



REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LA CADENA DE SUMINISTRO

Fecha y Hora:

Número de Investigación:

Nombre de quien reporta:

Puesto:

Datos del incidente:

Lugar, fecha y hora:			
Marque con una X el tipo de Incidente ocurrido			
<input type="checkbox"/>	Actos de corrupción	<input type="checkbox"/>	Fallas en equipo de cómputo
<input type="checkbox"/>	Amenazas o Intimidación	<input type="checkbox"/>	Fuga de información
<input type="checkbox"/>	Robo de información	<input type="checkbox"/>	Cliente informal
<input type="checkbox"/>	Pérdida de información	<input type="checkbox"/>	Situación de Emergencia
<input type="checkbox"/>	Mal manejo de equipo de cómputo	<input type="checkbox"/>	Otros:
<input type="checkbox"/>	Transferencia de información incorrecta	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Abuso de autoridad	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Actos de violencia	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Acceso de personas no autorizadas	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Fallas en equipo de comunicación	<input type="checkbox"/>	

Describa detalladamente el incidente o accidente:

--

Como se detectó el incidente?

--

Se pidió ayuda a alguna autoridad?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Institución:
----	--------------------------	----	--------------------------	--------------