



**Anexo 4**

**FORMATO DE QUEJA O INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS QUE DIFICULTEN O FRELEN EL ENTORNO ORGANIZACIONAL FAVORABLE Y/O PRESENCIEN O SUFRAN ALGÚN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO.**

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

(Espacio para ser llenado por la Institución)

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

Queja

**La queja es sobre:**

---

---

---

Información sobre prácticas que dificulten o frenen el entorno organizacional favorable y/o presencien o sufran algún acontecimiento traumático que atiende las bases de la NOM-035-STPS-2018

**La información es sobre:**

|                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Acontecimiento Traumático Severo |
|--------------------------|----------------------------------|

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Prácticas que dificulten o frenen el entorno organizacional favorable |
|--------------------------|---|

**Datos de la persona que presenta queja:**

Hombre ( )      Mujer ( )      Otro ( )

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Órgano técnico administrativo: \_\_\_\_\_

Director (a) inmediato (a) y/o Jefe (a) inmediato: \_\_\_\_\_



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

Hombre ( )                  Mujer ( )                  Otro ( )  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Puesto: \_\_\_\_\_  
Órgano técnico administrativo: \_\_\_\_\_  
Director (a) inmediato (a) y/o Jefe (a) inmediato: \_\_\_\_\_  
Fecha en la que ocurrieron los hechos: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

| <b>Declaración de los hechos:</b>        |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

Pruebas que acrediten los hechos:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

En su caso, las personas que presenciaron de los hechos:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
3. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien presenta la queja

**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](http://www.congresopuebla.gob.mx)