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

Nombre del prestador de le Servicio Social: (1) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Período de realización: (3) del día **XX** mes **XX** año **20XX**; al día **XX** mes **XX** año **20XX**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bimestre |  | Final |  |

Indique a que bimestre corresponde: (4)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | (5) **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 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. |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EQUIVALENCIA NUMÉRICA CALIFICACIÓN**  (7) |  |
| **NIVEL DE DESEMPEÑO:** | |

|  |
| --- |
| Observaciones (6): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (7) Nombre, cargo y firma del responsable de programa (8) Sello de la dependencia/empresa  c.c.p. Oficina de Servicio Social |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO** | **NOMBRE** |
| 1 | Anotar el nombre del prestante de Servicio Social. |
| 2 | Anotar el Nombre del Programa. |
| 3 | Anotar el Periodo. |
| 4 | Anotar el Bimestre correspondiente Ej. 1, 2, 3 … Final. |
| 5 | Evaluación por el Responsable del Programa al prestante de Servicio Social. |
| 6 | Anotar Observaciones |
| 7 | Anotar Nombre, cargo y firma del Responsable del programa. |
| 8 | Sello de la Dependencia/Organismo |

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO** | **NOMBRE** |
| 1 | Anotar el nombre del prestante de Servicio Social. |
| 2 | Anotar el Nombre del Programa. |
| 3 | Anotar el Periodo. |
| 4 | Anotar el Bimestre correspondiente Ej. 1, 2 o Final. |
| 5 | Evaluación por el Responsable del Programa al prestante de Servicio Social. |
| 7 | Calificación final elaborada por el Jefe de la Oficina de Servicio Social y Desarrollo Comunitario. |
| 8 | Anotar Observaciones |
| 9 | Anotar Nombre, cargo y firma del Responsable del programa. |
| 10 | Sello de la Dependencia/Organismo |