|  |
| --- |
| **logo ssmsoFORMULARIO DE DENUNCIA**  **ACOSO SEXUAL, LABORAL Y VIOLENCIA EN EL TRABAJO****COMPLEJO HOSPITALARIO DR. SOTERO DEL RIO** **SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE** |

 **FOLIO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE LA DENUNCIA** |  |  |  |

1. **Identificación de la persona denunciante**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Edad |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Rut |  | Mail: |  |
| Sexo asignado al nacer |  | Preposición (Él o Ella) |  |
| Género  | Femenino: Masculino: No Binario: |
| Domicilio |  |
| Cargo |  |
| Calidad Jurídica | Titular: Contrata: Honorario: |
| Depto. / Unidad |  |
| Teléfono |  |

1. **Identificación de la persona denunciada**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Edad |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Rut |  | Mail: |  |
| Sexo asignado al nacer |  | Preposición (Él o Ella) |  |
| Género  | Femenino: Masculino: No Binario: |
| Domicilio |  |
| Cargo |  |
| Calidad Jurídica | Titular: Contrata: Honorario: |
| Depto. / Unidad |  |
| Teléfono |  |

1. **¿La persona denunciante ha puesto en conocimiento de su superior jerárquico esta situación, previo a esta formalización de denuncia?**

**Si: No:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Jefatura Directa |  |
| Nombre Jefatura Superior |  |

1. **¿Cuál es su relación jerárquica respecto de la persona denunciante?**

Inferior Nivel Jerárquico: Igual Nivel Jerárquico Superior Nivel Jerárquico

1. **¿Usted trabaja directamente con la persona denunciada?**

Si: No: Ocasionalmente:

1. **Narración circunstanciada de los hechos.** Describa las conductas manifestadas, en orden cronológico, (Por ej.: Qué fue lo que ocurrió, con quien o quienes tuvo la/s situación/es, cuándo y dónde ocurrieron los hechos (día – fechas – horarios), cómo se dieron los hechos (lenguaje verbal y/o no verbal), en caso de que la/s situación/es fue/ron informadas a su jefatura ¿se realizó alguna acción? (si lo desea puede relatar los hechos en hoja adjunta).

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Indique con una X la frecuencia de los hechos denunciados:**

|  |  |
| --- | --- |
| Una sola vez  |  |
| De manera reiterada hasta la fecha |  |

1. **Señale si individualiza a la o las personas que hubiesen presenciado o que tuvieren información de lo acontecido, testigos,** (señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen

la denuncia) (si desea puede relatar los hechos en hoja adjunta)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Antecedentes y Documentos que acrediten la Denuncia** (Marque con una X la alternativa que corresponda y que adjunta

en la denuncia):

|  |  |
| --- | --- |
| Ninguna evidencia específica |  |
| Testigos |  |
| Correos electrónicos |  |
| Fotografías/pantallazos |  |
| Videos |  |
| Otros (indicar)  |  |

1. **Si UD. puede aportar mayor información que respalde la denuncia, señálelo.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **MARQUE CON UNA X LA DEFINICION QUE CON MAYOR PRECISION SE ACERCA A SU PERCEPCION DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN SU DENUNCIA CONSIDERANDO LAS SIGUIENTES DEFINICIONES**

**Acoso Laboral**: toda conducta que constituya agresión u hostigamiento ejercida por el empleador o por uno o más trabajadores, en contra de otro u otros trabajadores, por cualquier medio ya sea que se manifieste, **de una vez o de manera reiterada.**

**Acoso Sexual**: toda conducta que una persona realice en forma indebida y por cualquier medio, con requerimientos de carácter sexual, **no consentidos** por quien los recibe.

**Discriminación Arbitraria**: Discriminación fundada por motivos tales como: raza o etnia, nacionalidad, situación socioeconómica, idioma, ideología u opinión política, religión o creencia, sexo, orientación sexual, entre otras.

**Sexismo**: Cualquier expresión, ya sea acto, palabra, imagen o gesto, basada en la idea de que algunas personas son inferiores por razón de su sexo o género.

**12. Atención psicológica temprana (ACHS)**

 Si acepta

 No acepta

**13. Identificación Persona Receptor/a de Denuncia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Cargo |  |
| Firma |  |

**14. Identificación de la persona acompañante:**

|  |  |
| --- | --- |
| Asociación Gremial |  |
| Nombre |  |
| Firma |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Hora \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **FIRMA DENUNCIANTE**

 **Santiago \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**………………………………………………………………………………………………**

|  |
| --- |
| **Recibí conforme COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE DENUNCIA POR ACOSO LABORAL, ACOSO SEXUAL Y VIOLENCIA EN EL TRABAJO****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Firma denunciante** |

|  |
| --- |
| **COMPROBANTE DE RECEPCIÓN FORMULARIO DE DENUNCIA DEL ACOSO SEXUAL, LABORAL Y VIOLENCIA EN EL TRABAJO****FOLIO:** |
| **NOMBRE PERSONA RECEPTOR/A DE DENUNCIA:** |
| **CARGO: Psicóloga** |
| **FONO: 222352** | **FECHA:** | **HORA:** |
| **FIRMA:** |
| **ACOMPAÑANTE: SI NO**  |
| **ASOCIACION GREMIAL:** |
| **NOMBRE:** |
| **FIRMA:** |