



**TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE MÉRIDA**

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN
FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del prestador de Servicio Social: (1) Rodriguez Gomez Christian Isaac

Programa: (2) Estrategia Institucional

Periodo de realización: (3) 14 DE AGOSTO DE 2024 AL 16 DE OCTUBRE DE 2024

Indique a que bimestre corresponde(4):		Bimestre	1	Final		
		Nivel de desempeño del criterio (5)				
No.	Criterios a Evaluar	Insuficiente	Suficiente	Bueno	Notable	Excelente
1	Cumple en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos.					
2	Trabaja en equipo y se adapta a nuevas situaciones.					
3	Muestra liderazgo en las actividades encomendadas.					
4	Organiza su tiempo y trabaja de manera proactiva.					
5	Interpreta la realidad y se sensibiliza aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria.					
6	Realiza sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa.					
7	Tiene iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y muestra espíritu de servicio.					

Observaciones(6): _____

Nombre, puesto y firma del encargado del programa(7)

Sello de la Dependencia (8)

ISO 9001:2015 8.2.2 REV. 04
ITMER-VI-PO-002-06-A





FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL INSTRUCTIVO DE LLENADO

Número	Descripción
1	Anotar el apellido paterno, materno y nombre (s) del(la) prestatante de Servicio Social.
2	Anotar el nombre del programa en el cual se encuentra inscrito(a) el(la) prestatante de Servicio Social.
3	Anotar día, mes y año del periodo correspondiente a ésta evaluación.
4	Anotar el número de la evaluación correspondiente.
5	Evaluar el nivel de desempeño del criterio
6	Anotar las observación de desempeño que considere necesarias.
7	Anotar el nombre, puesto y firma del(la) supervisor(a) del(la) Estudiante / Prestante de Servicio Social o del área del Organismo en donde lo realiza.
8	La oficina donde el(la) Estudiante/Prestante realiza su Servicio Social deberá sellar ésta evaluación.

NOTA: ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO A COMPUTADORA, ENTREGADO CADA DOS MESES EN DIGITAL, 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).

ISO 9001:2015 8.2.2 REV. 04
ITMER-VI-PO-002-06-A





**TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE MÉRIDA**

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN
FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del prestador de Servicio Social: (1) Rodriguez Gomez Christian Isaac
Programa: (2) Estrategia Institucional
Periodo de realización: (3) 14 DE AGOSTO DE 2024 AL 16 DE OCTUBRE DE 2024

Indique a que bimestre corresponde (4):		Bimestre	1	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	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 (6): _____

Rodrigue _____ Gomez _____ Christian Isaac
(7) Primer apellido Segundo apellido Nombres
No. de control y firma del prestador de Servicio Social

ISO 9001:2015 8.2.2 REV. 04
ITMER-VI-PO-002-06-B





FORMATO DE AUTOVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL INSTRUCTIVO DE LLENADO

Número	Descripción
1	Anotar el apellido paterno, materno y nombre (s) del(la) Estudiante / prestatante de Servicio Social.
2	Anotar el nombre del programa en el cual se encuentra inscrito(a) el(la) prestatante de Servicio Social.
3	Anotar día, mes y año del periodo correspondiente a esta evaluación.
4	Anotar el número de la evaluación correspondiente.
5	Evaluar el nivel de desempeño del criterio: 0= Insuficiente 1= Suficiente 2= Bueno 3= Notable 4= Excelente
6	Anotar las observaciones de autodesempeño que considere necesarias.
7	Anotar el Nombre, No. de control y firma del(la) estudiante / prestador de Servicio Social.

NOTA: ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO A COMPUTADORA, ENTREGADO CADA DOS MESES EN DIGITAL, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE TÉRMINO DE ESTE, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (NO ES VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS, ENMENDADURAS Y/O CORRECCIONES).

ISO 9001:2015 8.2.2 REV. 04
ITMER-VI-PO-002-06-B





**TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE MÉRIDA**

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR EL PRESTADOR DE SERVICIO
SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: (1) Rodriguez Gomez Christian Isaac

Programa: (2) Estrategia Institucional

Periodo de realización: (3) 14 DE AGOSTO DE 2024 AL 16 DE OCTUBRE DE 2024

Indique a que bimestre corresponde (4):		Bimestre	1	Final		
		Nivel de desempeño del criterio (5)				
No.	Criterios a Evaluar	Insuficiente	Suficiente	Bueno	Notable	Excelente
1	¿Consideras importante la realización del SS?					
2	¿Consideras que las actividades que realizaste son pertinentes a los fines del SS?					
3	¿Consideras que las actividades que realizaste contribuyen a tu formación integral?					
4	¿Contribuiste en actividades de beneficio social comunitario?					
5	¿Contribuiste en actividades de protección al medio ambiente?					
6	¿Cómo consideras que las competencias que adquiriste en la escuela contribuyeron a atender asertivamente las actividades de SS?					
7	¿Consideras que sería factible continuar con este proyecto de SS a un proyecto de Residencias Profesionales, proyecto integrador, proyecto de investigación o desarrollo tecnológico?					
8	¿Recomendarías a otro estudiante realizar su SS en la dependencia donde lo realizaste?					

Observaciones (6): _____

_____ Rodrigue _____ Gomez _____ Christian Isaac _____
(7) Primer apellido Segundo apellido Nombres
No. de control y firma del prestador de Servicio Social





FORMATO DE AUTOVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL INSTRUCTIVO DE LLENADO

Número	Descripción
1	Anotar el apellido paterno, materno y nombre (s) del(la) Estudiante / prestatante de Servicio Social.
2	Anotar el nombre del programa en el cual se encuentra inscrito(a) el(la) prestatante de Servicio Social.
3	Anotar día, mes y año del periodo correspondiente a esta evaluación.
4	Anotar el número de la evaluación correspondiente.
5	Evaluar el nivel de desempeño del criterio
6	Anotar las observaciones de autodesempeño que considere necesarias.
7	Anotar el Nombre, No. de control y firma del(la) estudiante / prestador de Servicio Social.

NOTA: ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO A COMPUTADORA, ENTREGADO CADA DOS MESES EN DIGITAL, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE TÉRMINO DE ESTE, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO VIGENTE (NO ES VÁLIDO SI PRESENTA TACHADURAS, ENMENDADURAS Y/O CORRECCIONES).

ISO 9001:2015 8.2.2 REV. 04
ITMER-VI-PO-002-06-C



SEP Instituto Tecnológico de Mérida, Km.5 Carretera Mérida - Progreso A.P 911
C.P. 97118 Mérida Yucatán, México, Tels. 9645000, Ext. 13801, 13802, 13803, 13804 y 13807
e-mail: vin_merida@tecnm.mx | <https://www.merida.tecnm.mx/>

