**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**

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