



AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL



Nombre del prestador de Servicio Social _____

Programa _____

Periodo de realización _____

Indique a que bimestre corresponde **Bimestre** **Final**

| No. | Criterios a evaluar | Nivel de desempeño del criterio | | | | |
|-----|---|---------------------------------|------------|-------|---------|-----------|
| | | 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