

**FORMATO DE QUEJAS Y DENUNCIAS**

**Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad  
Subprograma de Apoyos a Personas en Estado de Necesidad**

Fecha de llenado: \_\_\_\_\_

**I.- Datos Generales**

Responsable del llenado: \_\_\_\_\_

Programa Social: \_\_\_\_\_

Nombre del proyecto: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

No. de registro del Comité de Contraloría Social

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

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

**II.- Datos de quien presenta la queja**

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

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

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

C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**III.- Hechos**

Describa la denuncia, queja o petición:

---

---

---

---

---

---

**IV.- Personal denunciado y/o área que prestó el servicio**

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

Ubicación física: \_\_\_\_\_

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

Área que prestó el servicio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de quien presenta la queja o denuncia