



### Anexo 4 Formato de Quejas y Denuncias 2020

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

**Sus datos son importantes para la debida captación, seguimiento y conclusión de su petición:**

No. de registro de CCS receptor: \_\_\_\_\_  
UA a la que pertenece el CCS: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario o tercero:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

Nombre del beneficiario (a) en caso de que la petición sea por parte de un tercero:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

Domicilio del beneficiario o tercero:

Calle	No.	Colonia	C.P.
-------	-----	---------	------

Delegación/Municipio	Estado
----------------------	--------

Teléfono con lada	Correo electrónico
-------------------	--------------------

Proporcione los datos del servidor público involucrado, para su identificación: \_\_\_\_\_

Institución o área de adscripción: \_\_\_\_\_

Descripción de la queja, denuncia, sugerencia, solicitud o reconocimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Servidor Público a quien que se turna la queja o denuncia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Firma del peticionario: \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Comité: \_\_\_\_\_

Atención: Conserve una copia de este formato de petición ciudadana, entregue el original al servidor público responsable y solicite que le firme la copia.

ESTE FORMATO LLENO DEBERÁ DE ENTREGARSE DIRECTAMENTE AL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN. DEBE ANEXAR COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN OFICIAL

**ESTA INFORMACIÓN SERA TRATADA EN FORMA CONFIDENCIAL**