**FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

**X**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del prestador de Servicio Social:** | (1) |  |  |
| **Programa:** | (2) |  |  |
| **Periodo de realización: \_(3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
| **Indique a que bimestre corresponde: (4)** | Bimestre |  | Reporte Final |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Nivel de desempeño del criterio (5)** | | | | |
| **#** | **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 : (6)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(7)**  Nombre, cargo y firma del responsable de (8) Sello de la programa dependencia/organismo  C.c.p. Oficina de Servicio Social | | | | | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

1

**X**

**(POR LA INSTITUCIÓN DONDE RALIZA EL SERVICIO SOCIAL)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **Descripción** |
| **1** | Anotar nombre completo del estudiante |
| **2** | Anotar nombre del programa que se le asignó en la institución donde realizo su servicio social. |
| **3** | Anotar periodo del bimestre en el que presenta su reporte |
| **4** | Indicar el número de reporte que corresponde  **1**  Ejemplo: Reporte  / cuando ya sea la entrega de Reporte Final marque con X el recuadro de Reporte Final, Ejemplo  **X**  1 |
| **5** | Marcar la casilla correspondiente tomando en cuenta los criterios y evaluando objetivamente el desempeño. |
| **6** | Anotar si existe alguna observación |
| **7** | Anotar el nombre, cargo y firma del responsable del programa de la institución donde realiza el servicio social. |
| **8** | Sello de la institución donde realiza el servicio social. |