



UNIDAD DE TRANSPARENCIA

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO COCHABAMBA
UNIDAD DE TRANSPARENCIA

Nro. de Denuncia:

Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

FORMULARIO DE DENUNCIA

DATOS DENUNCIANTE:

<p>SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO UNIDAD DE TRANSPARENCIA Av. Aniceto Arce 374 (o Parque La Torre) Edif. Antiguo 2do. Piso Of. 2-A</p>
<p>Teléfonos Informaciones: 4-226772 Interno 337 Celular: 75497611 unidadtransparenciassu@gmail.com</p>

Nombre (s):	
Apellido (s):	Carnet de Identidad Nro.
Dirección:	Teléfonos:
Tipo de Denuncia	
Malos Tratos: <input type="checkbox"/>	Cobros indebidos: <input type="checkbox"/> Retardación de trámites: <input type="checkbox"/>
Actos de corrupción: <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
Especificar otros:	

DATOS DE DENUNCIADO:

Nombre (s):
Apellido (s):
Ubicación Laboral del Denunciado:
Cargo:
Breve detalle del hecho:
Adjunta documentación de respaldo:
Si: <input type="checkbox"/> Fs. <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
Constancia de recepción de denuncia en la Unidad de Transparencia SSU
En fecha: _____ Se recibió la presente denuncia.

DENUNCIANTE

FUNCIONARIO SSU UT