

No.	NOMBRE DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO		CLASIFICACIÓN	
			Trámite	Servicio
01	Recepción de Quejas o Denuncias.			x
DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO			TIEMPO DE RESPUESTA	
Recibir Quejas, Denuncias y/o actuar por oficio en contra de los Servidores Públicos o Particulares cuyos actos u omisiones incumplan o transgredan la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de San Luis Potosí.			1 hora	
COSTO	ÁREA DE PAGO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA DEL COMPROBANTE	
Sin Costo	No aplica	No aplica	No aplica	
USUARIOS		HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO		
Público en general		8:00 a 15:00 horas de Lunes a Viernes		
ÁREA EN LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE Y/O SERVICIO				
Unidad de Responsabilidades Administrativas (Contraloría Interna).				
UBICACIÓN DE LA OFICINA			NÚMERO TELEFÓNICO	
5 de Mayo No. 15 planta alta, Zona Centro, Axtla de Terrazas, S.L.P.			4893610684	
REQUISITOS				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de denuncia debidamente requisitada. ✓ Identificación oficial vigente con fotografía y/o documentación que acredite la personalidad o las facultades del compareciente. 				
Fundamento Jurídico			FORMATO A UTILIZAR	
Artículo 86 De La Ley Orgánica Del Municipio Libre Del Estado De San Luis Potosí. Artículo 3, Y Demás Relativos Aplicables De La Ley De Responsabilidades Administrativas Del Estado De San Luis Potosí.			PMA08F01	
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN			Vo. Bo.	
Lic. Pedro Pozos Martínez Contralor Interno			Lic. Jovanny de Jesús Ramón Cruz Presidente Municipal Constitucional	

FORMATO AL TRÁMITE, QUEJA O DENUNCIA.

PMA08F01

No. de folio interno: _____

Nombre del solicitante: _____

Datos a registrar: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

Identificación: _____



H. Ayuntamiento Municipal

2018-2021

Axtla de Terrazas, S.L.P.

FORMATO DE DENUNCIA POR PRESUNTA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA.



NÚMERO DE FOLIO INTERNO _____

DÍA	MES	AÑO

¿DESEA QUE SEA ANONIMA?

SI	NO

DATOS DEL DENUNCIANTE:

PERSONA FISICA O MORAL.	NOMBRE COMPLETO DEL DENUNCIANTE:
SE IDENTIFICA CON INE.	OTRO DOCUMENTO ESPECIFIQUE.
DOMICILIO:	LOCALIDAD:
MUNICIPIO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO:	CORREO ELECTRONICO:

PARA QUE SU DENUNCIA PROCEDA ADECUADAMENTE, ES OBLIGATORIO LLENAR LOS DATOS DEL SERVIDOR PUBLICO DENUNCIADO.

NOMBRE DEL SERVIDOR PUBLICO DENUNCIADO:
CARGO:
DEPENDENCIA:
LOCALIDAD:
MUNICIPIO:
DOMICILIO:

POR FAVOR, DESCRIBA LOS HECHOS:

¿Cuándo sucedieron los hechos? El día ____ de _____ del _____, siendo las _____ hrs. O aproximadamente _____.

¿Dónde sucedió?

¿Cómo sucedieron los hechos?

¿Cuenta con testigos?

Si ___ no ___

Nombres: _____

Firma del denunciante.	Firma del responsable de atención.
Firma del testigo (opcional)	

Con Fundamento en el Artículo 93 Fracción Segunda De La Ley De Responsabilidades Administrativas Para El Estado De San Luis Potosí, las denuncias podrán ser anónimas.