



**MINISTERIO DE SALUD UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y
LUCHA CONTRA LA CORRUPCION CEASS**



FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE DENUNCIAS

CODIGO:

A) DATOS GENERALES DEL DENUNCIANTE:

<i>Nombres y Apellidos:</i>	<i>C.I.</i>
<i>Domicilio:</i>	
<i>Teléfono/Cel:</i>	<i>Fecha: / / /hora:</i>

B) DATOS GENERALES DEL DENUNCIADO:

<i>Nombres y Apellidos:</i>	<i>C.I.</i>
<i>Domicilio:</i>	
<i>Ubicación Laboral:</i>	<i>Cargo:</i>

C) DETALLE DE LA DENUNCIA:



D) A LA DENUNCIA APORTO CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN CALIDAD DE PRUEBA

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO