



**SECRETARÍA DE MARINA ARMADA DE MÉXICO  
PRESENTACIÓN DE QUEJA POR PRESUNTO  
HOSTIGAMIENTO Y/O ACOSO SEXUAL**

**ANEXO UNO**

<b>FOLIO:</b>		
<b>FECHA:</b>		
DATOS DEL DENUNCIANTE		
SEXO	GRUPO DE EDAD	GRUPO VULNERABLE AL QUE PERTENECE
MUJER..... <input type="checkbox"/> HOMBRE..... <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICADO..... <input type="checkbox"/>	MENOR DE 20 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 20 A 24 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 25 A 29 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 30 A 34 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 35 A 39 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 40 A 44 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 50 A 54 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 55 A 59 AÑOS..... <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:  _____  (EJEMPLO: MUJERES, LBGTI+, INDÍGENAS, ETC.)
¿ES SERVIDOR PÚBLICO?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>	
¿DESEA ANONIMATO?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>	
<b>NOMBRE (S):</b>		
<b>PRIMER APELLIDO:</b>		
<b>SEGUNDO APELLIDO:</b>		
<b>DOMICILIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:</b>		
<b>TELÉFONO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:</b>  <b>(FIJO/ MÓVIL)</b>	OPCIÓN 1: _____  OPCIÓN 2: _____	
<b>CORREO ELECTRÓNICO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		
<b>ESTADO CIVIL:</b>	CASADA(O)..... <input type="checkbox"/> SOLTERA(O)..... <input type="checkbox"/> CONCUBINATO (UNIÓN LIBRE)..... <input type="checkbox"/> SEPARADA(O)..... <input type="checkbox"/> DIVORCIADA(O)..... <input type="checkbox"/> VIUDA(O)..... <input type="checkbox"/> NO RESPONDE	
<b>NIVEL DE ESTUDIOS (ESPECIFICAR SI SE ENCUENTRA CONCLUIDO, TRUNCO O CURSANDO)</b>	PRIMARIA..... <input type="checkbox"/> SECUNDARIA ..... <input type="checkbox"/> CARRERA TÉCNICA O COMERCIAL..... <input type="checkbox"/> PREPARATORIA O BACHILLERATO ..... <input type="checkbox"/> TÉCNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO..... <input type="checkbox"/> LICENCIATURA O INGENIERÍA..... <input type="checkbox"/> ESPECIALIDAD..... <input type="checkbox"/> MAESTRÍA..... <input type="checkbox"/> DOCTORADO ..... <input type="checkbox"/> POSTDOCTORADO..... <input type="checkbox"/>  NINGUNA..... <input type="checkbox"/>	
¿HABLA UNA LENGUA INDÍGENA?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>	
DE ACUERDO CON SUS COSTUMBRES Y TRADICIONES	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>	

