**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 |