



**CAJA NACIONAL DE SALUD**  
**OFICINA REGIONAL DE TRANSPARENCIA**  
**INSTITUCIONAL Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN**

**FORMULARIO PARA RECEPCIÓN DE DENUNCIAS**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE:**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento de identidad: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Solicita reserva y protección según Art. 17 de la Ley N° 004:** SÍ  NO

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL (LOS) DENUNCIADO (S):**

**Trabajador (es) denunciado (s):**

**Repartición a la que pertenece (n):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Considere las siguientes preguntas: ¿QUÉ, CÓMO, CUÁNDO, DÓNDE OCURRIÓ?, ¿QUIÉN, CON QUIÉN LO HIZO?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si le falta espacio continúe atrás ►

Si el hecho fue denunciado también ante otra Institución u Organismo, mencione cuál y la fecha aproximada:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA:** Al reverso, enumere las pruebas que adjunta a la denuncia o indique qué \_\_\_\_\_

elementos pueden considerarse indicios y dónde encontrarlos.

**FIRMA**

**Recibida por:**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Firma</b>

**Número de denuncia:** \_\_\_\_\_