**Evaluación de la Unidad Receptora**

Nombre de la unidad receptora: Nombre del prestador: Institución educativa: Carrera: Puesto equivalente asignado: Programa de servicio social: Periodo de la prestación: 15 DE AGOSTO 2024 AL 15 DE FEBRERO DEL 2025.

# Del prestador

* 1. Competencia y calidad en el Servicio Prestado 2. Actitud en el desempeño de su servicio

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Aplicación de los conocimientos | ( )  Iniciativa | ( ) |
| * Habilidades de Expresión, oral y escrito | ( )  Responsabilidad | ( ) |
| * Contribución a la Solución de Problemas | ( )  Respeto | ( ) |
|  | * Colaboración | ( ) |

( E ) Excelente, ( B ) Buena, ( R ) Regular, ( D ) Deficiente.

# Del programa

° Situación o problema específico atendido:

° Ahorro económicos generado por la prestación del servicio social:

° Número de beneficiarios de la prestación del servicio social:

° Comentarios:

Responsable del Programa (Nombre, Firma y Sello)

**Recuerda conservar copia de tu documento. Zamora**, Mich., a 15 de Febrero del 2025.