Espacio Educativo:

Fecha de revisión:

Verificación realizada por: (NOMBRE)

| No. | Área revisada | Desperfectos identificados | Se turna para su atención a: | Fecha de inicio | Fecha de conclusión | Se requieren trabajos complementarios | Observaciones |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Responsable de Servicios Generales  NOMBRE y FIRMA |  | Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales  NOMBRE Y FIRMA |