



FORMATO DE QUEJA, DENUNCIA Y/O INFORMACIÓN SOBRE PRACTICAS QUE DIFICULTEN O FRELEN EL ENTORNO ORGANIZACIONAL FAVORABLE, Y/O PRESENCIEN O SUFRAN ALGÚN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO SEVERO.

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

(Espacio para ser llenado por la Institución)

DÍA	MES	AÑO

Queja

Denuncia

La queja o denuncia es sobre:

<input type="checkbox"/>	Acoso Laboral
<input type="checkbox"/>	Discriminación

<input type="checkbox"/>	Hostigamiento Laboral
<input type="checkbox"/>	Violencia Laboral

Información que atiende las bases de la NOM-035-STPS-2018

La información es sobre:

<input type="checkbox"/>	Entorno Organizacional
--------------------------	------------------------

<input type="checkbox"/>	Acontecimiento traumático severo
--------------------------	----------------------------------

Datos de la persona que presenta queja, denuncia y/o información:

Género: Hombre () Mujer ()

Nombre: _____

Edad: _____

Número de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Puesto: _____

Área: _____

Director (a) inmediato (a): _____

Datos de la persona sobre quien se presenta la queja, denuncia y/o información:

Género: Hombre () Mujer ()

Nombre: _____

Edad: _____



Puesto: _____

Área: _____

Director (a) inmediato (a): _____

Fecha en la que ocurrieron los hechos: _____

Hora: _____ Lugar: _____

Declaración de los hechos:

--

Pruebas que acrediten los hechos:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

En su caso, testigos de los hechos:

1. Nombre: _____ Teléfono: _____

2. Nombre: _____ Teléfono: _____

3. Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre y firma de quien presenta la queja, denuncia y/o información

AVISO DE PRIVACIDAD

El Congreso del Estado de Puebla es el responsable del tratamiento de los datos personales en términos del Aviso de Privacidad Integral que puede consultar en www.congresopuebla.gob.mx

UIG-FQD-NOM-035-004-2021-2024