****

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR**

**DE SANTIAGO PAPASQUIARO**

|  |
| --- |
| **FORMATO DE EVALUACIÓN CUALITATIVA** **DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**Nombre del prestador de Servicio Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Programa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Periodo de realización:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Indique a que bimestre corresponde:  | Bimestre  |  Final  |

