



FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del estudiante prestador de Servicio Social: _____,

No. De Control: _____. Carrera: _____

Programa: _____.

Periodo de realización: enero-junio: __, agosto-diciembre: __

Indique a que bimestre corresponde: 1er. ____, 2do. ____, 3er. ____, y 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 su tiempo y trabajé de manera proactiva.					
5	Interpreté la realidad y se 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: _____.

Firma del estudiante prestador de Servicio Social.

C.c.p. - Oficina de Servicio Social