

## FORMULARIO DE DENUNCIA

Las personas que requieran formalizar una denuncia por situaciones irregulares que puedan ser constitutivos de situaciones de maltrato, acoso sexual, acoso laboral o discriminación arbitraria deberán completar el siguiente **FORMULARIO**.

### FORMULARIO DE DENUNCIA DEL MALTRATO, ACOSO LABORAL O SEXUAL, Y DISCRIMINACIÓN ARBITRARIA EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO

ESTABLECIMIENTO	
FECHA (día, mes, año):	

Indique el Tipo de Violencia Laboral (marque con una X la(s) opción(es) que correspondan)	Trato descortés	
	Acoso Laboral	
	Acoso Sexual	
	Discriminación Arbitraria	

Toda denuncia será atendida de manera confidencial, se iniciará el proceso y posterior seguimiento de acuerdo al protocolo establecido para estas materias. Los datos personales solicitados son indispensables para la formalización y seguimiento de su denuncia. Asimismo, es esencial que la información proporcionada sea veraz.

Para efectos de una oportuna medida de resguardo se dispone la Atención Psicológica Temprana, servicio provisto por IST en el marco específico de las denuncias por los eventos cubiertos por la Ley 21.643 (Ley Karin), la que es realizada por psicólogos especialistas, **para esto debemos conocer si usted está de acuerdo con la derivación por tanto le solicitamos indicarlo a continuación.**

Indique si está de acuerdo con ser derivado a Atención Psicológica Temprana. (si su respuesta es SI, deberá llenar formulario adosado al final de este formulario)	SI	
	NO	

#### I. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIANTE

- Datos de Identificación respecto de quien **REALIZA LA DENUNCIA**. Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

<b>PRESUNTA VÍCTIMA:</b> Persona en quien recae la acción de incivismo, acoso laboral, acoso sexual o discriminación arbitraria en el ámbito del trabajo	
<b>PERSONA DENUNCIANTE:</b> Persona (un tercero) que pone en conocimiento el hecho constitutivo de trato descortés, acoso laboral, acoso sexual o discriminación arbitraria en el ámbito del trabajo y que NO es víctima de tales acciones.	

- Datos de la **Persona Denunciante** (solo en caso que no sea la presunta víctima)

Nombre Completo	
Establecimiento	
Servicio / Unidad en la que trabaja	
Cargo	
Teléfono	
Correo electrónico	

- Datos de la **Presunta Víctima**

<b>Nombre Completo</b>			
<b>Género</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Transgénero</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Edad</b>			
<b>RUT</b>			
<b>Establecimiento</b>			
<b>Servicio/Unidad en la que trabaja</b>			
<b>Cargo</b>			
<b>Relación con la institución</b>			
<b>Estamento</b>			
<b>Teléfono Personal</b>			
<b>Teléfono Institucional (fijo o celular)</b>			
<b>Acepto ser notificado/a por correo electrónico</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Correo Electrónico</b>			
<b>Nombre de su Jefatura Directa</b>			

## II. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIADA

- Datos de la **Persona Denunciada**

<b>Nombre Completo</b>			
<b>Género</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>No binario</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Establecimiento</b>			
<b>Servicio/Unidad en la que trabaja</b>			
<b>Cargo</b>			
<b>Relación con la institución</b>			
<b>Estamento</b>			

A continuación, se solicita que responda las preguntas con letra clara, marcando con una X las alternativas

<b>1.- ¿En qué nivel jerárquico se encuentra usted respecto de la persona denunciada?</b>		
<b>a) Inferior Nivel Jerárquico</b>	<input type="checkbox"/>	Nota:
<b>b) Igual Nivel Jerárquico</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>c) Superior Nivel Jerárquico</b>	<input type="checkbox"/>	

d) No existe Relación Jerárquica		
----------------------------------	--	--

**2.- ¿Usted trabaja con la persona denunciada?**

a) SI		Nota:
b) NO		

**3.- ¿La persona denunciada es su jefatura inmediata?**

a) SI		Nota:
b) NO		

**4.- ¿Comunicó estos hechos a su superior jerárquico?**

a) SI		Nombre y cargo:
b) NO		¿Por qué?:

