



**CAJA DE SALUD CORDES**  
**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: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Teléfono celular/Fijo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Solicita reserva y protección de Identidad según Art. 17 de la Ley N° 004 y Art.24 y 29 de la Ley N° 974:**

SI  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:

