



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE

FORMULARIO DE DENUNCIAS POR POSIBLES CASOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD O FRAUDE

Código: MD-DE-RE-054

Versión: 001

Fecha de aprobación: 24/05/2022

1. Tipo de persona que presenta la Denuncia (Marca opción):

- Persona Natural / jurídica
 Anónimo (a)

Se aclara que al optar por denuncias anónimas se dará aplicación a lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1952 de 2019, en el entendido que de existir pruebas relacionadas suficientes que hagan inferir la comisión de un delito o infracción se podrá proceder penal y disciplinariamente según corresponda, en lo particular el artículo 86 referido establece que:

ARTÍCULO 86. OFICIOSIDAD Y PREFERENCIA. La acción disciplinaria se iniciará y adelantará de oficio, o por información proveniente de servidor público o de otro medio que amerite credibilidad, o por queja formulada por cualquier persona, y no procederá por anónimos, salvo en los eventos en que cumpla con los requisitos mínimos consagrados en los artículos 38 de la Ley 190 de 1995 y 27 de la Ley 24 de 1992.

Nombre Completo:

Tipo de Identificación:

Número de Identificación:

Teléfono:

Correo Electrónico:

2. Descripción clara, detallada y precisa de los hechos (Qué ocurrió):

3. Cuando y en donde sucedieron los hechos (Tiempo y lugar):

Fecha: Día / Mes / Año

Lugar:

4. Señale el o los presuntos implicados o las señales particulares que permitan individualizarlo (s):

5. Autorización de datos personales:

He leído y estoy de acuerdo con los términos y condiciones de uso de datos, implementados por la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Teniendo en cuenta la Política de Tratamiento de Datos Personales en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012.

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No