



**FORMULARIO DE DENUNCIA DEL MALTRATO, ACOSO LABORAL O SEXUAL, Y
DISCRIMINACIÓN ARBITRARIA EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO**

ESTABLECIMIENTO	
FECHA (día, mes, año):	

Indique el Tipo de Violencia Laboral (marque con una X la(s) opción(es) que correspondan)	Maltrato Laboral	
	Acoso Laboral	
	Acoso Sexual	
	Discriminación Arbitraria	

Toda denuncia será atendida de manera confidencial, se iniciará el proceso y posterior seguimiento de acuerdo al protocolo establecido para estas materias. Los datos personales solicitados son indispensables para la formalización y seguimiento de su denuncia. Asimismo, es esencial que la información proporcionada sea veraz.

I. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIANTE

- Datos de Identificación respecto de quien **REALIZA LA DENUNCIA**. Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

PRESUNTA VÍCTIMA: Persona en quien recae la acción de maltrato laboral, acoso laboral, acoso sexual o discriminación arbitraria en el ámbito del trabajo	
PERSONA DENUNCIANTE: Persona (un tercero) que pone en conocimiento el hecho constitutivo de maltrato laboral, acoso laboral, acoso sexual o discriminación arbitraria en el ámbito del trabajo y que NO es víctima de tales acciones.	

- Datos de la **Persona Denunciante** (solo en caso que no sea la presunta víctima)

Nombre Completo	
Establecimiento	
Servicio / Unidad en la que trabaja	
Cargo	
Estamento	
Grado	
Teléfono	
Correo electrónico	



SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SUBDEPARTAMENTO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL
DEPARTAMENTO JURÍDICO

- Datos de la **Presunta Víctima**

Nombre Completo			
Género	Femenino	Masculino	No binario
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edad			
RUT			
Establecimiento			
Servicio/Unidad en la que trabaja			
Cargo			
Relación con la institución			
Estamento			
Grado			
Teléfono Personal			
Teléfono Institucional (fijo o celular)			
Acepto ser notificado/a por correo electrónico	Si		No
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Correo Electrónico			
Nombre de su Jefatura Directa			

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIADA

- Datos de la **Persona Denunciada**

Nombre Completo			
Género	Femenino	Masculino	No binario
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Establecimiento			
Servicio/Unidad en la que trabaja			
Cargo			
Relación con la institución			
Estamento			

A continuación, se solicita que responda las preguntas con letra clara, marcando con una X las alternativas



1.- ¿En qué nivel jerárquico se encuentra usted respecto de la persona denunciada?

a) Inferior Nivel Jerárquico		Nota:
b) Igual Nivel Jerárquico		
c) Superior Nivel Jerárquico		
d) No existe Relación Jerárquica		

2.- ¿Usted trabaja con la persona denunciada?

a) SI		Nota:
b) NO		

3.- ¿La persona denunciada es su jefatura inmediata?

a) SI		Nota:
b) NO		

4.- ¿Comunicó estos hechos a su superior jerárquico?

a) SI		Nombre y cargo:
b) NO		¿Por qué?:

¿Su superior jerárquico tomó alguna medida?

a) SI		¿Cuál(es)?:
b) NO		

5.- ¿Comunicó estos hechos a otra persona de la institución?

a) SI		Nombre y cargo:
b) NO		¿Por qué?:



SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SUBDEPARTAMENTO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL
DEPARTAMENTO JURÍDICO

6.- ¿Hay testigos? Favor indique Nombre completo, Servicio/Unidad en la que trabaja, Teléfono personal y/o Correo electrónico.

SI	NO
----	----

Testigo 1

Nombre completo:

Servicio/Unidad en la que trabaja:

Teléfono Personal:

Correo electrónico:

Testigo 2

Nombre completo:

Servicio/Unidad en la que trabaja:

Teléfono Personal:

Correo electrónico:



SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SUBDEPARTAMENTO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL
DEPARTAMENTO JURÍDICO

7.- Describa los hechos que sustentan su denuncia. Indique lugar, fechas, circunstancias, palabras utilizadas, personas que estaban presentes, etc.



SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SUBDEPARTAMENTO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL
DEPARTAMENTO JURÍDICO

8. ¿Con qué frecuencia ha ocurrido lo señalado anteriormente?

a) Diariamente	<input type="checkbox"/>	Describa:
b) Semanalmente	<input type="checkbox"/>	
c) De manera continua hasta la presente fecha	<input type="checkbox"/>	

9.- Aporta documentos:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-----------	--------------------------

Documento 1:

Documento 2:

Documento 3:

9.- Datos e información adicional de la denuncia:

Area for providing additional information and details of the complaint.



SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SUBDEPARTAMENTO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL
DEPARTAMENTO JURÍDICO

El aporte de testigos y/o documentos probatorios no constituyen elementos obligatorios de incluir en este formulario y serán requeridos por el/la Fiscal si así lo estima pertinente.

Me hago responsable de los contenidos vertidos en esta denuncia y declaro conocer las consecuencias estipuladas en el artículo 125 letra d) del Estatuto Administrativo que refiere a efectuar denuncias de irregularidades o de faltas al principio de probidad sin fundamento.

NOMBRE COMPLETO

RUT

FIRMA

Nota: De conformidad al artículo 137 del Estatuto Administrativo, el sumario administrativo es secreto. Sus consultas solo pueden ser de carácter general y que no impliquen violar el secreto del sumario.

- Si su denuncia tiene por objeto dañar perjudicar la honra o reputación de la persona denunciada o es temeraria o absolutamente infundada, puede perseguirse su responsabilidad administrativa.



Anexo N°3: INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO

El formulario de denuncia tiene como objetivo poner en conocimiento de la autoridad hechos que la persona denunciante considera que pueden ser constitutivos de maltrato laboral, acoso laboral, acoso sexual o discriminación arbitraria en el ámbito del trabajo. La veracidad o no de la denuncia se determina por el resultado de la investigación, en base al principio de inocencia.

La mera presentación de la denuncia no constituye presunción alguna de culpabilidad

IMPORTANTE

- Por cada persona denunciante y persona denunciada debe llenar un formulario.
- Utilice letra legible y lenguaje claro. El formulario va a ser leído por un tercero y la denuncia debe transmitir adecuadamente los hechos.
- Como recomendación, redacte antes en un borrador y luego transcriba.
- Al entregar la denuncia en la oficina de partes o secretaría de dirección se le otorgará un comprobante de recepción, con fecha y timbre.

A continuación, se indican instrucciones para el adecuado llenado del formulario.

ESTABLECIMIENTO: Debe colocar el nombre del establecimiento que recibe la denuncia. Un establecimiento es un hospital o el Servicio de Salud.

FECHA (día, mes, año): La fecha se recomienda indicarla con número bajo la fórmula dd-mm-aaaa

Indique el Tipo de Violencia Laboral por el que está desarrollando la denuncia
(marque con una X la(s) opción(es) que correspondan)

Maltrato Laboral	
Acoso Laboral	
Acoso Sexual	
Discriminación Arbitraria	

Toda denuncia será atendida de manera confidencial, se iniciará el proceso y posterior seguimiento de acuerdo al protocolo establecido para estas materias. Los datos personales solicitados son indispensables para la formalización y seguimiento de su denuncia. Asimismo, es esencial que la información proporcionada sea veraz.

III. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIANTE

- Datos de Identificación respecto de quien **REALIZA LA DENUNCIA**. Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

PRESUNTA VÍCTIMA: Persona en quien recae la acción de maltrato laboral, acoso laboral, acoso sexual o discriminación arbitraria en el ámbito del trabajo	
PERSONA DENUNCIANTE: Persona (un tercero) que pone en conocimiento el hecho constitutivo de maltrato laboral, acoso laboral, acoso sexual o discriminación arbitraria en el ámbito del trabajo y que NO es víctima de tales acciones.	



- Datos de la **Persona Denunciante** (solo en caso que no sea la presunta víctima)

Nombre Completo	Debe indicar sus dos nombres y sus dos apellidos.
Establecimiento	Establecimiento en el que desarrolla sus funciones. Un establecimiento es un hospital o el Servicio de Salud.
Servicio / Unidad en la que trabaja	Unidad en la cual se desempeña al interior del establecimiento. Indicarlo con su nombre y no con acrónimo, por ejemplo, Unidad de Cuidados Intensivos y NO UCI
Cargo	Indicar la función que ejerce o cumple.
Estamento	Indicar si pertenece al estamento auxiliar, técnico, administrativo, profesional o directivo
Grado	Indicar el grado que posee
Teléfono	Teléfono fijo o celular personal
Correo electrónico	Correo electrónico de uso habitual, puede ser institucional o personal

- Datos de la **Presunta Víctima**

Nombre Completo	Debe indicar sus dos nombres y sus dos apellidos.
Género	Debe indicar el género con el que se identifica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Femenino Masculino No binario
Edad	Debe indicar su edad en números
RUT	Número de cédula de identidad, sea usted chileno/a o extranjero/a. También puede indicar su número de pasaporte si no tiene cédula chilena, indicando por ejemplo, Pasaporte N°xxxx República de XXXX
Establecimiento	Establecimiento en el que desarrolla sus funciones. Un establecimiento es un hospital o el Servicio de Salud.
Servicio/Unidad en la que trabaja	Unidad en la cual se desempeña al interior del establecimiento. Indicarlo con su nombre y no con acrónimo, por ejemplo, Unidad de Cuidados Intensivos y NO UCI
Cargo	Indicar la función que ejerce o cumple
Relación con la institución	Debe indicar si su condición contractual es Titular, Contrata, Honorarios, Código del Trabajo, Prestación de Servicios, Alumna/o en Práctica, Becada/o, Estudiante o Voluntaria/o
Estamento	Debe indicar el estamento al que pertenece: Directivo, Profesional, Técnico, Administrativo, Auxiliar, o si no aplica.
Grado	Indicar el grado que posee
Teléfono Personal	Teléfono fijo o celular personal
Teléfono Institucional (fijo o celular)	Teléfono institucional, anexo o celular
Acepto ser notificado/a por correo electrónico	Indicar si acepta ser notificado/a por correo electrónico Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico	Correo electrónico de uso habitual, puede ser institucional o personal



SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SUBDEPARTAMENTO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL
DEPARTAMENTO JURÍDICO

Nombre de su Jefatura Directa	Indicar el Nombre completo de su jefatura o subrogante si este fuera el caso.
--------------------------------------	--

IV. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIADA

• Datos de la Persona Denunciada

Nombre Completo	Debe indicar sus dos nombres y sus dos apellidos.
Género	Debe indicar el género con el que identifica a la persona denunciada Femenino Masculino No binario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Establecimiento	Establecimiento en el que desarrolla sus funciones. Un establecimiento es un hospital o el Servicio de Salud.
Servicio/Unidad en la que trabaja	Unidad en la cual se desempeña al interior del establecimiento. Indicarlo con su nombre y no con acrónimo, por ejemplo, Unidad de Cuidados Intensivos y NO UCI
Cargo	Indicar la función que ejerce o cumple
Relación con la institución	Debe indicar si su condición contractual es Titular, Contrata, Honorarios, Código del Trabajo, Prestación de Servicios, Alumna/o en Práctica, Becada/o, Estudiante o Voluntaria/o
Estamento	Debe indicar el estamento al que pertenece: Directivo, Profesional, Técnico, Administrativo, Auxiliar, o si no aplica.

A continuación, se solicita que responda las preguntas con letra clara, marcando con una X las alternativas



1.- ¿En qué nivel jerárquico se encuentra usted respecto de la persona denunciada? Debe indicar la posición jerárquica en la que usted se encuentra respecto de la persona a la que está denunciando		
a) Inferior Nivel Jerárquico		Nota: El espacio "NOTA" es para dejar algún comentario o elemento que pueda ser relevante
b) Igual Nivel Jerárquico		
c) Superior Nivel Jerárquico		
d) No existe Relación Jerárquica		
2.- ¿Usted trabaja con la persona denunciada? Se refiere a la relación laboral que mantiene la presunta víctima con la persona denunciada		
a) SI		Nota: El espacio "NOTA" es para dejar algún comentario o elemento que pueda ser relevante
b) NO		
3.- ¿La persona denunciada es su jefatura inmediata? Se refiere a si la presunta víctima mantiene una relación de subordinación directa con la persona denunciada		
a) SI		Nota: El espacio "NOTA" es para dejar algún comentario o elemento que pueda ser relevante
b) NO		
4.- ¿Comunicó estos hechos a su superior jerárquico?		
a) SI		Nombre y cargo: corresponde al nombre completo y la función que ejerce o cumple, por ejemplo, Juan Pérez, jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos
b) NO		¿Por qué?: Breve explicación de por qué informó o no a su jefatura directa, por ejemplo, es la persona denunciada.
¿Su superior jerárquico tomó alguna medida?		
a) SI		¿Cuál(es)?: corresponde a las acciones y/o medidas desarrolló la jefatura directa
b) NO		
5.- ¿Comunicó estos hechos a otra persona de la institución?		
a) SI		Nombre y cargo: corresponde al nombre completo y la función que ejerce o cumple
b) NO		¿Por qué?: corresponde a otra persona con la cual la persona denunciante ha comunicado los hechos denunciados, por ejemplo, Jefe de Personal, jefe del superior jerárquico, entre otros, etc.



SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SUBDEPARTAMENTO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL
DEPARTAMENTO JURÍDICO

6.- ¿Hay testigos? Favor indique Nombre completo, Servicio/Unidad en la que trabaja, Teléfono personal y/o Correo electrónico.

SI	NO
----	----

Testigo 1

Nombre completo:

Servicio/Unidad en la que trabaja:

Teléfono Personal:

Correo electrónico:

Testigo 2

Nombre completo:

Servicio/Unidad en la que trabaja:

Teléfono Personal:

Correo electrónico:

7.- Describa los hechos que sustentan su denuncia. Indique lugar, fechas, circunstancias, palabras utilizadas, personas que estaban presentes, etc.

Los hechos deben ser relatados en forma lógica y cronológica, de modo que sean entendible.

IMPORTANTE: Utilice letra clara y legible

- Es importante que sea lo más fiel a la realidad de lo ocurrido.
- Es importante que indique fechas o épocas precisas, por ejemplo, las dos primeras semanas de mes de enero, el 15 de abril del año xxxx, a la salida del turno a las 19.00 horas del día XX, a la hora XX.
- También es importante que indique lugares, por ejemplo, en dependencias de la Unidad de Laboratorio del Hospital XXX; al costado de la Unidad XXX, en el pasillo de la Unidad XXX, en la sala N°XX, en el exterior del establecimiento hacia la calle XXX.
- Debe describir los hechos uno a uno, cada momento o evento ocurrido. Si es más de uno, indicarlos y colocarlos cronológicamente.
- Indicar quienes estaban presentes, sean testigos o no, individualizándolos mediante su nombre y unidad, si no lo sabe, hágalo presente e indique las señas que permitan dar con la identidad, por ejemplo, “la señora que está en la oficina xxx en la mañana”.
- Si el cuadro de texto le resulta insuficiente puede continuar al reverso o en una hoja anexa, debiendo indicarlo así.

8. ¿Con qué frecuencia ha ocurrido lo señalado anteriormente?

a) Diariamente		Describa: especificar el número de veces que ha ocurrido el hecho denunciado
b) Semanalmente		
c) De manera continua hasta la presente fecha		

9.- Aporta documentos:

Debe indicar si aporta documentos o no.

- Un documento puede ser una carta, un memorándum, un correo electrónico, una resolución, una fotografía, un impreso de redes sociales, un impreso de WhatsApp, etc.
- Puede entregarlos impresos o en soporte digital, CD / pendrive en formatos PDF o JPG.
- También puede ser audios, los que debe ser traídos en CD /pendrive en formato MP3. En el caso de videos en formato MP4.
- Debe individualizar el documento e indicar el soporte, por ejemplo, video de fecha 23 de enero de 2016 de discusión, soporte CD / pendrive. Memorándum N°999 de fecha xxx del Sr. XXX, fotocopia/ impreso.
- Si presenta más de 3 documentos, puede continuar al reverso del formulario, indicándolo así.

SI		NO	
Documento 1:			
Documento 2:			
Documento 3:			

9.- Datos e información adicional de la denuncia:

- Aquí puede agregar elementos, relatos o antecedentes que estime relevante de aportar, por ejemplo, la persona denunciada fue sumariada anteriormente y sancionada; tiene otras denuncias de funcionarios/as de la unidad; he tenido licencia médica, estoy con tratamiento psiquiátrico o psicológico, etc.

El aporte de testigos y/o documentos probatorios no constituyen elementos obligatorios de incluir en este formulario y serán requeridos por el/la Fiscal si así lo estima pertinente.

Me hago responsable de los contenidos vertidos en esta denuncia y declaro conocer las consecuencias estipuladas en el artículo 125 letra d) del Estatuto Administrativo que refiere a efectuar denuncias de irregularidades o de faltas al principio de probidad sin fundamento.

NOMBRE COMPLETO

RUT

FIRMA

Nota: De conformidad al artículo 137 del Estatuto Administrativo, el sumario administrativo es secreto. Sus consultas solo pueden ser de carácter general y que no impliquen violar el secreto del sumario.

- Si su denuncia tiene por objeto dañar perjudicar la honra o reputación de la persona denunciada o es temeraria o absolutamente infundada, puede perseguirse su responsabilidad administrativa.