**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR DE PUERTO PEÑASCO**
**FORMATO DE EVALUACION CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**
**SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN**

Nombre del prestador de Servicio Social: _____

Programa: _____

Periodo de realización:

Indique a que periodo corresponde Bimestral ☐ 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 del programa en el que participa. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 | Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Observaciones:** _____

_____

_____

_____

Nombre, cargo y firma del responsable del programa

Sello de la Dependencia

c.c.p. Oficina de Servicio Social