



FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL (LA) PRESTANTE INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE PUERTO PEÑASCO SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN

Nombre del (de la) prestante del servicio social: _____

Programa: _____

Periodo de realización: _____

Indique a que periodo corresponde

Bimestral Final

Table with 6 columns: No., Criterios a evaluar, Insuficiente, Suficiente, Bueno, Notable, Excelente. It contains 7 rows of evaluation criteria.

Observaciones: _____

Nombre, No. de control y firma del (de la) prestante