



**SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN
DIRECCIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y
GESTIÓN DE PROCESOS**

SOLICITUD
DE USUARIO Y CONTRASEÑA

Folio: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO	SELLO Y FIRMA DEL TITULAR
Clave Nombre	
(En caso que el centro de trabajo sea nuevo y no aparezca oficialmente en el SIE, se deberá presentar constancia de nueva creación expedida por el Depto. de Estadística, para el caso de centros Públicos; o constancia de incorporación expedida por la Dirección de Registro, Certificación e Incorporación, para el caso de centros Privados; así como oficio de solicitud firmado y sellado , y copia de credencial de elector)	
2.DATOS DEL SOLICITANTE	
Nombre del director del CT Teléfono	(El titular puede ser director, supervisor, jefe de sector, jefe de departamento, coordinador. En caso de no aparecer de manera oficial como tal, acudir al Depto. de Estadística para resolver este caso.)
3.NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR EN CASO DE NIVEL PREESCOLAR, PRIMARIA Y SECUNDARIA	
Nombre y firma	

(Para el caso de CT del municipio de Victoria:)	FECHA Y HORA DE ENTREGA
4.NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE USUARIO, CONTRASEÑA Y FOLIO ASIGNADO DE SERVICIO	
(Deberá presentar copia de credencial de elector)	

(Para el caso de CT foráneo:)

5.CORREO ELECTRÓNICO DE LA DIRECCIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DE PROCESOS (DSIGP) :
usuarios.sie@tam.gob.mx

6.CORREO ELECTRÓNICO A UTILIZAR PARA SOLICITUD Y ENVÍO DE USUARIO Y CONTRASEÑA

(Deberá presentar copia de credencial de elector)

7.ENCUESTA DE SATISFACCIÓN *(Califica el servicio según la tabla y llena el cuadro correspondiente)*

Tabla de Calificación E = EXCELENTE B = BUENO R = REGULAR M = MALO		<input type="checkbox"/> OPORTUNIDAD <input type="checkbox"/> CONTINUIDAD <input type="checkbox"/> ACCESIBILIDAD <input type="checkbox"/> COMODIDAD <input type="checkbox"/> PRECISIÓN <input type="checkbox"/> CORTESÍA	Nombre y firma
--	--	--	----------------

8. QUEJAS Y/O SUGERENCIAS *(Escribe en el espacio que aparece a continuación)*