



PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, DEL TIPO SUPERIOR

REPORTE DE QUEJAS, DENUNCIAS O PETICIONES

NOMBRE DE LA INSTANCIA EJECUTORA: TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO / INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CD. GUZMÁN
NOMBRE Del comité: _____
FECHA DEL PERIODO DEL 01/OCT/2020 AL 30/OCT/2020

No.	Marque con una X que tipo es:			Existen datos del quejoso o denunciante, o es anónima	Nombre (s) del o los Quejoso (s) o Denunciante (s)	Fecha de la Queja, Denuncia o Petición	Lugar de origen de la Queja, Denuncia o Petición			Fecha en que fue recibida	La Queja, Denuncia o Petición fue presentada ante un Órgano Externo (SI o NO)	Mecione en que Órgano fue presentada	Existe número de Seguimiento o Folio	La Queja, Denuncia o Petición tiene alguna resolución (SI o NO)	Mencione la Resolución	Fecha de la Resolución
	Queja	Denuncia	Petición				Localidad	municipio	Estado							
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

Nota: En caso que en el Presente periodo no existiera alguna Queja, Denuncia o Petición, este se deberá de enviar a la Instancia Normativa con la siguiente Leyenda:

Yo **DR. DANIEL FAJARDO DELGADO**, manifiesto de decir verdad que en el presente periodo **1/Octubre/2020 al 30/Octubre/2020**, no se recibió alguna Queja, Denuncia o Petición, por los Beneficiarios en esta Instancia Ejecutora, por lo que se entrega en el presente formato, por lo que se entrega el presente reporte de mensual sin algún dato de lo antes mencionado.



DR. DANIEL FAJARDO DELGADO

Nombre y Firma del Responsable de Contraloría Social

Instancia Ejecutora: