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

ITSPR-ES-G1-F28

REV. 00 01 02 24

**Nombre del prestador de Servicio Social:**

**Programa:**

**Periodo de realización:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indique a que bimestre corresponde: Bimestre** | | | | |  | **Final** | |  |  |
| **No.** | **Criterios a evaluar** | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | | | | |
| **Insuficiente (0)** | **Suficiente (1)** | **Bueno (2)** | **Notable (3)** | | **Excelente (4)** | | |
| **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**:            C.c.p. Depto. de Residencia Profesional y Servicio Social | | | | | | | | | |

**Nombre, cargo y firma del responsable del programa**

**Sello de la dependencia/empresa**