**FORMATO DE RECEPCIÓN DE HECHOS SUSCEPTIBLES DE DENUNCIA/QUEJA**

**SERVIDORES PÚBLICOS**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. DATOS DE FUNCIONARIO QUE PONE EN CONOCIMIENTO EL CASO** | |
| 1.1. Entidad |  |
| 1.2. Cargo y Área |  |
| 1.3. Nombre y Apellidos |  |
| 1.4. Tipo de documento de identidad |  |
| 1.5. Número de documento de identidad |  |
| 1.6. Ciudad o municipio de residencia |  |
| 1.7. Dirección |  |
| 1.8. Teléfono |  |
| 1.9. Correo electrónico |  |
| 1.10. Profesión u oficio |  |
| **2. Narre de forma expresa los hechos que desee poner en conocimiento (Circunstancias de modo, tiempo y lugar, que advertidas, se considera deben ser reportadas a los entes de control o Fiscalía, previa valoración de la Entidad)** | |
|  | |
| **2.1. Indique cómo se enteró del hecho aquí narrado** | |
|  | |
| **3. Señale nombres, apellidos y cargos de las personas involucradas en los hechos puestos en conocimiento** | |
|  | |
| **4. De acuerdo con los hechos narrados enuncie los bienes y/o recursos que resultaron afectados** | |
|  | |
| **5. ¿Conoce a las personas que fueron testigos del hecho? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_** | |
| Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, relacione los nombres, apellidos y cargos de las personas | |
|  | |
| **5.1. ¿Sabe si alguien más posee información de lo sucedido? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_** | |
| Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, relacione los nombres, apellidos y cargos de las personas | |
|  | |
| **6. ¿Cuenta usted con evidencia documental que soporte o sustente su denuncia? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_** | |
| Si la respuesta a la pregunta fue afirmativa, relacione los medios probatorios que soportan la denuncia: documentos, informes, videos, fotos, correos, etc. | |
|  | |
| **7. ¿Ha presentado este caso ante alguna autoridad? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_** | |
| En el evento de haber puesto en conocimiento los hechos a otras autoridades, indique a cuáles y adicione los datos que permitan identificar el caso (despacho, radicado, ciudad, etc.) | |
| **Entidad/Despacho:**  **Datos de identificación/ radicado/ ciudad**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**  Los datos personales aquí recolectados serán almacenados, procesados, usados, compilados, transmitidos, transferidos, actualizados y dispuestos conforme lo establece la Ley 1581 de 2012, reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013, y la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Superintendencia del Subsidio Familiar -SSF-.  La SSF como responsable del tratamiento de los datos personales aquí consignados, informa al titular de los mismos que tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido sobre ella en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refieren los artículos 15 y 20 de la Constitución Política; y en general todos los derechos contemplados en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012.  La Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la SSF se encuentra disponible para su consulta en el siguiente enlace:  <https://www.ssf.gov.co/documents/20127/676661/Manual+de+Pol%C3%ADticas+de+Protecci%C3%B3n+de+Datos+Personales+SSF+2019.docx/b348bfab-212d-7f25-2d4e-58222f8248d7#:~:text=La%20Superintendencia%20de%20Subsidio%20Familiar%20restringir%C3%A1%20el%20tratamiento%20de%20datos,finalidad%20exclusiva%20de%20su%20tratamiento>.  **Conforme a lo expuesto, autoriza el tratamiento de sus datos personales:**  **SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**  **Firma del titular de los datos personales:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **C.C.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **de:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |