

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

<p>¿Dónde sucedió?</p> <p>¿Cómo sucedieron los hechos?</p> <p>¿Cuenta con testigos o pruebas?</p>

*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*

