

APARTADO / INFORMACIÓN SOLICITADA	ORIENTACIÓN	
DATOS DEL PROMOVENTE	Fecha de solicitud.	Registre la fecha en la que realiza el llenado del formato.
	Forma en la que se manifiesta el caso:	Marque la opción <i>Anónimo</i> si desea iniciar el proceso con su identidad reservada. Marque la opción <i>Abierto</i> si no tiene inconveniente en iniciar el proceso manifestando sus datos personales.
	Sexo y edad:	Marque con una «X» la opción según corresponda (Mujer u Hombre). Anote su edad en años cumplidos (número entero).
	Nombre (s).	Escriba su(s) nombre(s), apellido paterno y apellido materno, en el espacio correspondiente.
	Apellido paterno.	En caso de <i>Anónimo</i> * deje estos espacios en blanco y agregue en el apartado de «Testigo» los datos de al menos un tercero que haya conocido los hechos.
	Apellido materno.	
	Domicilio.	Escriba su domicilio en el espacio correspondiente (calle, número exterior, número interior, colonia, código postal, delegación o municipio y ciudad).
	Teléfono (fijo o celular).	Escriba su número telefónico (fijo o celular) en el espacio correspondiente.
Correo electrónico.	Escriba su correo electrónico. Es un dato indispensable, debido a que será el primer medio de comunicación entre el Comité y usted.	
DATOS DEL DENUNCIADO (A)	Opción que clasifica la queja o denuncia	Marque con una «X» la(s) opción(es) que considere adecuada de acuerdo al tipo de acto cometido por el Servidor Público denunciado. Opciones: incumplimiento al código de conducta, Incumplimiento a las reglas de integridad, Hostigamiento sexual, Acoso sexual, Acto discriminatorio o cualquier otra (especifique).
	Nombre (s).	Escriba el nombre(s), apellido paterno y apellido materno, de la persona denunciada en el espacio correspondiente.
	Apellido paterno.	
	Apellido materno.	
	Puesto.	Escriba el puesto de la persona denunciada.
	Dirección de Área.	Escriba el nombre de la Dirección de Área donde labora la persona denunciada.
	Narración de hechos o conducta.	Describa brevemente el hecho o conducta por la que considera que el Servidor o Servidora Público (a) actuó en contra del código de conducta o reglas de integridad del SIAP; o tuvo actitudes o acciones relacionadas con el hostigamiento sexual o acoso sexual.
	Entidad donde ocurren los hechos.	Escriba el nombre de la Entidad Federativa donde ocurrieron los hechos o conducta.
Fecha o periodo.	Escriba la fecha o periodo en el que acontecieron los hechos o conducta, en formato de día, mes y año.	
Gestión solicitada.	Marque el tipo de gestión solicitada, conforme a su apreciación del hecho o conducta declarada.	

*CON FUNDAMENTO EN EL ACUERDO QUE TIENE POR OBJETO EMITIR EL CÓDIGO DE ÉTICA , PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DEL 20 DE AGOSTO DE 2015.



GUÍA PARA EL LLENADO DEL FORMATO

PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS Y DENUNCIAS ANTE EL INCUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE CONDUCTA, REGLAS DE INTEGRIDAD, HOSTIGAMIENTO SEXUAL Y ACOSO SEXUAL, Y PRESUNTOS ACTOS DE DISCRIMINACIÓN DE SERVIDORAS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL SIAP.

APARTADO / INFORMACIÓN SOLICITADA	ORIENTACIÓN	
En caso de existir al menos un testigo presencial, registre los siguientes datos		
DATOS DEL TESTIGO	Nombre (s)	Escriba el nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la persona que haya atestiguado el hecho o conducta declarada.
	Apellido paterno	
	Apellido materno	
	Teléfono (fijo o celular)	Escriba en el espacio correspondiente el número telefónico (fijo o celular) de la persona que haya atestiguado el hecho o conducta declarada.
	Correo electrónico	Escriba el correo electrónico de la persona que haya atestiguado el hecho o conducta declarada. Es un dato indispensable, debido a que, si se considera necesario, se establecerá comunicación entre el Comité, usted y el testigo presencial.
	Servidor (si, no)	Marque la opción «si» cuando la persona considerada como testigo presencial trabaja para una institución pública; de lo contrario marque «no».

Deposite el formato, debidamente llenado, en el buzón físico ubicado en la planta baja, en la sala de espera del consultorio médico del SIAP
Benjamín Franklin 146, Col. Escandón, Miguel Hidalgo, C. P. 11800, CDMX.

Desprenda el área punteada y comuníquese al teléfono: (55) 38718500 Ext. 48110 o al correo etica@siap.gob.mx y obtenga el FOLIO DE EXPEDIENTE.

EL COMITÉ DE ÉTICA Y DE PREVENCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS DEL SIAP

Tiene como principal objetivo propiciar la integridad de los servidores públicos e implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético.