



Nombre del prestador del Servicio Social: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_



Formato de autoevaluación cualitativa del  
prestador de servicio social

Código: ITT-POC-08-11

Referencia a la Norma ISO 9001:2015: 8.2.3

Fecha de revisión: 01-Feb-24

Revisión: 0

Página: 2 de 2

---

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

**c.c.p. Oficina de Servicio Social**