**Formulario de denuncia**

Servicio de Salud Maule Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMATO DENUNCIA ACOSO LABORAL, ACOSO SEXUAL O VIOLENCIA EN EL TRABAJO**

1. **IDENTIFICACION DE DENUNCIANTE:**

|  |
| --- |
| **Si la denuncia la realiza la presunta víctima pase a ítem II** |
| Nombre de persona que realiza la denuncia  |  |
| Nombre Social |  |
| Rut |  |
| Establecimiento en el que se desempeña  |  |
| Relación jerárquica con presunta victima |  |
| Fono de contacto personal  |  |
| Correo electrónico personal  |  |
| Dirección personal  |  |
| Presenta alguna amistad/enemistad o vínculo manifiesto con algún miembro del comité | SI |  |
| NO |  |
| Quien |  |
| Acepta derivación al Organismo Administrador de la Ley N.º 16.744 para atención psicológica | SI |  |
| NO |  |

1. **IDENTIFICACIÓN DE PRESUNTA VICTIMA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Nombre Social |  |
| Rut |  |
| Edad |  |
| Presenta aluna amistad/enemistad o vínculo manifiesto con algún miembro del comité | SI |  |
| NO |  |
| Quien |  |
| Acepta derivación al Organismo Administrador de la Ley N.º 16.744 para atención psicológica | SI |  |
| NO |  |
| Sexo  | Mujer |  |
| Hombre |  |
| Otro |  |
| Estamento | Directivo |  |
| Profesional |  |
| Técnica/o |  |
| Administrativo  |  |
| Auxiliar  |  |
| No Aplica  |  |
| Cargo |  |
| Establecimiento donde se desempeña |  |
| Área donde se desempeña  | Atención abierta |  |
| Atención cerrada |  |
| Servicios de apoyo (farmacia, laboratorio, otro) |  |
| Servicios Generales |  |
| Dirección y área administrativa |  |
| Dirección de Servicio |  |
| Urgencia |  |
| Otro |  |
| Sistema de Trabajo (turno o diurno) |  |
| Calidad Contractual  | Titular  |  |
| Contrata |  |
| Honorario |  |
| Código del Trabajo  |  |
| Prestación de Servicio  |  |
| Alumno en práctica  |  |
| Becado  |  |
| Estudiante |  |
| Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Nº Horas semanales (11, 22, 33, o 44 hrs.): |  |
| Relación jerárquica con la persona Denunciada |  |
| Fono de contacto personal  |  |
| Correo electrónico personal  |  |
| Dirección personal  |  |
| Tipo de Violencia denuncia(se puede seleccionar más de 1)  | Maltrato |  |
| Acoso Laboral  |  |
| Acoso Sexual  |  |
| Discriminación Arbitraria  |  |
| Otra (señale):  |

**II. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIADA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Estamento | Directivo |  |
| Profesional |  |
| Técnica/o |  |
| Administrativo  |  |
| Auxiliar  |  |
| No Aplica |  |
| Cargo  |  |
| Unidad/Servicio/Depto. o área en la que se desempeña  |  |
| Establecimiento donde se desempeña |  |
| Relación jerárquica con presunta victima  | Igual nivel jerárquico |  |
| Menor nivel jerárquico |  |
| Mayor nivel jerárquico |  |

**III. MOTIVO DE LA DENUNCIA** (Describa las conductas manifestadas, en orden cronológico señalando nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia. Puede incorporar más hojas en caso de ser necesario)

**IV. CONSECUENCIAS O EFECTOS DEL ACOSO LABORAL, SEXUAL O DE VIOLENCIA EN EL TRABAJO** (Enfermedades, estados de ansiedad, depresión, apatía o pérdida de interés por el trabajo, aislamiento, etc. Puede incorporar más hojas en caso de ser necesario)

**V. MEDIOS DE PRUEBA Y ANTECEDENTES DE LOS HECHOS DENUNCIADOS** (cartas, correos electrónicos, testigos o personas que tienen conocimiento de estos hechos, etc. Puede incorporar más hojas en caso de ser necesario)

*Importante: No se consideran medios de prueba validos grabación de conversaciones de carácter privado y sin previa autorización de involucrados*

**Nombre y Firma de la persona Denunciante**