**FORMULARIO DE DENUNCIA INTERNA DE MALTRATO, ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ el/la Funcionario/a responsable de la (orientación de denuncia) espacio de acogida del establecimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

* **IDENTIFIQUE EL TIPO DE SITUACIÓN QUE LE AFECTÓ Y DA ORIGEN A SU DENUNCIA (marque con una X la alternativa que corresponda):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Acoso sexual |  | Acoso laboral |  | Maltrato Laboral |

Acoso Sexual y Acoso Laboral Maltrato y Acoso Laboral

Otra conducta que atente contra la dignidad de las personas

* **IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE (marque con una X la alternativa que corresponda):**

PERSONA AFECTADA \_\_\_\_\_\_

(Persona en quien recae la acción de Maltrato, Acoso Laboral y/o Acoso Sexual)

DENUNCIANTE \_\_\_\_\_\_\_

(Persona que efectúa una denuncia, ya sea que se encuentre directamente afectado, o que se trate de un tercero que realiza la denuncia a petición por escrito de la persona afectada)

Para su tramitación, provee los siguientes antecedentes:

**DATOS DENUNCIANTE O PERSONA AFECTADA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo |  | | |
| RUT |  | | |
| Unidad a la que pertenece |  | | |
| Cargo / Estamento |  | | |
| Teléfono personal |  | Teléfono institucional |  |
| Correo electrónico |  | | |
| Nombre jefatura directa |  | | |
| Cargo jefatura directa |  | | |

**DATOS DENUNCIADO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Unidad a la que pertenece |  |
| Cargo (estamento) |  |
| Nombre jefatura directa denunciante |  |
| Cargo jefatura directa denunciante |  |

A continuación, le pedimos que escriba con claridad, marcando la o las alternativas correspondientes a su caso y respondiendo las preguntas a continuación.

1. **Relación jerárquica respecto al denunciante:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Inferior nivel jerárquico |  | Igual nivel Jerárquico |  | Superior Nivel Jerárquico |

1. **¿Usted trabaja directamente con el/la denunciado/a?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SI |  | NO |  | Otro, especificar |  |

1. **¿Con qué frecuencia ha ocurrido?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Una sola vez |  | Varias veces |  | De manera continua hasta la presente fecha |

**En caso de haber sido una sola vez, precise**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  | **Hora** |  | **Lugar** |  |

**En caso de haber ocurrido el hecho en varias ocasiones o que hasta la presente fecha siga sucediendo, precise el periodo de tiempo aproximado:**

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

1. **La actitud de la persona que (EJERCER O EJERCIÓ VIOLENCIA ORGANIZACIONAL) acosó fue:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Abierta y clara |  | Amenazante |  | Discreta y sutil |  | Todas las anteriores |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Otra, describir |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **La reacción inmediata de usted ante la(s) conducta(s) de esa persona fue:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lo confronté |  | Lo ignoré |  | Otro, describir |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **Cuando acontecieron los hechos, motivo de la presente denuncia, señale si:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nadie los presenció |
|  | Los presenció una persona |
|  | Los presenciaron dos o más personas |

1. **En caso de que una o más personas hayan sido testigos de los hechos, proporcione los datos de éstos:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** | **UNIDAD** | **CARGO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **¿Qué cambios en su situación laboral se dieron a partir de los hechos?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sigue Igual | |
|  | Es tensa e incómoda | |
|  | Fui asignado/a en otra área | |
|  | Otras, describir |  |

1. **¿De qué forma le afectaron los hechos denunciados?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Emocional | |
|  | Social | |
|  | Física | |
|  | Laboral | |
|  | Todas las anteriores | |
|  | Otras, describir |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **¿Le afectaron los hechos en su rendimiento laboral durante el tiempo que se presentaron?**

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

1. **¿Usted identifica alguna situación en particular que pueda haber iniciado este proceso? Puede que no identifique nada y puede saltarse esta pregunta**

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

1. **¿Comunicó estos hechos a su superior jerárquico?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SI | **Fecha aproximada** | |  |
|  | NO, explique | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  | Otra ¿Quién? | |  | |

1. **¿Le afectaron los hechos en su vida personal? Especifique**

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

1. **Para acreditar lo descrito anteriormente, cuenta con:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ningún antecedente específico | |
|  | Documentos (cartas, pantallazos, mails, etc.) | |
|  | Testigos | |
|  | Otros, especificar |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Detalle las acciones de las que usted considera haber vivido violencia organizacional en la hoja adjunta.**

**La denuncia presentada corresponde a la verdad acontecida, como denunciante 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 y en la legalidad vigente.**

Todo lo cual ratifica con su nombre y firma:

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma Denunciante** |  |

**Detalle las acciones de las que considera haber sido víctima, este adjunto también debe ser firmado por la/el denunciante.**

**ACTA DE DENUNCIA DE MALTRATO LABORAL, ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL**

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS SSVSA**

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