FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN

CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Prestador del Servicio Social: | | | Escribe el nombre *completo del Prestador del SS* |
| Programa: | *Escribe el nombre completo del Programa del SS* | | |
| Periodo de realización: | | Elije el periodo de inicio | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bimestre | Elije Bimestre | Final |  |

Indique qué bimestre corresponde

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio** | | | | |
| **NO.** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| **Valor** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **1** | Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos |  |  |  |  |  |
| **2** | Trabajé en equipo y se adapta a nuevas situaciones |  |  |  |  |  |
| **3** | Mostré liderazgo en las actividades encomendadas. |  |  |  |  |  |
| **4** | Organicé su tiempo y trabaja de manera pro activa |  |  |  |  |  |
| **5** | Interpreté la realidad y se sensibiliza 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 muestra espíritu de servicio. |  |  |  |  |  |
| **Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escribe el nombre completo del prestador del SS

Escribe el no de control y carrera