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

REPORTE Nº: _____

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:** _____

		Nivel de desempeño del criterio (Marcar con una X)				
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 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)

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