|  |  |
| --- | --- |
| Núm. consecutivo |  |

(Espacio para ser llenado por la Institución)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
|  |  |  |

¿DESEA QUE SEA ANÓNIMA?

**DATOS DEL(A) DENUNCIANTE DENUNCIANTE:**

**NO**

**SÍ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO:** | |  | |
| **DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA)** | | | **CÓDIGO POSTAL:** |
| **LOCALIDAD:** | | **MUNICIPIO:** | |
| **NÚM. TELÉFONO MÓVIL (CELULAR):** | **NÚM. TELÉFONO FIJO:** | **CORREO ELECTRÓNICO:** | |

**PARA QUE SU DENUNCIA PROCEDA ADECUADAMENTE, ES OBLIGATORIO LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS:**

|  |
| --- |
| **Nombre del servidor público denunciado:** |
| **Cargo:** |
| **Área de Adscripción:** |
| **Domicilio Laboral:** |

POR FAVOR, DESCRIBA LOS HECHOS:

¿Cuándo sucedieron los hechos?

El día de del , siendo las Hrs., o aproximado

¿Dónde sucedieron los hechos? Órgano, Sala, Dirección, o Unidad Administrativa del Tribunal Estatal de Justicia Administrativa.

¿Explicar de manera detallada cómo sucedieron los hechos?

¿Cuenta con testigos? SÍ \_\_\_\_ No

Nombres:

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y FIRMA DEL DENUNCIANTE | FIRMA DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN  Contraloría Interna |

“ES DEBER DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DE LA CONTRALORÍA INTERNA PROTEGER LA IDENTIDAD DE LOS DENUNCIANTES”

\* En términos del Artículo 95 de la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado y Municipios de San Luis Potosí, la denuncia deberá contener los datos o indicios que permitan advertir la presunta responsabilidad administrativa por la comisión de faltas administrativas