Servicio de Salud MaulE

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMATO DENUNCIA MALTRATO LABORAL, ACOSO LABORAL Y/O ACOSO SEXUAL**

1. **IDENTIFICACION DE DENUNCIANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Si la denuncia la realiza la presunta víctima pase a ítem II | |
| Nombre de persona que realiza la denuncia |  |
| RUN |  |
| Establecimiento en el que se desempeña |  |
| Relación jerárquica con presunta victima |  |
| Fono de contacto personal |  |
| Correo electrónico personal |  |
| Dirección personal |  |

1. **IDENTIFICACIÓN DE PRESUNTA VICTIMA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre |  | |
| RUN |  | |
| Edad |  | |
| 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): | |

1. **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 |  |

1. **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).

1. **CONSECUENCIAS O EFECTOS DEL MALTRATO LABORAL, ACOSO SEXUAL Y/O LABORAL** (Enfermedades, estados de ansiedad, depresión, apatía o pérdida de interés por el trabajo, aislamiento, etc. Puede incorporar más hojas en caso de ser necesario).

1. **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**