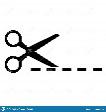
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.