

4. Instancia Receptora

<input type="checkbox"/>	Órgano Interno de Control
<input type="checkbox"/>	Servicios Estatales de Salud
<input type="checkbox"/>	Unidad médica

5. Motivo de la petición, queja o denuncia:

6. Fecha de los hechos: ____/____/____ día mes año

7. ¿De qué institución es el trámite, servicio o personal con quien trató el motivo de la queja o denuncia? _____

8. ¿Le solicitaron dinero o alguna otra dádiva?

Sí No

9. ¿Desea quejarse o denunciar a un servidor público?

Sí No

10. Agregar testigos principales (Nombre completo)

Nombre, firma y correo electrónico de quien realiza la queja o denuncia:

Nombre, firma y correo electrónico de quien recibe la queja o denuncia:

Nombre, cargo, firma y correo electrónico de los integrantes del Comité de Contraloría Social:

