|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| http://www.itmochis.edu.mx/cache/preview/2ff2c9f5811f4efda91733eb3f652b51.jpg | **Autoevaluación para prestadores de Servicio Social** | **Responsable: Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación** | |
| **Código:** | **Página:** 1 de 2 |
| **Revisión:** | |
| **Referencia:** | **Emisión**: |

# ANEXO XXIV.- FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL

# PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

# 

Nombre del Prestador de Servicio Social:

Nombre del Programa:

Periodo de Realización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: Bimestre Final

Marcar con una **"x"** una sola casilla por pregunta

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **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 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 | |  | | | | |

No. de control, Nombre y firma del prestador de servicio social

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| http://www.itmochis.edu.mx/cache/preview/2ff2c9f5811f4efda91733eb3f652b51.jpg | **Formato de Evaluación para prestadores de Servicio Social** | **Responsable: Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación** | |
| **Código** | **Página:** 2 de 2 |
| **Revisión:** | |
| **Referencia** | **Emisión**: |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Anotar el nombre del prestador de servicio social |
| 2 | Anotar el nombre del programa a realizar |
| 3 | Anotar el número de reporte que corresponde a este período |
| 4 | Anotar el período correspondiente a este reporte |
| 5 | Anotar con una “x” el nivel de desempeño a evaluar por el prestador de  servicio social. |
| 6 | Anotar el número de horas correspondientes al período a evaluar |
| 7 | Anotar el número de horas acumuladas en este reporte. |
| 8 | Anotar alguna observación en caso de existir |
| 9 | Anotar la firma del prestador de servicio social |
| 10 | Anotar nombre, puesto y firma del responsable directo del Programa en la  empresa. |
| 11 | Anotar la autorización y/o Vo. Bo. de la persona responsable en la oficina de  servicio social |