



**Informe de Quejas y Sugerencias**

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Periodo de Evaluación: \_\_\_\_\_

PROCESO	NUMERO DE QUEJAS RECIBIDAS	NUMERO DE QUEJAS ATENDIDAS
Académico		
Administración de recursos		
Calidad		
Planeación		
Vinculación		
Total		

\_\_\_\_\_  
ADMINISTRADOR DEL BUZÓN

(Nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE PROCESO CALIDAD

(Nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
RD

(Nombre y firma)