


| | | | | | |
|---|--|--|----------------------|------------|------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ | | FECHA | | |
| | COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS FORMATO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS | | | DÍA | MES |
| | | | HORA: | | |
| | | | No. DE FOLIO: | | |

| DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA (OPCIONAL*) | | | |
|---|--|------|------|
| NOMBRE COMPLETO: | | | |
| | | EDAD | SEXO |
| PUESTO O ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL): | | | |
| TELÉFONO: | | | |
| NOMBRE DE LA O EL JEFE INMEDIATO: | | | |

| DATOS DE LA PERSONA O SITUACIÓN SOBRE LA QUE SE PRESENTA LA QUEJA | |
|---|--|
| NOMBRE COMPLETO: | |
| PUESTO O ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: | |
| NOMBRE DE LA O EL JEFE INMEDIATO: | |

| DECLARACIÓN DE HECHOS | | | |
|---------------------------|--------------|---------------|--|
| FRECUENCIA DE LOS HECHOS: | FUE UNA VEZ: | VARIAS VECES: | |
| FECHA EN QUE OCURRIÓ: | | HORA: | |
| LUGAR: | | | |

| DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS: ANEXE LAS HOJAS QUE SEAN NECESARIAS |
|--|
| |

| CONSECUENCIAS O REPERCUSIONES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y PERSONALES |
|--|
| ¿QUÉ ACTITUD MANIFIESTA ACTUALMENTE ESA PERSONA HACIA USTED? |
| |

| |
|--|
| |
|--|

***Si desea mantener el anonimato, pueda omitir sus datos personales y firma.**

| |
|---|
| MENCIONE SI HUBO CAMBIOS EN SU SITUACIÓN LABORAL A PARTIR DE LOS HECHOS |
|---|

| |
|--|
| ¿COMO LE AFECTO ESA SITUACIÓN A NIVEL PERSONAL, FAMILIAR O SOCIAL? |
|--|

EVIDENCIAS: EN CASO DE CONTAR CON EVIDENCIAS QUE APOYEN SU QUEJA, FAVOR DE MENCIONARLAS. ESTAS PUEDEN SER: DECLARACIÓN DE TESTIGO (OPCIONAL), DOCUMENTOS , CARTAS, CORREOS ELECTRÓNICOS E IMPRESOS, FOTOGRAFÍAS, GRABACIÓN DE CONVERSACIONES, VIDEOS, ETCÉTERA (SI REQUIERE MAYOR ESPACIO ANEXE LA HOJAS QUE SEAN NECESARIAS)

| |
|--|
| |
|--|

MENCIONE ALGUNA OTRA INFORMACIÓN QUE DESEE AGREGAR

| |
|--|
| |
|--|

FIRMAS

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA | NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA |
|---|---|