¿SE CONSIDERA NEGRA, AFROMEXICANA O, AFRODESCENDIENTE)?	ESPECIFIQUE:.....
¿PRACTICA ALGUNA RELIGIÓN O CREENCIA?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE:.....
¿CONSIDERA QUE EXISTE ALGÚN DATO PERSONAL ADICIONAL RELEVANTE PARA EFECTOS DE REGISTRO Y TRATAMIENTO DEL CASO?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE:.....
<b>INFORMACIÓN SOBRE LA QUEJA</b>	
¿CON MOTIVO DE LOS HECHOS HA PRESENTADO ALGUNA DENUNCIA?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>
EN CASO AFIRMATIVO: ¿SE SOLICITO SUBSANAR DEFICIENCIAS DE LA DENUNCIA?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>
FECHA DE INICIO DE LA DENUNCIA:	
FECHA DE CONCLUSIÓN DE LA DENUNCIA	
¿SE ATENDIÓ LA SOLICITUD DE SUBSANACIÓN?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>
¿CON MOTIVO DE LOS HECHOS, USTED ACUDIÓ ANTE "PERSONA CONSEJERA", EL COMITÉ DE HYAS DE LA SEMAR O LA INCOGMAR/OIC DE LA SECRETARÍA DE MARINA?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>
¿TIENE CONOCIMIENTO DE SI FUE EMITIDA ALGUNA RESOLUCIÓN?	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE EL SENTIDO DE LA RESOLUCIÓN:
¿DÓNDE OCURRIERON LOS HECHOS? (ELIJA UNA O VARIAS OPCIONES)	ORGANISMO PÚBLICO (NATURALEZA ADMINISTRATIVA O DE SERVICIOS PÚBLICOS)..... <input type="checkbox"/> ORGANISMO PÚBLICO (DONDE SE BRINDA "ASISTENCIA SOCIAL")..... <input type="checkbox"/> ORGANISMO PÚBLICO (CENTROS DE RECLUSIÓN O ANÁLOGOS)..... <input type="checkbox"/> ESPACIO PÚBLICO DONDE SE BRINDAN SERVICIOS DE NATURALEZA: CULTURAL, DE RECREACIÓN O ESPARCIMIENTO..... <input type="checkbox"/> ESPACIO PÚBLICO (DONDE SE REALIZAN ACTIVIDADES DEPORTIVAS)..... <input type="checkbox"/> ORGANISMO PÚBLICO QUE BRINDA SERVICIOS DE NATURALEZA EDUCATIVA (ESCUELAS UNIVERSIDADES ETC.)..... <input type="checkbox"/>

	<p>CENTRO DE TRABAJO (SE BRINDA ASISTENCIA O SERVICIOS PARA LA FAMILIA).....<input type="checkbox"/></p> <p>CENTRO DE TRABAJO (DONDE SE BRINDE ASISTENCIA O SERVICIOS DE NATURALEZA LABORAL).....<input type="checkbox"/></p> <p>CENTRO DE TRABAJO (DONDE SE BRINDE ASISTENCIA O SERVICIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL O ANÁLOGOS).....<input type="checkbox"/></p> <p>PROCURACIÓN DE JUSTICIA.....<input type="checkbox"/></p> <p>CULTO RELIGIOSO.....<input type="checkbox"/></p> <p>SALUD.....<input type="checkbox"/></p> <p>SEGURIDAD SOCIAL.....<input type="checkbox"/></p> <p>SERVICIOS FINANCIEROS O DE SEGUROS.....<input type="checkbox"/></p> <p>TRANSPORTES.....<input type="checkbox"/></p> <p>VECINAL.....<input type="checkbox"/></p> <p>VIVIENDA.....<input type="checkbox"/></p> <p>LOCALIDAD RURAL.....<input type="checkbox"/></p> <p>LOCALIDAD URBANA.....<input type="checkbox"/></p> <p>PERSONA EN SITUACIÓN DE RECLUSIÓN/CÁRCEL O PRIVADA DE SU LIBERTAD.....<input type="checkbox"/></p> <p>POBLACIÓN CALLEJERA.....<input type="checkbox"/></p> <p>NO APLICA.....<input type="checkbox"/></p> <p>OTRO/ESPECIFIQUE:</p>
<p><b>NARRACIÓN DE HECHOS (LUGAR)</b></p>	<p>A BORDO DE UN VEHÍCULO OFICIAL.....<input type="checkbox"/></p> <p>A BORDO DE UN VEHÍCULO PARTICULAR.....<input type="checkbox"/></p> <p>A BORDO DE UN VEHÍCULO DE SERVICIO PÚBLICO.....<input type="checkbox"/></p> <p>EN UN LUGAR DONDE ESTABA COMISIONADO (A) LA PERSONA DENUNCIADA.....<input type="checkbox"/></p> <p>EN EL DOMICILIO DE LA PERSONA DENUNCIADA.....<input type="checkbox"/></p> <p>EN EL DOMICILIO DE LA PERSONA DENUNCIANTE.....<input type="checkbox"/></p> <p>EN LA CALLE O EN LA VÍA PÚBLICA.....<input type="checkbox"/></p> <p>EN UN ESPACIO VIRTUAL O POR MEDIOS ELECTRÓNICOS.....<input type="checkbox"/></p> <p>EN DOS O MAS DE LOS LUGARES MENCIONADOS.....<input type="checkbox"/></p> <p>EN OTRO LUGAR (MENCIONAR DONDE EN LA NARRACIÓN DE LOS HECHOS).....<input type="checkbox"/></p> <p>EN EL CENTRO O LUGAR DE TRABAJO DE LA PERSONA DENUNCIADA.....<input type="checkbox"/></p> <p>EN UNA OFICINA QUE NO PERTENECE AL DENUNCIADO (A).....<input type="checkbox"/></p> <p>OTRO/ESPECIFIQUE</p>
<p><b>NARRACIÓN DE HECHOS (TIEMPO)</b></p>	<p>DE LAS 06:00 A LAS 07:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 04:00 A LAS 05:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 08:00 A LAS 09:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 10:00 A LAS 11:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 12:00 A LAS 13:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 14:00 A LAS 15:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 16:00 A LAS 17:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 18:00 A LAS 19:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 20:00 A LAS 21:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 22:00 A LAS 23:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 00:00 A LAS 01:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 02:00 A LAS 03:59.....<input type="checkbox"/></p> <p>DE LAS 04:00 A LAS 05:59.....<input type="checkbox"/></p>

