**EVALUACION CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador del servicio social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización:

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre Final

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio** |
| **No.** | **Criterios a evaluar** | **insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| **1** | Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos. |  |  |  |  |  |
| **2** | Trabaje en equipo y me adapté a nuevas situaciones. |  |  |  |  |  |
| **3** | Mostré liderazgo en las actividades encomendadas  |  |  |  |  |  |
| **4** | Organicé mi tiempo y trabajé de manera proactiva. |  |  |  |  |  |
| **5** | Interpreté la realidad y me sensibilicé aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria.  |  |  |  |  |  |
| **6** | Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa. |  |  |  |  |  |
| **7** | Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
|  Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nombre, No. De control y firma del prestador de servicio social**c.c.p. Oficina de Servicio Social |