

Formato para la presentación de una queja o denuncia ante el Comité de Ética y de  
Prevención de Conflictos de Intereses del Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, Morelos a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Datos de la persona que presenta la queja o denuncia (\* datos obligatorios)**

Nombre\*: \_\_\_\_\_

Domicilio\*: \_\_\_\_\_

Correo electrónico\*: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos del servidor/a público/a contra quien se presentó la queja o denuncia  
(\* datos obligatorios)**

Nombre (a)\*: \_\_\_\_\_

Apellido Materno\*: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno\*: \_\_\_\_\_

Entidad o dependencia en la que se desempeña\*: \_\_\_\_\_

Cargo o Puesto\*: \_\_\_\_\_

**Narración del hecho o conducta**

Breve narración de los hechos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar de los hechos: \_\_\_\_\_

Fecha de los hechos: \_\_\_\_\_

**Datos de la persona que haya sido testigo de los hechos (\* datos obligatorios)**

Nombre\*: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio\*: \_\_\_\_\_

Correo electrónico\*: \_\_\_\_\_

¿Trabaja en la Administración Pública Federal?\* Si \_\_\_ No \_\_\_

Cargo\*: \_\_\_\_\_