**NARRACIÓN HECHOS COMPLETA (CUÁNDO, DÓNDE Y CÓMO)**

**ARCHIVOS COMPROBATORIOS TALES COMO DOCUMENTOS, MENSAJES, FOTOGRAFÍAS, CAPTURAS DE PANTALLA, VIDEO, TESTIGOS QUE LES CONSTEN LOS HECHOS, O CUALQUIER OTRO ELEMENTO DE PRUEBA, SIEMPRE Y CUANDO NO CONTRAVENGA LA LEY (EXTENSIONES VALIDAS PDF, DOC, DOCX, XLS, XLSX, XLSM, PPT, PPTX, PPS, PPSX, GIF, PNG, JPG, JPGE, Y ZIP)**

**¿CUÁNDO OCURRIERON LOS HECHOS?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿DÓNDE OCURRIERON LOS HECHOS?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿CÓMO OCURRIERON LOS HECHOS?**  
**(DESCRIPCIÓN DETALLADA, REITERANDO LUGARES Y FECHAS DE SER NECESARIO)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A large rectangular area containing numerous horizontal lines, resembling a writing template or a form for text entry.

<b>DATOS DE LA PERSONA DENUNCIADA</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA DENUNCIADA</b>  (EN CASO DE QUE CONOZCA LA INFORMACIÓN, ESPECIFIQUE NOMBRE, GRADO, CARGO Y ADSCRIPCIÓN)	
<b>SEXO</b>	HOMBRE..... <input type="checkbox"/> MUJER..... <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICADO..... <input type="checkbox"/>
<b>GRUPO DE EDAD APROXIMADA</b>	MENOR DE 20 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 20 A 24 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 25 A 29 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 30 A 34 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 35 A 39 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 40 A 44 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 50 A 54 AÑOS..... <input type="checkbox"/> DE 55 A 59 AÑOS..... <input type="checkbox"/> MAYOR..... <input type="checkbox"/>
<b>ENTIDAD FEDERATIVA DONDE OCURRIERON LOS HECHOS. (ESTADO, CIUDAD, MUNICIPIO)</b>	
<b>ESPECIFIQUE ADSCRIPCIÓN, PRECISANDO: SEMAR, OFMAY, EDOMAYGRAL, SUBSECRETARÍA, INCOGAR, FUERZA, REGIÓN, CUGAM, ZONA, SECTOR, BATALLÓN. (ETC)</b>	
<b>RELACIÓN CON LA PERSONA DENUNCIANTE</b>	LA PERSONA DENUNCIADA ES SUPERIOR JERÁRQUICO DIRECTO..... <input type="checkbox"/> LA PERSONA DENUNCIADA ES SUPERIOR JERÁRQUICO INDIRECTO..... <input type="checkbox"/> LA PERSONA DENUNCIADA ES SUBORDINADA(O) DEL DENUNCIANTE..... <input type="checkbox"/> AMBAS PERSONAS SON COMPAÑERAS DE TRABAJO, SIN RELACIÓN DE SUBORDINACIÓN..... <input type="checkbox"/> NO EXISTE RELACIÓN (LA PERSONA DENUNCIANTE NO LABORA EN EL ORGANISMO PÚBLICO)..... <input type="checkbox"/> OTRA (ESPECIFIQUE)
<b>¿PERSONA DENUNCIADA PARTICIPA O ES INTEGRANTE DEL COMITÉ DE HYAS DE LA SEMAR/CEPCI-SEMAR?</b>	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>
