**DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del prestador(a) de Servicio Social: | |  | | | | | | | | | | |
| Nombre del programa: | |  | | | | | | | | | | |
| Periodo de realización: | | Del 19 de agosto al 18 de octubre de 2024 | | | | | | | | | | |
| Indique a que bimestre corresponde: | | Bimestre | | 1 | | Final | |  | |  | |
|  | | | | **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 en el programa en el que participa | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 7 | | Tiene iniciativa para ayudar en las actividades y muestra espíritu de servicio. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| |  |  | | --- | --- | | **Observaciones**: |  | |  | | |  | |  |  | | --- | |  |   Nombre, cargo y firma del (la) responsable Sello de la Dependencia  del programa    c.c.p Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social | | | | | | | | | | | | | |