

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

Nombre del prestador del Servicio Social: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Periodo de realización:

Indique a qué bimestre corresponde:

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 / empresa