**FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL (DE LA) PRESTADOR(A) DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del (de la) prestador (a) de servicio social: (1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: (2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización:

Enero- Junio \_\_\_\_\_\_ Agosto – Diciembre \_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: (4)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bimestre: | 1° |  |  | 2° |  |  | 3° |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No** | **Criterios a evaluar (5)** | **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 complementaría. |  |  |  |  |  |
| 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 (de la) responsable del (8) Sello de la dependencia/empresa  programa  C.c.p. Oficina de Servicio Social | | | | | | |

**Nota:** este documento deberá contestarse con toda honestidad ya que se evaluará con la tabla de valores (entregar original y copia).

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **DESCRIPCIÓN** |
| 1 | Anotar el nombre del (de la) estudiante empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 2 | Anotar el nombre completo del programa. |
| 3 | Anotar el periodo de realización:  Enero - Junio o Agosto – Diciembre |
| 4 | Marcar con una “X” el bimestre que correspondiente al reporte: 1°, 2° o 3° |
| 5 | Anotar por parte del responsable del programa el criterio a evaluar contenido en los 7 criterios con una “X” en el cuadro que corresponda la evaluación. |
| 6 | Anotar en observación las que se consideren. |
| 7 | Anotar los datos solicitados del responsable del programa |
| 8 | Colocar el sello de la dependencia. |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Nota:** **Borrar los números guía al momento de llenar el formato y el instructivo de llenado.**