



Nombre del prestador del Servicio Social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a qué 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 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.					



Formato de Autoevaluación Cualitativa del
Prestador de Servicio Social

Código: ITT-L-VI-18-RG-11

Referencia a la Norma ISO 9001:2015: 8.2.3

Fecha de revisión:
13-abril-2026

Revisión: 0

Página: 2 de 2

Observaciones: _____

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

c.c.p. Oficina de Servicio Social