



**PROGRAMA DE SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVA DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA ESTATAL**

**PROGRAMA “CONTRALORIA SOCIAL”**

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Dependencia:                        | Secretaría de Educación  |
| Trámite:                            | Recepción de quejas, denuncias o sugerencias   |
| No. De Registro:                    | No aplica  |
| Área Responsable:                   | Contraloría Interna  |
| Departamento:                       | Quejas y denuncias   |
| Responsable:                        | Lic. Elvia del Carmen Arribalsa Castillo   |
| Cargo del Responsable:              | Jefe de Departamento de quejas y denuncias   |
| Correo Electrónico del Responsable: | seduc_camp@hotmail.com   |
| Ubicación:                          | Av. Maestros Campechanos s/n, Col. Sascalum C.P. 24095. Planta alta  |
| Horario de Atención:                | 8:00 a 15:00 Hrs   |
| Teléfono:                           | (981) 81 3-06-91   |
| Objetivo del Trámite:               | Atender y dar seguimiento a las quejas, denuncias y/o sugerencias presentadas por los ciudadanos y en su caso canalizarlas al área correspondiente, para su trámite o resolución.  |
| Requisitos:                         | <ul style="list-style-type: none"><li>Presentar una identificación oficial</li></ul>   |
| Procedimiento:                      | Atención directa al público en general, presentación de la queja, denuncia o sugerencia de forma oral o escrita, en su caso recepción de la documentación presentada para el trámite respectivo, integración del expediente del trámite respectivo e informe de investigación. |
| Costo:                              | gratuito   |
| Tiempo de Respuesta:                | 30 días hábiles  |
| Vigencia o vencimiento:             | Permanente   |
| Fundamentación Legal:               | Artículo 4 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.  |



**PROGRAMA DE SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVA DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA ESTATAL  
PROGRAMA “CONTRALORIA SOCIAL”**

Fecha de Recepción:    /    /

**Datos del Denunciante**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Datos del Denunciado**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Fecha en el que se  
presento el  
incidente: \_\_\_\_\_

**Narración de los Hechos**

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