INFORME MENSUAL DE QUEJAS Y DENUNCIAS		
Mes a reportar	Septiembre - Octubre 2020	
Nombre del Programa	Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas, PAIMEF	
Responsable del llenado	Nombre de la Persona Enlace de CS en el Estado	*En minúsculas
Dependencia	Nombre de la IMEF	*En minúsculas / completo sin abreviaciones
Unidad Responsable	Unidad Responsable de la IMEF	*En minúsculas / completa sin abreviaciones
Instancia normativa	Instituto Nacional de Desarrollo Social, INDESOL - PAIMEF	

Entidad federativa	Localidad	Fecha de recepción	Medio a través del cual se presentó la queja o denuncia	Dependencia involucrada	Número de folio	Sintesis	Acciones realizadas	Responsable	Estado