

ANEXO XXIII. FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

REPORTE N°: _____

NOMBRE DEL ALUMNO(A): _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

CARRERA: _____ NÚMERO DE CONTROL: _____
PROGRAMA: _____
:

INDIQUE A QUE BIMESTRE CORRESPONDE: BIMESTRAL: _____ FINAL: _____

PERIODO DE REALIZACIÓN REPORTADO:

Del día: _____ Mes: _____ Año: _____ ; Al Día: _____ Mes: _____ Año: _____

N°	Criterios a Evaluar	Nivel de desempeño del criterio (Marcar con una X)				
		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.					
OBSERVACIONES:						

FIRMA DEL SUPERVISOR(A)/RESPONSABLE AQUÍ
(Eliminar este texto en azul antes de firmar)



TECNOLÓGICO
NACIONAL DE MÉXICO



Instituto Tecnológico Superior de Apatzingán

Dirección General

Residencias Profesionales y Servicio Social

ESCRIBE AQUÍ EL GRADO PROFESIONAL,
NOMBRE COMPLETO Y PUESTO DEL
SUPERVISOR(A)/ RESPONSABLE DEL PROGRAMA
EN LA DEPENDENCIA

SELLO DE LA DEPENDENCIA

c.c.p. Oficina de Servicio Social

