**DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL**

**FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL (LA) PRESTADOR(A) DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del prestador(a) de Servicio Social: | | |  | | | | | | | | |
| Nombre del programa: | | |  | | | | | | | | |
| Periodo de realización: | | | Del 19 de agosto al 18 de octubre de 2024 | | | | | | | | |
| Indique a que bimestre corresponde: | | | Bimestre | 1 | | 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, No. De control y firma del prestador(a) de servicio social**  c.c.p Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social | | | | | | | | | | | | | |