINAL {isFinal}**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **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 adaptando 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:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  {responsable\_name}, {responsable\_role}  c.c.p. Oficina de Servicio Social | | | | Sello de la dependencia/empresa | | | |