



FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA

F-DV-004

Fecha: _____

Nombre del Prestador de Servicio: _____

Carrera: _____ Semestre: _____ No. Control: _____

Periodo de realización: _____

Indique a que bimestre corresponde Bimestre Final

N°.	Criterios a evaluar	Nivel del desempeño del criterio				
		Insuficiente	Suficiente	Bueno	Notable	Excelente
1	Cumplí correctamente con las actividades encomendadas en el tiempo estipulado, alcanzando los objetivos.					
2	Trabajé en equipo y me adapte a nuevas situaciones.					
3	Mostre liderazgo en las actividades encomendadas.					
4	Organice mi tiempo y trabaje de manera proactiva.					
5	Interprete 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 a las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio					
Escala de desempeño						
OBSERVACIONES:						

Nombre y firma del prestador de Servicio Social

c.c.p Expediente Oficina Servicio Social

