

Original – Área de Seguros Públicos
 1ª Copia – Oficina del Contralor
 2ª Copia – Oficina del Inspector General
 3ª Copia – Agencia

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								
Notificado				Última Dirección								
<input type="checkbox"/> Policía Núm. Querella		Fecha		<input type="checkbox"/> Bomberos		Fecha						
Notificado Oficina del Contralor				Investigación				Tipo de Informe	<input type="checkbox"/> Investigación Especial	<input type="checkbox"/> Intervención	Núm.	Fecha
								Período Intervenido	Desde	Hasta	Fecha última intervención	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Núm. Notificación _____				Notificado al Depart. Justicia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha: _____				Hallazgos				

Conservación: Seis años o una intervención del Contralor después de cerrada la investigación, lo que ocurra primero.

Investigación (Continuación)			Gestiones de Cobro	
Hallazgos (Continuación)			¿Se han hecho gestiones de cobro de la pérdida de capital?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			¿Se han hecho gestiones de cobro a otras fuentes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Detalle de las gestiones _____	

Acción Recomendada			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, Oficina del Inspector General y de los Departamentos de Justicia y de Hacienda.	
CERTIFICO que los datos indicados sobre el informe de investigación son correctos.			_____	
_____	_____	_____	Fecha	Nombre y Firma del Jefe de Agencia o su Representante Autorizado
Fecha	Puesto	Nombre y Firma del Investigador		

RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA											
Compañía		Núm. Póliza		Importe Reclamado		Fecha		Importe Recibido		Fecha	Productor