**ANEXO XXIV.**

**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** | **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 realizada** |  |  |  |  |  |
| **6** | **Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participé** |  |  |  |  |  |
| **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**  **c.c.p. Oficina de Servicio Social** | | | | | | |