|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la institución solicitante:** | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Datos del contacto:** | | | Teléfono | |  | | | | | Correo electrónico | |  | | | |
| **Fecha de recepción de la solicitud de servicio:** | | | | | | | | | (dd/mm/aaaa) | | | | | | |
| **Folio asignado:** | | (Ejemplo **S03-SGC-2019**, ver procedimiento PSCC-SGC**)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Turnado a:** | (Nombre del Académico Responsable del servicio) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Asunto:** | | | | | | | | **Fecha de recepción al Académico responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| **(Nombre y firma del Académico responsable)** | | | | | | | |
| **Instrucción:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prioridad de atención:** | | | | Alta (inmediata) | | |  | Media | | |  | | Normal |  |  |
| **Comentarios del académico responsable sobre la evaluación para concretar el servicio de creación de capacidades:** (aspectos a aclarar sobre la viabilidad de la realización del servicio o ajustes que se requieran revisar previo a concretar el servicio) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Instrumento consensual asociado:** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Fecha de cierre del servicio:** | | | | | | (dd/mm/aaaa) | | | | | | | | | |