



Sub. Gestión y DLLO de Personas  
Depto. Calidad de Vida Laboral

## FORMULARIO DE DENUNCIA

### INDIQUE EL TIPO DE ATENTADO A LA DIGNIDAD

Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

- Acoso Sexual \_\_\_\_\_
- Acoso Laboral \_\_\_\_\_
- Maltrato Laboral \_\_\_\_\_
- Otra conducta que atente a la dignidad de las personas \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

Datos de Identificación respecto a quien REALIZA la denuncia:

Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

Víctima \_\_\_\_\_  
(Persona en quien recae la acción de violencia organizacional, acoso laboral y sexual)

Denunciante \_\_\_\_\_  
(Persona, un tercero, que pone en conocimiento el hecho constitutivo de violencia organizacional, acoso laboral y sexual y que NO es víctima de tales acciones)

Datos personales del DENUNCIANTE (sólo en el caso que el DENUNCIANTE NO sea la VÍCTIMA):

Nombre completo:

Cargo que desempeña:

Departamento, Unidad, Área de desempeño:

Datos personales de la VÍCTIMA:

Nombre completo:

RUT:

Dirección particular:

Región/Comuna:

Teléfono de contacto:

Datos de la VÍCTIMA respecto a la organización:

Cargo que desempeña:

Departamento, Unidad, Área de desempeño:



Sub. Gestión y DLLO de Personas  
Depto. Calidad de Vida Laboral

**Datos personales del DENUNCIADO – VICTIMARIO:**

Nombre completo:

Cargo que desempeña:

Departamento, Unidad, Área de desempeño:

**RESPECTO A LA DENUNCIA**

Nivel jerárquico del DENUNCIADO – VICTIMARIO respecto a la Víctima:

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

Nivel Superior \_\_\_\_\_

Igual Nivel Jerárquico \_\_\_\_\_

Nivel Inferior \_\_\_\_\_

¿El DENUNCIADO – VICTIMARIO corresponde a la jefatura superior inmediata de la Víctima?

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿El DENUNCIADO – VICTIMARIO trabaja directamente con la Víctima?

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**NARRACIÓN CIRCUNSTANCIADA DE LOS HECHOS**

Describa las conductas manifestadas – en orden cronológico – por el presunto acosador que avalarían la denuncia (Señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia).

➔ Se pueden relatar hechos en hoja adjunta

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





Sub. Gestión y DLLO de Personas  
Depto. Calidad de Vida Laboral

Señale individualización de las personas que hubieren presenciado o que tuvieron información de lo acontecido – Testigos – (Señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia).

➔ Se pueden relatar hechos en hoja adjunta

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Antecedentes y documentos que acreditan la denuncia:

Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

- Ninguna evidencia específica \_\_\_\_\_
- Testigos \_\_\_\_\_
- Correos electrónicos \_\_\_\_\_
- Fotografías \_\_\_\_\_
- Video \_\_\_\_\_
- Otros Documentos de respaldo \_\_\_\_\_

Si respondió "Otros Documentos de respaldo", favor señale cuál/es:

---

---

---

---

Nombre y Firma del Denunciante

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Sub. Gestión y DLLO de Personas  
Depto. Calidad de Vida Laboral

## **CONTINUACIÓN DE RELATO DE HECHOS**



Sub. Gestión y DLLO de Personas  
Depto. Calidad de Vida Laboral

**COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO**

**COPIA DE LA PERSONA QUE ENTREGA EL DOCUMENTO**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE – FIRMA FUNCIONARIO

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE – FIRMA RECEPTOR

*(En el caso que el documento se entregue en Oficina de Partes, debe ser timbrada su recepción)*

-----  
**COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO**

**COPIA DE LA PERSONA QUE RECIBE EL DOCUMENTO**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE – FIRMA FUNCIONARIO

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE – FIRMA RECEPTOR

*(En el caso que el documento se entregue en Oficina de Partes, debe ser timbrada su recepción)*