



TECNOLÓGICO
NACIONAL DE MÉXICO®



FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL (LA) PRESTANTE INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE PUERTO PEÑASCO SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN

Nombre del (de la) prestatante del servicio social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a que periodo corresponde

Bimestral 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 participé.					
7	Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio.					

Observaciones: _____

Nombre, No. de control y firma del (de la) prestatante

C.c.p. Oficina de Servicio Social