<b>¿SE EXCUSÓ?</b>	SI..... <input type="checkbox"/> NO..... <input type="checkbox"/>
<b>PUESTO/CARGO DE LA PERSONA SEÑALADA COMO PRESUNTA RESPONSABLE</b>	ALMIRANTE..... <input type="checkbox"/> ANALISTA..... <input type="checkbox"/> ASESOR..... <input type="checkbox"/> AUDITOR..... <input type="checkbox"/> AUXILIAR..... <input type="checkbox"/>

	AUXILIAR (RAMA MÉDICA)..... <input type="checkbox"/>
	CABO..... <input type="checkbox"/>
	CAPITÁN DE FRAGATA..... <input type="checkbox"/>
	CAPITÁN DE NAVÍO..... <input type="checkbox"/>
	CAPITÁN PRIMERO..... <input type="checkbox"/>
	CAPITÁN SEGUNDO..... <input type="checkbox"/>
	COMISARIO GENERAL..... <input type="checkbox"/>
	COMISARIO JEFE..... <input type="checkbox"/>
	CONTRALMIRANTE..... <input type="checkbox"/>
	COORDINADOR (U HOMÓLOGO)..... <input type="checkbox"/>
	CORONEL..... <input type="checkbox"/>
	DIRECTOR DE ÁREA (U HOMÓLOGO..... <input type="checkbox"/> )
	DIRECTOR GENERAL (U HOMÓLOGO)..... <input type="checkbox"/>
	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO (U HOMÓLOGO)..... <input type="checkbox"/>
	EDUCADORA DE ÁREA MÉDICA... <input type="checkbox"/>
	ENFERMERA..... <input type="checkbox"/>
	ENFERMERA JEFE DE SERVICIO.. <input type="checkbox"/>
	ENLACE (U HOMÓLOGO)..... <input type="checkbox"/>
	ESPECIALISTA TÉCNICO (U HOMÓLOGO)..... <input type="checkbox"/>
	GENERAL DE BRIGADA..... <input type="checkbox"/>
	GENERAL DE DIVISIÓN..... <input type="checkbox"/>
	GUARDIAMARINA O PRIMER MAESTRE..... <input type="checkbox"/>
	INSPECTOR / INSPECTORA..... <input type="checkbox"/>
	INSPECTOR JEFE..... <input type="checkbox"/>
	JEFE DE DEPARTAMENTO (U HOMÓLOGO)..... <input type="checkbox"/>
	JEFE DE DIVISIÓN..... <input type="checkbox"/>
	JEFE DE ENFERMERAS..... <input type="checkbox"/>
	JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA..... <input type="checkbox"/>
	LABORATORISTA..... <input type="checkbox"/>
	MAYOR..... <input type="checkbox"/>
	MÉDICO..... <input type="checkbox"/>
	MÉDICO ESPECIALISTA..... <input type="checkbox"/>
	OFICIAL..... <input type="checkbox"/>
	OFICIAL MAYOR (U HOMÓLOGO)..... <input type="checkbox"/>
	OPERADOR DE EQUIPO..... <input type="checkbox"/>
	PERSONAL DICTAMINADOR..... <input type="checkbox"/>
	PERSONAL OPERATIVO (U HOMÓLOGO)..... <input type="checkbox"/>
	POLICÍA..... <input type="checkbox"/>
	PROGRAMADOR..... <input type="checkbox"/>
	SARGENTO PRIMERO..... <input type="checkbox"/>
	SARGENTO SEGUNDO..... <input type="checkbox"/>
	SECRETARIA EJECUTIVA..... <input type="checkbox"/>
	SECRETARIO PARTICULAR..... <input type="checkbox"/>
	SEGUNDO MAESTRE..... <input type="checkbox"/>

