
AGENCIA

DIRECCIÓN

Núm. Notificación	
AP	Número

NOTIFICACIÓN DE IRREGULARIDADES EN EL MANEJO DE PROPIEDAD Y FONDOS PÚBLICOS

No Exceden de \$5,000.00

 Exceden de \$5,000.00

Datos sobre la Irregularidad					Datos sobre la Persona Responsable de la Irregularidad			
Tipo de Pérdida	<input type="checkbox"/> Fondos Públicos	<input type="checkbox"/> Propiedad Pública	Número de Propiedad	Tipo de Propiedad	Nombre	Número de Seguro Social		
Fecha de	Fecha de la Irregularidad	Fecha Descubierta	Importe de la Irregularidad	Puesto	Teléfono	Sueldo Actual		
Nombre de la Persona Responsable Custodia			Teléfono	Fecha Nombramiento	Fecha Renuncia	Razón de la Renuncia		
Descripción de la Irregularidad					Irregularidades Anteriores <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especifique			
					Acción Tomada			
					Ultima Dirección			
Notificado	<input type="checkbox"/> Policía Núm. Querella	Fecha	<input type="checkbox"/> Bomberos	Fecha	Investigación			
Notificado Oficina Del Contralor		Notificado al Depart. Justicia			Tipo de Informe	<input type="checkbox"/> Investigación Especial	<input type="checkbox"/> Intervención	Núm. Fecha
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No			Período Intervenido	Desde	Hasta	Fecha última intervención
<input type="checkbox"/> Sí Núm. Notificación		<input type="checkbox"/> Sí Fecha			Hallazgos			

Investigación (Continuación)Hallazgos
(Continuación)Acción
Recomendada

CERTIFICO que los datos indicados sobre el informe de investigación son correctos.

Fecha_____
Puesto_____
Nombre y Firma del Investigador**Gestiones de Cobro**¿Se han hecho gestiones de cobro de la pérdida de capital?

¿Se han hecho gestiones de cobro a otras fuentes?

Detalle de las gestiones _____

CERTIFICO que los datos indicados en este Formulario son correctos. Certifico, además, que el expediente del informe realizado por esta Agencia está disponible para evaluación de la Oficina del Contralor y de los Departamentos de Justicia y de Hacienda.

Fecha_____
Nombre y Firma del Jefe de Agencia o
su Representante Autorizado**RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

Compañía

Núm.
PólizaImporte
Reclamado

Fecha

Importe
Recibido

Fecha

Corredor