|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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](mailto:cometicainst@imp.edu.mx)