



**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA REGIÓN CARBONÍFERA**



**EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE
SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social _____

Programa _____

Periodo de realización _____

Indique a que bimestre corresponde **Bimestre** **Final**

| No. | Criterios a evaluar | Nivel de desempeño del criterio | | | | |
|-----|---|---------------------------------|------------|-------|---------|-----------|
| | | 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 ayudaren las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio. | | | | | |

Observaciones: _____

Nombre
Cargo
firma del responsable de programa

Sello de la dependencia