

**Anexo 5**

Logotipo de la  
Institución Ejecutora

**Formato de quejas y denuncias para la Contraloría Social del  
Programa G005**

Núm. Consecutivo (exclusivo DGCES)	
---------------------------------------	--

Día	Mes	Año

En la visita de evaluación al estado de \_\_\_\_\_, ¿se presentaron quejas o denuncias?

Sí	
No	

**En caso de que la respuesta sea “No”, se procede a firmar.**

*Nombre, cargo y firma del RCS de la  
instancia ejecutora*

*Nombre, cargo y firma de integrante del  
Comité de Contraloría Social*

**En caso de que la respuesta sea “Si”, llenar los siguientes rubros.**

¿Desea que sea anónima?

Sí	
No	

**Datos del (a) quejoso (a) o denunciante:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Domicilio (Calle, Número, Colonia, Municipio, C.P.)



Número Telefónico móvil: \_\_\_\_\_ Número Telefónico fijo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Para que su queja o denuncia proceda adecuadamente, es obligatorio llenar los datos del servidor público denunciado:**

Nombre del Servidor Público Denunciado: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Domicilio laboral: \_\_\_\_\_

**Por favor, describa los hechos:**

¿Cuándo sucedieron los hechos?

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ hrs., o aproximado \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA QUEJA O DENUNCIA**

¿Dónde sucedió?

¿Cómo sucedieron los hechos?

¿Cuenta con testigos o pruebas?

*Nombre, cargo, correo electrónico, teléfono  
y firma del quejoso o denunciante*

*Nombre, cargo, correo electrónico, teléfono  
y firma de integrante del Comité de  
Contraloría Social*





*Nombre, cargo, correo electrónico, teléfono  
y firma del testigo*

---

*Nombre, cargo, correo electrónico, teléfono  
y firma del RCS de la instancia ejecutora*

---

