



TECNOLÓGICO  
NACIONAL DE MÉXICO®



**FORMATO DE EVALUACION CUALITATIVA DEL (DE LA) PRESTANTE  
INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE PUERTO PEÑASCO  
SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN**

Nombre del (de la) prestatante de servicio social: \_\_\_\_\_

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

Periodo de realización: \_\_\_\_\_

Indique a que periodo corresponde

Bimestral  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 ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio.					

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre, cargo y firma responsable del  
servicio en la institución o dependencia

*Sello de la  
Dependencia*

*c.c.p. Oficina de Servicio Social*