**Formato para la presentación de una queja o denuncia:**

|  |
| --- |
| **ANEXO 2** |
| **DELACIÓN (QUEJA O DENUNCIA)** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   | **Fecha:** |   |
| **Datos de la persona que presenta la queja o denuncia:** |
|    |
| **Nombre completo:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Cargo o puesto** |   |   | **Correo electrónico:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Nivel** |   |   | **Teléfono**  |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Domicilio:** |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **La persona que desee conservar el anonimato, sólo podrá enterarse del curso de la queja o denuncia presentada, a través del seguimiento que ella misma les dé a las sesiones del Comité.** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Datos del servidor(a) público(a) contra quien se presenta la Delación (queja o denuncia)**  |
|   |   |   |   |   |
| **Nombre** |   |  **Apellido paterno** |  | **Apellido materno** |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Entidad o dependencia a la que se desempeña:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Domicilio de la Institución:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Cargo o puesto** |   |   |   | **Fecha del evento:** |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Breve narración del hecho o conducta**: |
|   |
|  |
|  |
|  |

-2-

|  |
| --- |
| **Datos de una persona que haya sido testigo de los hechos (2 testigos)**  |
| **Nombre completo** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Domicilio:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Teléfono:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Correo electrónico:** |   |
| **¿Trabajas en la Administración Pública Estatal?**  **NO \_\_\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_\_** |
| ***\* Si contestó "Sí", la siguiente información es indispensable:***  |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Entidad/dependencia:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Cargo o puesto:** |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Nombre completo:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Domicilio:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Teléfono:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Correo electrónico:** |   |
|   **¿Trabajas en la Administración Pública Estatal?**  **NO \_\_\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_\_\_**  |
| ***\* Si contestó "Sí", la siguiente información es indispensable:*** |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Entidad/dependencia:** |   |
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |
| **Cargo o puesto:** |   |
| **firman al calce los que intervinieron**  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |   |   |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nombre y firma del Quejoso** |   |   |  |   | **Nombre y firma del Secretario Ejecutivo del CEPCI de la SFP** |

 **Testigos**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_