**FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE**

**SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: (2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: (3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique a qué bimestre corresponde: (4) Bimestre ( ) Final ( )

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio (5)** | | | | |
| **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 actividades encomendadas. |  |  |  |  |  |
| 4 | Organice mi tiempo y trabajé de manera proactiva. |  |  |  |  |  |
| 5 | Interpreté la realidad y me sensibilice 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 (6): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|
|
|

|  |
| --- |
|  |
| **(7) Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio Social** |

C.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social

C.c.p. Expediente Estudiante

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **DESCRIPCIÓN** |
| 1 | Anotar nombre del Estudiante Apellido Paterno, Materno Nombre (s) en Mayúscula |
| 2 | Anotar el nombre del programa en el cual se encuentra inscrito el (la) Prestante de Servicio Social.(Estudiante) |
| 3 | Anotar Periodo Inscrito ejemplo JULIO 2016- ENERO 2017. |
| 4 | Anotar el bimestre que corresponde. |
| 5 | Marcar con una “X” el nivel de desempeño de acuerdo al criterio a evaluar.  Equivalencias:  Excelente: 4  Notable: 3  Bueno: 2  Suficiente: 1  Insuficiente: 0 |
| 6 | Anotar las Observaciones correspondientes. |
| 7 | Anotar Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio Social. |

**NOTA: LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER LLENADA EN MAYÚSCULAS Y SIN FALTAS DE ORTOGRAFÍA**