	SOLDADO..... <input type="checkbox"/> SUBDIRECTOR DE ÁREA (U HOMÓLOGO)..... <input type="checkbox"/> SUBDIRECTOR MÉDICO..... <input type="checkbox"/> SUBINSPECTOR..... <input type="checkbox"/> SUBJEFE DE ÁREA (DISTRITO O RAMA MÉDICA)..... <input type="checkbox"/> SUBJEFE DE ÁREA (RAMA MÉDICA)..... <input type="checkbox"/> SUBOFICIAL..... <input type="checkbox"/> SUBTENIENTE..... <input type="checkbox"/> SUPERVISOR (DISTRITO O RAMA MÉDICA)..... <input type="checkbox"/> SUPERVISOR (RAMA MÉDICA)..... <input type="checkbox"/> TÉCNICO (DISTRITO O RAMA MÉDICA) ..... <input type="checkbox"/> TÉCNICO (RAMA MÉDICA) ..... <input type="checkbox"/> TENIENTE..... <input type="checkbox"/> TENIENTE CORONEL..... <input type="checkbox"/> TENIENTE DE CORBETA..... <input type="checkbox"/> TENIENTE DE FRAGATA..... <input type="checkbox"/> TENIENTE DE NAVÍO..... <input type="checkbox"/> TERAPEUTA..... <input type="checkbox"/> TERCER MAESTRE..... <input type="checkbox"/> TITULAR DE LA UNIDAD (U HOMÓLOGO) ..... <input type="checkbox"/> TRABAJADOR SOCIAL..... <input type="checkbox"/> VICEALMIRANTE..... <input type="checkbox"/> VIGILANTE (U HOMÓLOGO) ..... <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR)
--	--

<b>DATOS DE LOS TESTIGOS</b>
------------------------------

<b>NÚMERO DE TESTIGOS (EN CASO DE QUE CUENTE CON ELLOS)</b>	
<b>NOMBRE, CARGO, GRADO Y ADSCRIPCIÓN DE LOS TESTIGOS</b>	
<b>DOMICILIO DE LOS TESTIGOS</b>	



<b>CORREO ELECTRÓNICO DE LOS TESTIGOS</b>	
<b>TELÉFONO DE LOS TESTIGOS</b>	
<b>¿EL TESTIGO (S) ES SUBORDINADO DE LA PERSONA DENUNCIADA?</b>	
<b>EXPLIQUE CUÁLES SON LAS AFECTACIONES LABORALES, PERSONALES, MÉDICAS O ACADÉMICAS QUE GENERARON LOS HECHOS</b>	
<b>MENCIONE SI HUBO CAMBIOS EN SU SITUACIÓN LABORAL A PARTIR DE LOS HECHOS</b>	

**MENCIONE SI SU CASO ES AISLADO O SI CONOCE OTROS**

**¿ESTÁ INTERESADO O  
INTERESADA EN RECIBIR  
ACOMPANAMIENTO  
PSICOEMOCIONAL?**

SI..... NO.....

**FECHA Y LUGAR DE  
PRESENTACIÓN DE LA QUEJA**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA INTERESADA**

\_\_\_\_\_