

Septiembre



INMUJERES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

Programa para el Adelanto, Bienestar e Igualdad de las Mujeres

Contraloría Social

Reporte de Quejas/Denuncias

| Quejas y/o Denuncias | | |
|--|------------------------------|---|
| I. Datos generales de quien presenta la denuncia (en caso de que la persona desee proporcionar datos) | | |
| Nombre: | | |
| Domicilio: | | |
| Estado: | Municipio: | C.P.: |
| Pertenece a algún Comité de Contraloría Social | | Localidad: |
| | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| II. Datos de la Queja o Denuncia | | |
| a) ¿Dónde ocurrieron los hechos? | | |
| Domicilio: | | |
| Estado: | Municipio: | C.P.: |
| b) Fecha de los hechos: | | Localidad: |
| c) ¿Cuáles fueron los hechos? | | |
| Explique con el mayor detalle posible el motivo de la Queja o Denuncia: | | |
| <p>NO SE PRESENTARON DENUNCIAS EN EL PERIODO QUE SE REPORTA (SEPTIEMBRE)</p> | | |
| d) ¿A quién denuncia? | | |
| Servidora/or público: | Otro: | |
| Nombre: | | |
| Dependencia de gobierno, institución u organización a la que pertenece: | | |
| Presenta pruebas/evidencias | Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, descríbalas: | | |

| | |
|---|--|
|  LUIS ENRIQUE HIGUERA AGUILAR Enlace Estatal de la CS para el PROABIM JEFE DEL DEPARTAMENTO INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Nombre completo y firma Enlace Estatal de la CS para el PROABIM *Servidor Público de la IMEF | Areli Romero Medina ARELI ROMERO MEDINA VOCAL CS PARA EL CDM SAN FELIPE Nombre completo y firma Integrante del Comité Acompaña a la Persona Denunciante |
| Nombre completo y firma o huella Persona Denunciante | |

Secretaría de la Función Pública: <http://www.gob.mx/sfp>
 Órgano Interno de Control en el Inmujeres: Teléfono: 53226030 ext. 8000, contraloriainterna@inmujeres.gob.mx

De conformidad con lo establecido por el numeral 13 de las Reglas de Operación del PROABIM, por el Programa Anual de Trabajo de la CS, así como por el Programa Estatal de Trabajo de la CS en el marco del PROABIM; la instancia ejecutora deberá tener el soporte documental a su resguardo, el cual en caso de evaluación/auditoría podrá ser solicitado.

Deberá anexar todo documento y/o información que recopile como prueba de su queja o denuncia, que servirá para demostrar la irregularidad presentada. Así mismo, este formato aplicará siempre y cuando se hayan presentado Quejas/Denuncias en el marco del programa.

| Quejas y/o Denuncias | | |
|--|-----------------------|--|
| I. Datos generales de quien presenta la denuncia (en caso de que la persona desee proporcionar datos) | | |
| Nombre: | | |
| Domicilio: | | |
| Estado: | Municipio: | C.P.: |
| Pertenece a algún Comité de Contraloría Social | | Localidad: |
| | | Si No |
| II. Datos de la Queja o Denuncia | | |
| a) ¿Dónde ocurrieron los hechos? | | |
| Domicilio: | | |
| Estado: | Municipio: | C.P.: |
| | | Localidad: |
| b) Fecha de los hechos: | | |
| c) ¿Cuáles fueron los hechos? | | |
| Explique con el mayor detalle posible el motivo de la Queja o Denuncia: | | |
| <p>NO SE PRESENTARON DENUNCIAS EN EL PERIODO QUE SE REPORTA (SEPTIEMBRE)</p> | | |
| d) ¿A quién denuncia? | | |
| Nombre: | Servidora/or público: | Otro: |
| Dependencia de gobierno, institución u organización a la que pertenece: | | |
| Presenta pruebas/evidencias | Si: | No: |
| En caso afirmativo, descríbalas: | | |

| | |
|--|---|
|  LUIS ENRIQUE HIGUERA AGUILAR Enlace Estatal de la CS para el PROABIM JEFE DEL DEPARTAMENTO INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Nombre completo y firma Enlace Estatal de la CS para el PROABIM *Servidor Público de la IMEF | Arceli Romero Medina Arceli Romero Medina Nombre completo y firma Integrante del Comité Acompaña a la Persona Denunciante |
| Nombre completo y firma o huella Persona Denunciante | |

Secretaría de la Función Pública: <http://www.gob.mx/sfp>
 Órgano Interno de Control en el Inmujeres: Teléfono: 53226030 ext. 8000, contraloriainterna@inmujeres.gob.mx

De conformidad con lo establecido por el numeral 13 de las Reglas de Operación del PROABIM, por el Programa Anual de Trabajo de la CS, así como por el Programa Estatal de Trabajo de la CS en el marco del PROABIM; la instancia ejecutora deberá tener el soporte documental a su resguardo, el cual en caso de evaluación/auditoría podrá ser solicitado.

Deberá anexar todo documento y/o información que recopile como prueba de su queja o denuncia, que servirá para demostrar la irregularidad presentada. Así mismo, este formato aplicará siempre y cuando se hayan presentado Quejas/Denuncias en el marco del programa.