



**PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
EJERCICIO FISCAL: 2025**

QUEJAS Y DENUNCIAS

Fecha de llenado:

I.- Datos Generales		
Responsable del llenado:	<input type="text"/>	
Programa Social:	Programa de Atención a Personas con Discapacidad	
Nombre del Comité:	<input type="text"/>	
Nombre del proyecto:	<input type="text"/>	
Estado:	<input type="text"/>	No. de registro del Comité de Contraloría Social:
Municipio:	<input type="text"/>	
Localidad:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II.- Datos de quien presenta la queja			
Nombres:	<input type="text"/>		
Apellido Paterno:	<input type="text"/>	Apellido Materno:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>		
Estado:	<input type="text"/>	Municipio:	<input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo Electrónico:	<input type="text"/>

Hechos:	
Describe la denuncia, queja o petición:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	



Salud
Secretaría de Salud

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

**Contralores
Sociales**
Guardianes del gasto público



IV. Personal denunciado y/o área que prestó el servicio

Nombre completo:

Ubicación física:

Cargo:

Área que prestó el servicio:

Nombre y Firma de quien presenta la queja o denuncia

*Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.*

"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".