

 INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ	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	AÑO
		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	
¿Qué valor o regla de integridad del Código de Ética y Conducta considera que se vulneró? y ¿Porqué?	
FIRMAS	
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA QUEJA