Nombre del prestador de Servicio Social: (1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa:(2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de realización: (3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique a que bimestre corresponde:(4) | Bimestre |  | Final |  |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio(5)** |
| **No.** | **Criterios a Evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| **1** | **Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos.** |  |  |  |  |  |
| **2** | **Trabaje en equipo y me adapté a nuevas situaciones.** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Mostré liderazgo en las actividades encomendadas.** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Organice mi tiempo y trabajé de manera proactiva.** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Interprete la realidad y me sensibilice 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 :  (6) Nombre, No. de control yfirma del prestador de Servicio Socialc.c.p. Oficina de Servicio Social |

**GUÍA PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN**

**ANEXO XXIV. FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

**(1)** Nombre Completo del prestante de Servicio Social, iniciando por apellido paterno.

**(2)** Programa al que se encuentra adscrito el prestante de Servicio Social.

**(3)** El período de realización se refiere al bimestre que se está evaluando. Por lo tanto, debe hacer referencia a los 2 meses transcurridos

**Ej.:** 16 de Enero del 2017 – 16 de Marzo del 2017

*En caso de tratarse de la* ***evaluación final****, el período de realización debe referirse a los seis meses, durante los cuales se realizó el Servicio Social.*

**Ej.:** 16 de Enero del 2017 – 16 de Julio del 2017

**NOTA:** *Si alguna de las fechas cae en día inhábil, el período debe recorrerse al día hábil inmediato.*

**(4)** El bimestre se representa con un 1, 2 ó 3, según sea el caso **(DENTRO DEL RECUADRO).**

**Ej.:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique a que bimestre corresponde: (4) | Bimestre | 1 | Final |  |

*Si se trata de la evaluación final, simplemente se marca con una “x” el recuadro que indica la palabra “Final”*

**Ej.:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique a que bimestre corresponde: (4) | Bimestre |  | Final |  X |

**(5)** Para autoevaluar el desempeño para cada criterio, marque con una “x” el recuadro que considere ha obtenido.

**Ej.:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Nivel de desempeño del criterio(5)** |
| **No.** | **Criterios a Evaluar** | **Insuficiente** | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | **Excelente** |
| 1 | Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos. |  |  | X |  |  |

**(6)** El cuadro de texto debe ser editado, escribiendo tu Nombre, No. De control y Firma.

**NOTA: ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO A COMPUTADORA, ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL Y COPIA, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE TÉRMINO DEL MISMO, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (no es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).**