

**COMITÉ DE ÉTICA Y PREVENCIÓN DE CONFLICTOS
DE INTERÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA**

FORMATO DE RECEPCIÓN DE DELACIÓN

LUGAR DE PRESENTACIÓN		FECHA	
NOMBRE			
DOMICILIO			
TELÉFONO			
CORREO ELECTRÓNICO			

SERVIDOR PÚBLICO INVOLUCRADO	
CARGO SERVIDOR PÚBLICO	
ADSCRIPCIÓN	
RELATORIA DE HECHOS	

MEDIOS PROBATORIOS DE CONDUCTA	
TESTIGOS	
1. NOMBRE	
TELÉFONO / CORREO ELECTRÓNICO	
2. NOMBRE	
TELÉFONO / CORREO ELECTRÓNICO	
3. NOMBRE	
TELÉFONO / CORREO ELECTRÓNICO	

FIRMA DE QUIEN PRESENTA	
-------------------------	--