



DIRECCIÓN DE PENSIONES

TU OPINIÓN CUENTA

COMITÉ DE ÉTICA

Fecha:

Queja Directa

Queja Verbal

Área o servidor público involucrado (a) :

Hechos: (Como, Cuando, Donde)

Datos del Afiliado / Reclamante

(Se sugiere poner los datos completos con el propósito de dar un mejor seguimiento a tu OPINIÓN)

Nombre (OPCIONAL): _____

Domicilio: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Nombre del receptor de QUEJA VERBAL: _____

TESTIMONIO DE UN TESTIGO

Hechos:

Datos del Testigo

Nombre: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____