



FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA
DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN
TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN

Fecha de revisión: 01-Feb-24

Revisión: 1

Página: 1 de 1

Código: ITT-POC-08-09

Referencia a la Norma ISO 9001:2015: 8.2.3

Nombre del prestador de Servicio Social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a qué bimestre corresponde: Bimestre: ____ Final: ____

Criterios a evaluar	Nivel de desempeño del criterio				
	Insuficiente	Suficiente	Bueno	Notable	Excelente
Cumple en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos.					
Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones.					
Organiza su tiempo y trabaja de manera proactiva.					
Interpreta la realidad y se sensibiliza apartando soluciones a la problemática con la actividad complementaria.					
Realiza sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa.					
Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio.					

Observaciones: _____

Nombre, cargo y firma del responsable de programa

Sello de dependencia/empresa