

**FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE DENUNCIAS DE CORRUPCIÓN O CONDUCTAS ANTI  
ETICAS DENTRO DE LA CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y RAMAS ANEXAS**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE:**

Nombre y Apellido:		C.I.
Dirección:		Correo Electrónico:
Teléfono Fijo:	Celular:	Fecha:
<b>SOLICITA RESERVA DE IDENTIDAD:</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>		

**2. INFORMACIÓN DEL (LOS) DENUNCIANDO(S)**

<b>Servidor(es) Publico(s) Denunciando(s):</b>	<b>Instancia, dependencia a la que pertenece:</b>
1.	
2.	
3.	

**3. DESCRIPCIÓN CLARA Y DETALLADA DE LA DENUNCIA:**

a) Considere las siguientes preguntas: ¿Quién lo hizo? ¿Cuándo? y ¿Dónde?

b) El denunciante deberá mencionar si el hecho fue de conocimiento de otra instancia:

**4. PRUEBA PRESENTADA POR EL DENUNCIANTE:**

Documentos Originales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fs. <input type="text"/>
Documentos en Copias Simples	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fs. <input type="text"/>
Archivos Digitales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cant. <input type="text"/>

---

FIRMA DEL DENUNCIANTE

---

RECEPCIONADO POR SELLO Y FIRMA