**DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del (la) prestador(a) de Servicio Social: |  |
| Nombre del programa: |  |
| Periodo de realización: | Del 19 de octubre al 18 de diciembre de 2024 |
| Indique a que bimestre corresponde: | Bimestre | 2 | 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  |