# FORMATO QUEJAS Y DENUNCIAS
## Programa Educación Inicial y Básica Comunitaria

CONTRA SERVIDORES PÚBLICOS

| No Consecutivo | |
|---|---|

(Espacio para ser llenado por la Institución)

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| | | |

**¿DESEA QUE SEA ANÓNIMA?**

| | |
|---|---|
| **SI** | ☐ |
| **NO** | ☐ |

**DATOS DEL(A) QUEJOSO (A) O DENUNCIANTE:**

| | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO:** | | **FOLIO FAMILIA:** |
| **DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA)** | | **CÓDIGO POSTAL:** |
| **LOCALIDAD:** | | **MUNICIPIO:** |
| **NÚM. TELÉFONO MÓVIL (CELULAR):** | **NÚM. TELÉFONO FIJO:** | **CORREO ELECTRÓNICO:** |

**DEPENDENCIA INVOLUCRADA**:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **SECTOR SALUD** ☐ | **SECTOR EDUCATIVO** ☐ | **PERSONAL DE PROSPERA** ☐ | **BANSEFI** ☐ | DICONSA ☐ | **PERSONAL DEL AYUNTAMIENTO** ☐ | OTRO ☐ |

**PARA QUE SU QUEJA O DENUNCIA PROCEDA ADECUADAMENTE, <u>ES OBLIGATORIO LLENAR LOS DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO DENUNCIADO</u>:**

| | |
|---|---|
| **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 _____

¿Dónde sucedió?

_____

_____

_____

¿Cómo sucedieron los hechos?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¿Cuenta con testigos?

Sí _____ No_____

Nombres:_____

_____

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL QUEJOSO O DENUNCIANTE | FIRMA DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN |

| |
|---|
| FIRMA DE TESTIGO<br>(OPCIONAL) |

**"ES DEBER DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS PROTEGER LA IDENTIDAD DE LOS DENUNCIENTES"**

**Este programa es público, ajeno a cualquier partido. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.**

**Para el seguimiento de la presente queja o denuncia, comunicarse al siguiente número:**

**Teléfono:** (55) 5241 7400 ext. 7364, 7366, 7376 quejasyresp@conafe.edu.mx; www.conafe.gob.mx/atencionciudadana