ANEXO XXIV. FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERV. SOCIAL

REPORTE N°:

NOMBRE DEL ALUMNO(A): | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S)

CARRERA: NÚMERO DE CONTROL:

PROGRAMA:

INDIQUE A QUE BIMESTRE CORRESPONDE: **BIMESTRAL:** **FINAL:**

PERIODO DE REALIZACIÓN REPORTADO:

Del día: **Mes:** **Año:** **; Al Día:** **Mes:** **Año:**

		Nivel de desempeño del criterio (Marcar con una X)				
N°	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	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 participé.					
7	Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y muostré espíritu de servicio.					
OBSERVACIONES:						

FIRMA DE EL PRESTADOR(A) DE SERVICIO SOCIAL

c.c.p. Oficina de Servicio Social