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 situaciones 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 en el programa en el que participa.					
7	Tuve iniciativa para ayudar en las actividades y mostré espíritu de servicio.					

Observaciones:_____
_____

_____
NOMBRE, NÚMERO DE CONTROL Y CARRERA