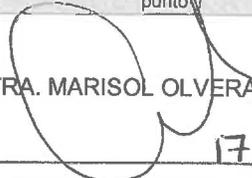


Encabezado General		A. Nombre del Formato:	
		ENTREGA-RECEPCION DE BIENES Y/O SERVICIOS	
F-22-01-R1;210817		B. Código/Revisión; Fecha:	
F-16-019-R3;060519			
Datos para los Registros (Evidencia):		C. Página	
		1	
D. Fecha de elaboración:		E. Periodo al que se aplica:	
30 de noviembre de 2021		SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2021	

1. No. de contrato o pedido	CON/RM/ADJ/IP.147/21	2. No. de requisición	553
3. Nombre del Proveedor y/o Prestador de Servicio	COMITÉS INTERINSTITUCIONALES PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, A.C.		
4. Nombre del usuario :	MTRA. MARISOL OLVERA GARRIDO		

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	
33103	EVALUACIÓN CIEES DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN CIEES DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE ENFERMERIA	 MTRA. MARISOL OLVERA GARRIDO 17 Dic 2021	

9. NOTA:

EVALUACION DEL PROVEEDOR

10. Nombre del Proveedor	COMITÉS INTERINSTITUCIONALES PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, A.C.
11. Periodo o fecha de evaluación	DICIEMBRE DE 2021
12. Bienes o servicios adjudicados	EVALUACIÓN CIEES DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE ENFERMERIA

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	1
20	Cumplimiento del tiempo acorde para la entrega.	0	0.5	1				1	1
20	Entrega de cantidad recibida vs. cantidad solicitada.	0	0.5	1				1	1
25	Los bienes y/o servicios cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas.	0	0.5	1				1	1
10	Los productos están debidamente identificados y marcados.	0	0.5	1				1	1
15	Comunicación y respuesta oportuna respecto a las compras (servicio técnico, quejas, reclamos, garantías, devoluciones).	0	0.5	1				1	1

100	15. CALIFICACIÓN TOTAL	
16. Puntaje obtenido		
80 - 100% Confiable	<input checked="" type="checkbox"/>	
60 - 79% A mejorar	<input type="checkbox"/>	
0 - 59% Rechazado	<input type="checkbox"/>	
		 MTRA. MARISOL OLVERA GARRIDO 17. Nombre y Firma del solicitante

18. EVIDENCIAS DEL DESTINO FINAL DEL BIEN O SERVICIO	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	Ver listado'
--	----	----	-------------------------------------	--------------

19. Descripción de la evidencia Dictamen

20. Área y nombre del responsable de conservar la evidencia Enfermería

21. Fecha de disponibilidad de evidencia

22. Firma del responsable de conservar la evidencia

