



Formato 5. Evaluación de el/la prestador/a:
Certificación del Servicio Social
 Secretaría de Extensión y Vinculación
 Dirección de Extensión Universitaria
 Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario



Versión Vigente No. 10

Fecha: 26/10/2015

Nombre completo:	Fecha de evaluación:
Nombre de la dependencia receptora (Institución, organismo, empresa):	
INSTRUCCIONES: Con la finalidad de medir el grado de satisfacción e identificar las competencias, aptitudes y actitudes de el/la prestador/a , le solicito califique los aspectos de acuerdo a la siguiente escala:	
1-3: Pésim@ 4-5: Mal@ 6-7: Regular 8-9: Buen@ 10: Excelente	Calificación
¡SEA LO MÁS OBJETIVO POSIBLE! Nota: Puede llenarlo en computadora o a mano ¡GRACIAS!	
1. Su perfil profesional fue:	
2. Su actitud fue:	
3. Su trabajar en equipo fue:	
4. Su iniciativa fue:	
5. El cumplimiento de sus actividades fue:	
6. Su puntualidad fue:	
7. Su liderazgo fue:	
8. Su comunicación oral fue:	
9. El Espacio Académico donde se formó es:	

10. ¿Qué sugiere para mejorar la formación de el/la prestador/a?

Nombre completo, firma de el/la responsable de el/la prestador/a y sello

¡Muchas gracias por su colaboración, su opinión es muy importante para nuestra Institución!