EVALUACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Fecha de entrega: _____
No. De Registro de Servicio Social: _____

Nombre del Prestador: _____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

Licenciatura: _____

Nombre de la Entidad Receptora donde realizó el Servicio Social el prestador:

Este instrumento tiene el objetivo de medir el grado de satisfacción de las unidades receptoras en relación al desempeño de la prestación de servicio social. La información que usted nos proporcione será en beneficio de mejorar nuestro proceso. Le invitamos a responder con la mayor objetividad posible los campos que a continuación le presentamos.

En una escala del 1 al 5, califique los siguientes rubros, donde los valores son:

EXCELENTE	5	BUENO	4	REGULAR	3	IRREGULAR	2	DEFICIENTE	1

CRITERIO	CALIFICACIÓN				
1. Asiste puntualmente a realizar sus actividades	1	2	3	4	5
2. Trabaja en equipo y se adapata a nuevas situaciones	1	2	3	4	5
3. Cumple correctamente con las actividades encomnedadas en el tiempo estipulado, alcanzando los objetivos	1	2	3	4	5
4. Organiza su tiempo y trabaja sin necesidad de una supervisión	1	2	3	4	5
5. Realiza sugerencias personales para beneficio o mejora del área donde lo realizó	1	2	3	4	5
6. Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas	1	2	3	4	5
7. Muestra espiritu de servicio	1	2	3	4	5

¡Muchas gracias por su colaboración!, su opinión es muy importante.

_____

Nombre, sello y firma del responsable de la entidad receptora