**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**