



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE

FORMATO DE PRIMER CONTACTO EN CASOS DE HOSTIGAMIENTO SEXUAL Y ACOSO SEXUAL

FECHA DE LLENADO: ___/___/___

De conformidad con lo establecido en los numerales 6, fracciones XIX y XXX, 29, 34 y demás relativos del Protocolo para la Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual de la Administración Pública del Estado de Campeche, la Secretaría de la Contraloría, la Secretaría de Inclusión y el Instituto de la Mujer del Estado de Campeche, conjuntamente, fijaron el presente Formato, el cual tiene por objeto recabar la información obtenida durante la entrevista de primer contacto en los casos de hostigamiento sexual y acoso sexual en los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales de la Administración Pública del Estado de Campeche.

Es importante señalar que el tratamiento de la información que se plasme en el presente formato se sujetará a lo dispuesto en el Protocolo para la Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual de la Administración Pública del Estado de Campeche¹. Por tal motivo, conforme a las disposiciones en materia de transparencia, acceso a la información pública y protección de datos personales, su nombre y datos personales tendrán el carácter de **información confidencial** para evitar que se agrave su condición o se exponga a sufrir un daño adicional por este tipo de conductas. De igual forma, será información confidencial, el nombre de la persona presunta agresora, en tanto no se emita una resolución, en cumplimiento del principio de presunción de inocencia previsto en la Ley General de Responsabilidades Públicas:

1. Datos de la presunta víctima o de la persona que narra los hechos:

Nombre:				
Sexo:	Mujer (<input type="checkbox"/>)	Hombre (<input type="checkbox"/>)	Otro (<input type="checkbox"/>)	Prefiero no decirlo (<input type="checkbox"/>)
Indique si es una persona con discapacidad:	NO (<input type="checkbox"/>)	SÍ (<input type="checkbox"/>) Especifique: _____		
Indique si es una persona indígena:	NO (<input type="checkbox"/>)	SÍ (<input type="checkbox"/>) Especifique qué lengua habla: _____		
¿Padece alguna enfermedad?	NO (<input type="checkbox"/>)	SÍ (<input type="checkbox"/>) Especifique: _____		
Correo electrónico:				

¹ Sus datos personales serán utilizados con la finalidad de que la persona consejera cuente con insumos que le permitan brindarle orientación de primer contacto en casos de hostigamiento y acoso sexual, así como para fines estadísticos y elaboración de informes, previa disociación de sus datos personales, así como, en su caso, establecer comunicación para dar seguimiento. Asimismo, se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados. Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral de cada Organismo Centralizado o Entidad Paraestatal de la Administración Pública del Estado de Campeche.



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE

NO ()

SÍ ()

Describa con cuáles cuenta:

6. ¿En cuántas ocasiones ha ocurrido la conducta?

En una ocasión. ()

En más de una ocasión. ()

Fecha aproximada en la que iniciaron las conductas:

--

7. ¿Alguna persona o personas presenciaron los hechos narrados (punto 4)?

NO ()

NO SÉ ()

SÍ ()

Proporcione los datos de contacto:

Nombre

Correo electrónico

Teléfono de
contacto:

Nombre

Correo electrónico

Teléfono de
contacto:



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE

Nombre	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto:	

Nombre	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto:	

8. **¿Las personas que han presenciado los hechos narrados (punto 4) guardan alguna relación con la persona señalada como presunta agresora?**

NO ()
SÍ ()
Describe qué tipo de relación:

9. **¿Identifica un trato diferenciado hacia usted por parte de la persona señalada como presunta agresora, antes y después de los hechos narrados, o partir de estos últimos ha cambiado su relación de trabajo con dicha persona?**

NO ()
SÍ ()
Describe la manera en cómo cambió el trato o la relación:



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE

10. **A partir de los hechos narrados (punto 4), ¿Usted ha presentado algún tipo de padecimiento físico o problemas de orden emocional?**

Los padecimientos físicos o problemas emocionales pudieran ser a manera de ejemplo: Dolor de cabeza, dificultades gástricas u otras enfermedades reiterativas, o bien, miedo, angustia, inseguridad, dificultades para dormir o concentrarse, desánimo, tristeza, entre otras.

NO

SÍ

Describa sus malestares o padecimientos:

11. **¿Considera que su integridad física o emocional se encuentra en riesgo?**

NO

SÍ

En este caso, ¿Considera que requiere medidas de protección?

SÍ NO

12. **¿Ha sido amenazada, advertida, coaccionada o intimidada de alguna manera con posibles represalias por negarse a las propuestas o por tratar de detener la situación?**

NO

SÍ

Explique de qué manera:



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE

13. ¿Hay datos adicionales que puede proporcionar para fortalecer los hechos narrados?

NO ()

SÍ ()

Describe cuáles:

14. ¿Ha presentado alguna denuncia formal ante alguna instancia?

Instancias competentes. Comité de Ética, Órgano Interno de Control, Secretaría de la Contraloría de la Administración Pública del Estado de Campeche, Ministerio Público.

NO ()

SÍ ()

Especifique ante qué instancia:

PARA CONTESTAR SÓLO POR LA PERSONA QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN DE PRIMER CONTACTO

¿Considera que la presunta víctima requiere de la atención de un especialista (médico, psicólogo u otro)

NO ()

SÍ ()

Especifique el tipo de atención:



SECONT
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



IMEC
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE



SEIN
GOBIERNO DEL ESTADO
DE CAMPECHE

CONSENTIMIENTO DE LA PRESUNTA VÍCTIMA O DENUNCIANTE

Estoy de acuerdo con la información recabada en este formato.

Estoy de acuerdo con que la información recabada en este formato se presente ante el Comité de Ética.

APARTADO DE FIRMAS

PRESUNTA VÍCTIMA O DENUNCIANTE

**PERSONA QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN DE
PRIMER CONTACTO**

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma