

FORMULARIO DE DENUNCIA DE MALTRATO LABORAL, ACOSO LABORAL Y/O ACOSO SEXUAL

INDICACIONES:

- Favor entregar el formulario en un sobre cerrado en el Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas, identificando su carácter de reservado y dirigido a el/la Jefe/a Superior del Servicio.
- Al momento de entregar la denuncia, favor asegurarse de que el comprobante de recepción de documento esté debidamente firmado.
- En el sobre adjuntar los documentos que respalden la denuncia (si los hubiera).
- En el caso de querer consultar el estado de tramitación favor enviar un correo a la jefatura del Departamento Jurídico.

DECLARACIÓN DE DENUNCIA

En la ciudad de _____, Región de _____,
a _____ del mes de _____ del año _____, yo
_____, R.U.N. _____,

Cargo/Función _____,
Unidad/Depto./Sección/Oficina _____, vengo
a manifestar hechos que de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de Denuncia y Sanción del Maltrato Laboral, Acoso Laboral y Acoso Sexual de la Subsecretaría de las Culturas y las Artes, eventualmente constituyen una situación de (favor marcar con una "x" la alternativa que corresponda):

Maltrato laboral	<input type="checkbox"/>	Acoso laboral	<input type="checkbox"/>	Acoso sexual	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	--------------	--------------------------

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN RESPECTO A QUIEN REALIZA LA DENUNCIA (favor marcar con una "x" la alternativa que corresponda)

Víctima (persona en quien recae la acción de maltrato laboral, acoso laboral y sexual) _____

Denunciante (un tercero que pone en conocimiento el hecho constitutivo de violencia organizacional y que NO es la víctima de tales acciones) _____

2. DATOS DEL/LA DENUNCIANTE (solo en caso de que el/la denunciante NO sea la víctima)

Nombre completo	_____
Depto./Unidad/Área de desempeño	_____
Cargo que desempeña	_____

3. DATOS DE LA VÍCTIMA

Nombre completo	_____
-----------------	-------

RUT		Teléfono de contacto	
Correo electrónico			
Dirección particular			
Comuna		Región	
Depto./Unidad/Área de desempeño			
Cargo que desempeña			
Nivel Central	<input type="checkbox"/>	Nivel Regional	<input type="checkbox"/>
Calidad contractual	Planta <input type="checkbox"/>	Contrata <input type="checkbox"/>	Honorarios <input type="checkbox"/>
			Código del Trabajo <input type="checkbox"/>

4. DATOS DEL/LA DENUNCIADO/A – VICTIMARIO/A

Nombre completo				
Depto./Unidad/Área de desempeño				
Cargo que desempeña				
Nivel Central	<input type="checkbox"/>	Nivel Regional	<input type="checkbox"/>	
Calidad contractual	Planta <input type="checkbox"/>	Contrata <input type="checkbox"/>	Honorarios <input type="checkbox"/>	Código del Trabajo <input type="checkbox"/>

5. ANTECEDENTES DE LOS HECHOS (favor marcar con una "x" la alternativa que corresponda)

5.1. Nivel jerárquico del/la denunciado/a-victimario/a respecto a la víctima:		
Nivel Superior	<input type="checkbox"/>	Igual Nivel <input type="checkbox"/>
		Nivel Inferior <input type="checkbox"/>

5.2. ¿El/la denunciado/a-victimario/a corresponde a la jefatura superior inmediata de la víctima?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

5.3. ¿El/la denunciado/a-victimario/a trabaja directamente con la víctima?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ocasionalmente <input type="checkbox"/>

5.4. ¿La víctima ha puesto en conocimiento de su superior inmediato esta situación?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

5.5. Tiempo de ocurrencia de las conductas de violencia organizacional:

Años <input type="checkbox"/>	Meses <input type="checkbox"/>	Semanas <input type="checkbox"/>	Días <input type="checkbox"/>
¿Cuántos?	¿Cuántos?	¿Cuántos?	¿Cuántos?

6. NARRACIÓN CIRCUNSTANCIADA DE LOS HECHOS

6.1. Describa las conductas manifestadas, en orden cronológico, por el/la presunto/a acosador/a que avalarían la denuncia (*favor señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia*). (*Si desea puede relatar los hechos en hoja adjunta*)

6.2. Señale individualización de quién o quiénes hubieran cometido actos atentatorios a la dignidad de las personas (*favor señalar nombres lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia*). (*Si lo desea puede relatar los hechos en hoja adjunta*)

Nombre	Depto./Unidad/Área de desempeño	Cargo	Teléfono
Nombre	Depto./Unidad/Área de desempeño	Cargo	Teléfono

--

Nombre	Depto./Unidad/Área de desempeño	Cargo	Teléfono

6.3. Señale individualización de las personas que hubieren presenciado o tuvieran información de lo sucedido (testigos) (*favor señalar nombres lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia*). (*Si lo desea puede relatar los hechos en hoja adjunta*)

Nombre	Depto./Unidad/Área de desempeño	Cargo	Teléfono

Nombre	Depto./Unidad/Área de desempeño	Cargo	Teléfono

Nombre	Depto./Unidad/Área de desempeño	Cargo	Teléfono

7. ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS QUE ACREDITAN LA DENUNCIA (*En lo posible, se deben adjuntar al formulario*). (*Favor marcar con una "x" la alternativa que corresponda*)

<input type="checkbox"/>	Ninguna evidencia específica	<input type="checkbox"/>	Testigos
<input type="checkbox"/>	Correos electrónicos	<input type="checkbox"/>	Fotografías
<input type="checkbox"/>	Videos	<input type="checkbox"/>	Otros documentos de respaldo

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

Observaciones <i>(Si desea incorporar otros antecedentes no considerados en el formulario, favor señalar)</i>

LOS ANTECEDENTES RECEPCIONADOS SERÁN DERIVADOS A LA JEFATURA SUPERIOR DEL SERVICIO, SEGÚN CORRESPONDA, QUIEN SEGÚN LOS ANTECEDENTES AQUÍ SEÑALADOS INSTRUYE EL INICIO DE LA INVESTIGACIÓN PERTINENTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL/LA DENUNCIANTE

FECHA ____/____/_____
COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO

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

NOMBRE - FIRMA FUNCIONARIO/A

FECHA ____/____/_____
(FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO)

NOMBRE - FIRMA RECEPTOR/A



COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO

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

NOMBRE - FIRMA FUNCIONARIO/A

FECHA ____/____/_____
(FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO)

NOMBRE - FIRMA RECEPTOR/A

