**FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE:** |  |  |
| No. DE CONTROL: |  |  |
| **CARRERA:** |  |  |
| **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:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(12)**Nombre, cargo y firma del Responsable del Programa** | **Sello de la Dependencia** |

***Original****. Servicios Escolares*

***Copia.*** *Gestión Tecnológica y Vinculación.*

***Copia.*** *Jefe de División*

***Copia.*** *Interesado.*