



5.2 ACTA DE DENUNCIA PROCEDIMIENTO MALS - SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO

En _____ a _____ del mes de _____ del año _____ 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):**

<input type="checkbox"/>	Acoso Sexual
<input type="checkbox"/>	Acoso Laboral
<input type="checkbox"/>	Maltrato Laboral
<input type="checkbox"/>	Discriminación Arbitraria
<input type="checkbox"/>	Acoso Sexual y Maltrato Laboral
<input type="checkbox"/>	Maltrato Laboral y Acoso Laboral
<input type="checkbox"/>	Acoso Sexual y Acoso Laboral
<input type="checkbox"/>	Acoso Laboral y Discriminación Arbitraria

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

<input type="checkbox"/>	AFECTADA O AFECTADO (Persona en quien recae la acción de violencia organizacional)
<input type="checkbox"/>	TERCERO (Persona que efectúa una denuncia, ya sea que se encuentre indirectamente 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	
Género	
Fecha de nacimiento	
Unidad a la que pertenece	
Cargo / Estamento	
Grado	



Teléfono personal		Teléfono institucional	
Correo electrónico			
Dirección particular			
Nombre jefatura directa			

DATOS DENUNCIADO/A

Nombre completo	
Unidad a la que pertenece	
Cargo / Estamento	
Teléfono Personal y/o Correo electrónico	
Nombre 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 denunciado/a:

<input type="checkbox"/>	Inferior nivel jerárquico
<input type="checkbox"/>	Igual nivel jerárquico
<input type="checkbox"/>	Superior Nivel jerárquico
<input type="checkbox"/>	No existe relación jerárquica

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

<input type="checkbox"/>	SI
<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	Otro, especificar:

3. ¿Con qué frecuencia ha ocurrido?

<input type="checkbox"/>	Una sola vez
<input type="checkbox"/>	Varias veces
<input type="checkbox"/>	De manera continua hasta la presente fecha

En caso de haber sido una sola vez, precise:

Fecha		Hora		Lugar	
-------	--	------	--	-------	--

4. La actitud de quien ejerce o ejerció VIOLENCIA ORGANIZACIONAL acorde a su percepción, fue:

	Abierta y clara
	Amenazante
	Discreta y sutil
	Todas las anteriores
	Otra, describir:

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

	Lo confronté
	Lo ignoré
	Otro, describir:

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

NOMBRE COMPLETO	UNIDAD	CARGO	DATOS DE CONTACTO (celular / mail o anexo)

7. ¿Qué cambios se han presentado 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:

9. ¿De qué forma le afectaron los hechos denunciados?

	Emocional
	Social
	Física
	Laboral
	Todas las anteriores
	Otras, describir:

10. ¿Comunicó estos hechos a su superior jerárquico?

	SI	Fecha aprox.:
	NO	
	Otra	¿Quién?

11. Para acreditar lo descrito anteriormente, cuenta con:

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

12. Detalle las acciones de las que usted considera haber experimentado (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 que considera hubo violencia organizacional, este adjunto también debe ser firmado por la/el denunciante.

