**FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: Valeria Carolina Campos Hernández

Programa: Catálogos IGUV Irradiación Germicida Ultravioleta

Periodo de realización: Deldía: 5 de enero del 2023 al día: 5 de marzo de 2023

Indique a que 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. |  |  |  | X |  |
| 2 | Trabajé en equipo y me adapté a nuevas situaciones. |  | X |  |  |  |
| 3 | Mostré liderazgo en las situaciones encomendadas. |  |  | X |  |  |
| 4 | Organicé mi tiempo y trabajé de manera proactiva. |  |  | X |  |  |
| 5 | Interpreté la realidad y me sensibilicé aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria. |  |  | X |  |  |
| 6 | Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora en el programa en el que participa. |  |  | X |  |  |
| 7 | Tuve iniciativa para ayudar en las actividades y muestré espíritu de servicio. |  | X |  |  |  |
| **Observaciones**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre, No. De control y firma del prestador de servicio social**  c.c.p Oficina de Servicio Social | | | | | | |