



ESTADO DE TLAXCALA



ESTADO DE TLAXCALA

Órgano Interno de Control
Contraloría Municipal

Dependencia:	CONTRALORÍA MUNICIPAL	Área: Investigación
Documento:	Presentación de Quejas y Denuncias derivada del Incumplimiento de las Obligaciones de los Servidores Públicos	Código del Trámite: TYS CTR 001
*Fecha de Recepción: __ / __ / __	*Asunto:	Páginas 1 de 3
	Queja: <input type="checkbox"/> Denuncia: <input type="checkbox"/>	
	*Número de Control:	

*Campos exclusivos para uso del personal de Contraloría Municipal.

INSTRUCCIONES: Llene los espacios en blanco con letra de molde o a máquina.

I. DATOS DEL QUEJOSO O DENUNCIANTE

Es sumamente importante que se proporcionen los datos personales del quejoso, mismos que serán protegidos de acuerdo a lo establecido a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Tlaxcala. Lo anterior con la finalidad de poder notificar al interesado la resolución sobre el asunto.

NOMBRE COMPLETO:		
CALLE:	NUM. EXT:	NUM. INT:
ENTRE QUE CALLES:	COLONIA:	C.P.:
MUNICIPIO:	ENTIDAD FEDERATIVA:	PAÍS:
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:

II. DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO DENUNCIADO

Es importante que se proporcione toda la información solicitada.

NOMBRE COMPLETO:	PUESTO:	
LUGAR DE TRABAJO:	DOMICILIO DE LA DEPENDENCIA:	NUM. INT:



GOBIERNO MUNICIPAL 2021-2024



GOBIERNO MUNICIPAL 2021-2024

Órgano Interno de Control
Contraloría Municipal

Dependencia:	CONTRALORÍA MUNICIPAL	Área: Investigación
Documento:	Presentación de Quejas y Denuncias derivada del Incumplimiento de las Obligaciones de los Servidores Públicos	Código del Trámite: TYS CTR 001
*Fecha de Recepción: ___ / ___ / ___	*Asunto: Queja: <input type="checkbox"/> Denuncia: <input type="checkbox"/> *Número de Control:	Páginas 2 de 3

*Campos exclusivos para uso del personal de Contraloría Municipal.

III. HECHOS QUE DESEA DENUNCIAR

¿DÓNDE OCURRIERON LOS HECHOS?,	MENCIONE EL LUGAR ESPECIFICO:
¿CUÁNDO OCURRIERON LOS HECHOS?,	FECHA Y HORA:
EN CASO DE QUE HAYAN INTERVENIDO MÁS SERVIDORES PÚBLICOS, POR FAVOR, IDENTIFIQUELOS SI ES POSIBLE	
NARRACIÓN DE LOS HECHOS: <i>(La narración debe ser concreta, claro, describiendo la forma en que sucedieron los hechos, especificando el orden en que sucedieron, los nombres de las personas involucradas, sus acompañantes, otros servidores públicos o personas presentes durante el desarrollo de éstos; evitando situaciones ambiguas, imprecisas o vagas).</i>	



2021-2024



2021-2024

Órgano Interno de Control
Contraloría Municipal

Dependencia:	CONTRALORÍA MUNICIPAL	Área: Investigación
Documento:	Presentación de Quejas y Denuncias derivada del Incumplimiento de las Obligaciones de los Servidores Públicos	Código del Trámite: TYS CTR 001
*Fecha de Recepción: __ / __ / __	*Asunto:	Páginas 3 de 3
	Queja: <input type="checkbox"/> Denuncia: <input type="checkbox"/>	
	*Número de Control:	

*Campos exclusivos para uso del personal de Contraloría Municipal.

IV. ELEMENTOS DE PRUEBA

EN CASO DE EXISTIR ALGÚN MEDIO DE PRUEBA, POR FAVOR, ANÉXELO O INDIQUE EL LUGAR DONDE PUEDA SER LOCALIZADO:

--

Si tiene testigos de los hechos que deseen apoyar su denuncia o si conoce a otras personas afectadas, por favor, indíquelo en los espacios.

Nombre:	Teléfono:	Domicilio:

V. FECHA DE INTERPOSICIÓN DE LA QUEJA O DENUNCIA

Fecha:	
---------------	--

VI. FIRMA DE QUIEN PRESENTA LA QUEJA O DENUNCIA Y LA RATIFICA

Fecha:	
---------------	--

Nombre y firma de quien recibe la queja o denuncia _____ Lic.
--

Fecha, hora y sello de recibido
--

Nombre y Firma de quien presenta la queja o denuncia _____ C.
--