



**Sistema de Gestión de la Calidad**

Fecha de Emisión: 07 de Noviembre, 2016.

**Formato de evaluación y autoevaluación**

Código: ITSMZ-PV-SS-009

Revisión: 00

Página 1 de 3

**EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: \_\_\_\_\_ Bimestre: \_\_\_\_\_ Final: \_\_\_\_\_

No.	Criterios a evaluar	Nivel de desempeño del criterio				
		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 productiva.					
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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre, cargo y firma del responsable de Programa

Sello de la dependencia/empresa



**Sistema de Gestión de la Calidad**

Fecha de Emisión: 07 de  
Noviembre, 2016.

**Formato de evaluación y autoevaluación**

Código: ITSMZ-PV-SS-009

Revisión: 00

Página 2 de 3

**AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: \_\_\_\_\_ Bimestre: \_\_\_\_\_ 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 adapte a nuevas situaciones.					
3	Mostre liderazgo en las actividades encomendadas.					
4	Organice mi tiempo y trabajé de manera productiva.					
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 participe.					
7	Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio.					

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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



**Sistema de Gestión de la Calidad**

Fecha de Emisión: 07 de Noviembre, 2016.

**Formato de evaluación y autoevaluación**

Código: ITSMZ-PV-SS-009

Revisión: 00

Página 3 de 3

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

Nombre del prestador de Servicio Social: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Periodo de realización: \_\_\_\_\_

Indique a que bimestre corresponde: \_\_\_\_\_ Bimestre: \_\_\_\_\_ Final: \_\_\_\_\_

No.	Criterios a evaluar	Nivel de desempeño del criterio				
		Insuficiente	Suficiente	Bueno	Notable	Excelente
1	¿Consideras importante la realización del Servicio Social?					
2	¿Consideras que las actividades que realizaste son pertinentes a los fines del Servicio Social?					
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 Servicio Social?					
7	¿Consideras que sería factible continuar con este proyecto de Servicio Social a un proyecto de Residencias Profesionales, proyecto integrador, proyecto de investigación o desarrollo tecnológico?					
8	¿Recomendarías a otro estudiante realizar su Servicio Social en la dependencia donde lo realizaste?					

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

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