



SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN

PROCEDIMIENTO PARA SERVICIO SOCIAL

FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.5.1

Nombre del prestador de Servicio Social: _____

Carrera: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a qué bimestre corresponde:

Bimestre		Final	
----------	--	-------	--

No.	Criterios a evaluar	Nivel de desempeño del criterio				
		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: _____ _____						

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

c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social

