|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO ÚNICO DE DENUNCIA** **POR ACOSO LABORAL Y/O ACOSO SEXUAL****SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA** **1.- Fecha de ingreso de la denuncia:** \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_ .-**2.- Tipo de denuncia:**Marque el tipo de denuncia que usted presenta:

|  |
| --- |
| **Tipo de denuncia** |
| Acoso Laboral |  |
| Acoso Sexual |  |
| Ambas conductas |  |
| Otra (detalle) |  |

**3.- Identificación del/la Víctima o Denunciante:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Rut |  |
| Dirección |  |
| Fono |  |
| Calidad Contractual |  |
| Estamento  |  |
| Cargo que desempeña |  |
| Establecimiento donde se desempeña |  |
| Jornada de Trabajo |  |

**4.- Identificación del/la Denunciado/a:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la persona denunciada (nombre y dos apellidos) |  |
| Estamento de la persona denunciada |  |
| Lugar de trabajo de la persona denunciada |  |
| Relación jerárquica con la persona denunciada | Nivel Superior: Igual nivel jerárquico:Nivel Inferior: |
| Cargo que desempeña la persona denunciada |  |
| Anexo de la unidad donde trabaja la persona denunciada  |  |

**5.- Narración circunstanciada de los hechos objeto de la Denuncia** **5.1 Descripción de los Hechos:** usted debe describir detalladamente los hechos sucedidos en orden cronológico. Puede hacerlo a través de escritura “a mano” (letra legible) o en formato impreso. Puede agregar cuantas hojas requiera. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**5.2 Individualización de las personas que hubieren presenciado los hechos o que tuvieren información de lo acontecido (testigos):** Nombre, lugares y fechas. (*Si usted no cuenta con testigos, ello no afecta la presentación de este formulario).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y Apellidos** | **Numero de contacto o lugar de trabajo** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **Etc.** |  |

**6. Antecedentes que acreditan y/o acompañan la denuncia: (Marque con una X)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imagen de WhatsApp  |  |
| Correo/s electrónico/s |  |
| Fotografía/s o video |  |
| Otro documento de respaldo (Especifique) |  |
| No presento antecedentes adicionales |  |

Quien suscribe se hace responsable de sus dichos y las consecuencias de la denuncia, según el Protocolo de Denuncia de Acosos Laboral y Acoso Sexual del Servicio de Salud Aconcagua y la normativa legal vigente.

|  |
| --- |
| **Nombre y Firma del Afectado/a o Denunciante** |
|  |

**Importante:**Usted puede ingresar directamente su denuncia en la Oficina de Partes de su establecimiento dirigido al Director/a correspondiente, o bien puede entregarlo al Receptor/a de Denuncia de su establecimiento.En ambos casos deberá llevar el Formulario y documentación anexa (según corresponda) en un **SOBRE CERRADO** rotulado **“RESERVADO”,** dirigido al Director/a correspondiente. Si usted opta por ingresar su denuncia directamente en Oficina de Partes, no olvide informárselo al Receptor/a de Denuncia de su establecimiento con el objeto de hacer seguimiento a los plazos establecidos.  |

**RECEPCIÓN DE LA DENUNCIA (Copia Receptor/a de Denuncia)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y Firma del/la Denunciante** | **Nombre y Firma del/la Receptor/a de Denuncia**  |
|  |  |
| **Fecha:**  |



------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**RECEPCIÓN DE LA DENUNCIA (Copia Denunciante)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y Firma del/la Denunciante** | **Nombre y Firma del/la Receptor/a de Denuncia** |
|  |  |
| **Fecha:**  |

**NOTA:** Este registro no debe ir al interior del sobre. Debe entregarse una copia al denunciante y dejar una copia con el Receptor.