

FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA

F-DV-005

Fecha: _____

Nombre del Prestador de Servicio: _____

Carrera: _____ Semestre: _____ No. Control: _____

Periodo de realización: _____

Indique a que bimestre corresponde Bimestre Final

N°.	Criterios a evaluar	Nivel del 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 ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio.					
Escala de desempeño						

OBSERVACIONES:

Nombre, cargo y firma del responsable del programa

Sello de la dependencia/empresa

c.c.p Expediente Oficina Servicio Social