
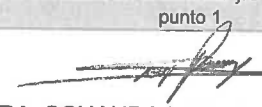




Encabezado General		A. Nombre del Formato:							
 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE TULANCINGO <small>Organismo Descentralizado de la Administración Pública Estatal</small>		ENTREGA-RECEPCION DE BIENES Y/O SERVICIOS							
F-22-01-R1:210817		B. Código/Revisión; Fecha:			F-16-019-R3;060519				
Datos para los Registros (Evidencia):		C. Página		1		1			
D. Fecha de elaboración:		15 DE DICIEMBRE DE 2020		E. Periodo al que se aplica:		SEPTIEMBRE-DICIEMBRE			
1. No. de contrato o pedido		PED/RM/ADJ/SUB.97/20		2. No. de requisición		462			
3. Nombre del Proveedor y/o Prestador de Servicio		FABIOLA VALENCIA AGUILAR							
4. Nombre del usuario :		DRA. SCHANDA HERRERA RAMIREZ							
5. PARTIDA	6. BIEN O SERVICIO	7. DESCRIPCION	8. NOMBRE, FIRMA Y FECHA						
			Se recibe de entera conformidad el (los) bien(es) y/o servicio(s) de acuerdo a lo solicitado en el contrato y/o pedido enunciado en el punto 1						
31902	CERTIFICACIÓN IMPLEMENTACIÓN DIDACTICA Y PRACTICA DOCENTE	CERTIFICACIÓN IMPLEMENTACIÓN DIDACTICA Y PRACTICA DOCENTE	 DRA. SCHANDA HERRERA RAMIREZ						
9. NOTA:									
EVALUACION DEL PROVEEDOR									
10. Nombre del Proveedor		FABIOLA VALENCIA AGUILAR							
11. Periodo o fecha de evaluación		SEPTIEMBRE-DICIEMBRE							
12. Bienes o servicios adjudicados		CERTIFICACIÓN IMPLEMENTACIÓN DIDACTICA Y PRACTICA DOCENTE							
Pond. %	Aspectos a evaluar	13. Nivel de satisfacción:			14. Calificación				
		Baja	Mediana	Óptima	Parcial				Única o Total
		1	2	3	4				
10	Envío oportuno de cotizaciones, confirmaciones de pedido y justificaciones solicitadas.	0	0.5	1					1
20	Cumplimiento del tiempo acorde para la entrega.	0	0.5	1					1
20	Entrega de cantidad recibida vs. cantidad solicitada.	0	0.5	1					1
25	Los bienes y/o servicios cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas.	0	0.5	1					1
10	Los productos están debidamente identificados y marcados.	0	0.5	1					1
15	Comunicación y respuesta oportuna respecto a las compras (servicio técnico, quejas, reclamos, garantías, devoluciones).	0	0.5	1					1
100	15. CALIFICACIÓN TOTAL								
16. Puntaje obtenido		 DRA. SCHANDA HERRERA RAMIREZ 17. Nombre y Firma del solicitante							
80 - 100% Confiable								✓	
60 - 79% A mejorar									
0 - 59% Rechazado									
18. EVIDENCIAS DEL DESTINO FINAL DEL BIEN O SERVICIO		No		Si	✓	Ver listado ¹			
19. Descripción de la evidencia		Constancias de Participación							
20. Área y nombre del responsable de conservar la evidencia		Dra. Schanda Herrera Coordinación de Terapia Física							
21. Fecha de disponibilidad de evidencia									
		22. Firma del responsable de conservar la evidencia							