**ACTA DE SOCIALIZACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Acta** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documento o herramienta a socializar:** |  |
| **Nombre del responsable del proceso o requirente:** |  |
| **Fecha:** |  |
| **Lugar:** |  |
| **Hora de inicio:** |  |
| **Hora de terminación:** |  |

|  |
| --- |
| **Objetivo:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Desarrollo:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: (Decano)  Decano | Nombre  Director de carrera  Nombre:  Presidente de la Comisión de Aseguramiento de la Calidad |
| Nota. - Las firmas de los asistentes a la socialización constan en el registro de asistencia adjunto. | |

|  |
| --- |
| **Evidencia fotográfica:** Imprimir en hoja adicional para poder ubicar las imágenes posteriormente |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Elaborado por: |  |