

AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

 Nombre del prestador de Servicio Social: **ITZEL VICTORIA TORRES GONZÁLEZ**

 Programa: **IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA 5'S**

 Período escolar: **2021-2**

 Bimestre: **3** 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 participa.					
7	Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio.					

Observaciones: _____



17650229 ITZEL VICTORIA TORRES GONZÁLEZ

c.c.p. Oficina de Servicio Social