



ACTA DE DENUNCIA
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	



ACTA DE DENUNCIA
ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL
SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO

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

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

- SI NO Otro,
especificar _____

3. ¿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:

4. 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

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

- Lo confronté Lo ignoré Otro,
describir _____

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

- Nadie los presencié
 Los presencié una persona
 Los presenciaron dos o más personas



ACTA DE DENUNCIA
ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL
SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO

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

NOMBRE COMPLETO	UNIDAD	CARGO

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

<input type="checkbox"/>	Sigue Igual
<input type="checkbox"/>	Es tensa e incómoda
<input type="checkbox"/>	Fui asignado/a en otra área
<input type="checkbox"/>	Otras, describir

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

<input type="checkbox"/>	Emocional
<input type="checkbox"/>	Social
<input type="checkbox"/>	Física
<input type="checkbox"/>	Laboral
<input type="checkbox"/>	Todas las anteriores
<input type="checkbox"/>	Otras, describir

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

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



ACTA DE DENUNCIA
ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL
SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO

12. ¿Comunicó estos hechos a su superior jerárquico?

<input type="checkbox"/>	SI	Fecha aproximada	<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	NO, explique		
<hr/>			
<hr/>			
<input type="checkbox"/>	Otra ¿Quién?		
<hr/>			
<hr/>			

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

14. Para acreditar lo descrito anteriormente, cuenta con:

<input type="checkbox"/>	Ningún antecedente específico
<input type="checkbox"/>	Documentos (cartas, pantallazos, mails, etc.)
<input type="checkbox"/>	Testigos
<input type="checkbox"/>	Otros, especificar
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

15. Detalle las acciones de las que usted considera haber (vivido violencia organizacional) sido víctima en la hoja adjunta. Le sugerimos la redacte en computador para mayor claridad (no creo que corresponda la sugerencia, ya que, en la red hay funcionarios/as que no puedan tener acceso a computador y de igual manera quieran denunciar)

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 firma:

Firma Denunciante



ACTA DE DENUNCIA
ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL
SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO

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