**FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL**

**PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del prestador de Servicio Social: |  |  |  |
| Programa: |  |  |  |
| Periodo de realización: |  |  |  |
| Indique a que bimestre corresponde: | Bimestre |  | Final |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **No.** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumplí en tiempo y forma con las actividades  encomendadas alcanzando los objetivos. |  |  |  |  |  |
| 2 | Trabajé en equipo y me adapté a nuevas situaciones. |  |  |  |  |  |
| 3 | Mostré liderazgo en las actividades encomendadas. |  |  |  |  |  |
| 4 | Organicé mi tiempo y trabajé de manera proactiva. |  |  |  |  |  |
| 5 | Interpreté la realidad y me sensibilicé aportando soluciones a la problemática  con la actividad complementaria. |  |  |  |  |  |
| 6 | Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa. |  |  |  |  |  |
| 7 | Tuve iniciativa para ayudar en las actividades  encomendadas y mostré espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
| **Observaciones:**  **Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio Social**  c.c.p. Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social. | | | | | | |