Instituto Tecnológico Superior de Cananea

FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del prestador de Servicio Social:_____

Programa:_____

Periodo de realización:

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre ☐ 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	Muestré liderazgo en las actividades 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 del programa en el que participa.					
7	Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio.					

Observaciones:_____

_____

_____

_____

Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio Social