



SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN

PROCEDIMIENTO PARA SERVICIO SOCIAL
FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL
Referencia a la Norma ISO 9001:2015 8.5.1

Nombre del prestador de Servicio Social:
Carrera:
Programa:
Periodo de realización:
Indique a qué bimestre corresponde:

Table with 2 columns: Bimestre, Final

Main evaluation table with columns: No., Criterios a evaluar, Insuficiente, Suficiente, Bueno, Notable, Excelente. Includes 7 criteria and an Observaciones section.

Nombre, cargo y firma del responsable del programa

Colocar sello de la dependencia

