



PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, DEL TIPO SUPERIOR

REPORTE DE QUEJAS, DENUNCIAS O PETICIONES

NOMBRE DE LA INSTANCIA EJECUTORA:

NOMBRE Del comité:

FECHA DEL PERIODO

DEL

AL

| 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 | En caso de haber dicho que "NO", mencion por que | |
|-----|-------------------------------|----------|----------|---|---|--|--|-----------|--------|---------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------|------------------------|--|--|
| | 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 (**Nombre completo del Responsable de Contraloría Social**) manifiesto de decir verdad que en el presente periodo (**Colocar el periodo**), 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.

Nombre y Firma del Responsable de Contraloría Social

Instancia Ejecutora: