|  |  |
| --- | --- |
| **Denuncia** | Código:  **M00-SC-AC-026-A01** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APARTADO QUE DEBERÁ SER REQUISITADO POR PARTE DEL COMITÉ O SUBCOMITÉ DE ÉTICA Y DE PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NO. FOLIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **FECHA:**  **PRINCIPIO, VALOR O REGLA DE INTEGRIDAD:** (cuya vulneración se denuncia)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **DATOS DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA DENUNCIA (Todos son opcionales)** | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Nombre: | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| Sexo: | | |  | | Teléfono de contacto: | | | | | | |  | | | |  |
| Correo electrónico: | | |  | | Puesto o área donde labora: | | | | | |  | | | | |  |
| *Advertencia: A la persona que desee conservar el anonimato, sólo podrá enterarse del curso de la denuncia presentada a través del seguimiento que ella misma dé a las sesiones del Comité o Subcomité.* | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **DATOS DEL SERVIDOR(A) PÚBLICO (A) CONTRA QUIEN SE PRESENTA LA DENUNCIA** | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Nombre: | | |  | | | | | Sexo: | | | |  | | | |  |
| Cargo o puesto donde labora: | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| Entidad o dependencia: | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **DECLARACIÓN DE LOS HECHOS** | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Fecha en que ocurrieron los hechos | | | |  | | | Hora: | |  | Lugar: | | |  | | |  |
| Frecuencia de los hechos (si fue una vez o varias veces): | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| Describa los hechos brevemente (si requiere mayor espacio anexe las hojas que sean necesarias): | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **DATOS DE UNA PERSONA QUE HAYA SIDO TESTIGO DE LOS HECHOS (OPCIONAL)** | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Nombre completo: | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Teléfono (opcional): | | | | | Correo electrónico: | | | | | | | | | |  |
|  | ¿Trabaja en la Administración Pública Federal? | | | | | Sí | | | | | | | | No | |  |
|  | *Si contesto “Sí” la siguiente información es indispensable:* | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Entidad o dependencia: | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Cargo o puesto: | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Todos los datos proporcionados en este documento serán estrictamente CONFIDENCIALES.** | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |