|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | INsTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA**RAMÓN DE LA FUENTE muñiz** | FECHA |
| COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| FORMATO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS | **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 SITUACIÒN 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** |

cometicainst@imp.edu.mx