**5.- ¿Comunicó estos hechos a otra persona de la institución?**

a) SI		Nombre y cargo:
b) NO		¿Por qué?:

**6.- ¿Hay testigos? Favor indique Nombre completo, Servicio/Unidad en la que trabaja, Teléfono personal y/o Correo electrónico.**

SI		NO		
----	--	----	--	--

<p><b>Testigo 1</b></p> <p>Nombre completo:</p> <p>Servicio/Unidad en la que trabaja:</p> <p>Teléfono Personal:</p> <p>Correo electrónico:</p>
<p><b>Testigo 2</b></p> <p>Nombre completo:</p> <p>Servicio/Unidad en la que trabaja:</p> <p>Teléfono Personal:</p> <p>Correo electrónico:</p>
<p><b>Testigo 3</b></p> <p>Nombre completo:</p> <p>Servicio/Unidad en la que trabaja:</p> <p>Teléfono Personal:</p> <p>Correo electrónico:</p>

**Testigo 4**

**Nombre completo:**

**Servicio/Unidad en la que trabaja:**

**Teléfono Personal:**

**Correo electrónico:**

**7.- Describa los hechos que sustentan su denuncia. Indique lugar, fechas, circunstancias, palabras utilizadas, personas que estaban presentes, etc.**

Empty rectangular area for text input.

<b>8. ¿Con qué frecuencia ha ocurrido lo señalado anteriormente?</b>		
<b>a) Diariamente</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Describe:</b>
<b>b) Semanalmente</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>c) De manera continua hasta la presente fecha</b>	<input type="checkbox"/>	

<b>9.-Aporta documentos:</b>			
<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Documento 1:</b>			

**Documento 2:**

**Documento 3:**

**9.- Datos e información adicional de la denuncia:**

## Formulario de Solicitud Atención Psicológica Temprana.

### **En el marco de la Ley 21.643 (Ley Karin)**

Para solicitar Atención Psicológica Temprana, en el marco de una denuncia por Ley 21.643, favor completar los siguientes datos.

#### **De la empresa**

Razón Social	Servicio Salud Viña del Mar Quillota
RUT	61.606.600-5
Nombre centro de trabajo	Servicio Salud Viña del Mar Quillota
Dirección	Von Schroeders N° 392, Viña del Mar
Comuna	Viña de Mar
Región	Valparaíso

#### **Del responsable de la solicitud**

Nombre	Servicio Salud Viña del Mar Quillota
RUT	61.606.600-5
e-mail	<a href="mailto:segysaludeneltrabajo@redsalud.gob.cl">segysaludeneltrabajo@redsalud.gob.cl</a> ,
Teléfono	-

#### **Del trabajador denunciante que requiere Atención Psicológica Temprana.**

Nombre			
RUT			
Sexo			
Nacionalidad			
e-mail			
Teléfono			
Fecha del incidente que generó denuncia			
Tipo de denuncia	<input type="checkbox"/> Acoso Sexual	<input type="checkbox"/> Acoso Laboral	<input type="checkbox"/> Violencia por terceros
	<input type="checkbox"/> T. Descortés	<input type="checkbox"/> Discriminación Arbitraria	

## Firma Denuncia.

El aporte de testigos y/o documentos probatorios no constituyen elementos obligatorios de incluir en este formulario y serán requeridos por el/la Fiscal si así lo estima pertinente.

Me hago responsable de los contenidos vertidos en esta denuncia y declaro conocer las consecuencias estipuladas en el artículo 125 letra d) del Estatuto Administrativo que refiere a efectuar denuncias de irregularidades o de faltas al principio de probidad sin fundamento.

---

**NOMBRE COMPLETO**

---

**RUT**

---

**FIRMA**

Nota: De conformidad al artículo 137 del Estatuto Administrativo, el sumario administrativo es secreto. Sus consultas solo pueden ser de carácter general y que no impliquen violar el secreto del sumario.

- Si su denuncia tiene por objeto dañar perjudicar la honra o reputación de la persona denunciada o es temeraria o absolutamente infundada, puede perseguirse su responsabilidad administrativa