



FORMULARIO DE DENUNCIA (VALS)

- *Denuncia por hechos constitutivos de acoso laboral, acoso sexual o violencia en el trabajo.*

El presente Formulario debe ser entregado en sobre cerrado exclusivamente en la Dirección de nuestro establecimiento:

CONFIDENCIAL

FECHA DE ENTREGA:

1. DATOS PERSONALES DEL O LOS DENUNCIANTES:

Nombre Completo

(En caso de tratarse de una Denuncia Colectiva, individualizar en esta casilla cada uno de los nombres de los denunciados)

Estamento

Departamento o área de desempeño

Teléfono de contacto

Mail de contacto

Relación con el Denunciado



2. DATOS PERSONALES DEL DENUNCIADO:

Nombre Completo	
Estamento	
Departamento o área de desempeño	
Teléfono de contacto	
Mail de contacto	

PÁGINA 2

PÁGINA 2

3. TIPO DE DENUNCIA

(Marque con una 'X' la o las alternativas que corresponda)

Acoso Laboral	
Acoso Sexual	
Violencia en el Trabajo	

- **¿La persona denunciada trabaja en el mismo espacio físico con la víctima?**
(Marque con una 'X' la alternativa que corresponda)

SI	
NO	

STENCI



4. NARRACIÓN DE LOS HECHOS

Si bien, a continuación, se encontrará con un espacio definido para relatar hechos, de igual modo, podrá complementarlo con nuevas hojas que deberán ir adjuntas al presente Formulario.

- Describir situación o evento actual a denunciar.
- Describir situación o eventos anteriores asociados a la denuncia actual.
- Señalar testigos directos (personas que presenciaron o están en conocimiento directo de las situaciones denunciadas) si se manejan datos de contacto, que éstos sean incluidos en cuadro al final del formulario.
- Especificar frecuencia y/o tiempo en que ocurrieron las situaciones descritas.
- Incluir fecha y hora de los eventos a denunciar.
- Incluir todos los medios de prueba formales que ayuden a agilizar el proceso investigativo (correos electrónicos, mensajes, u otros).
- Si requiere más espacio, puede incorporar las hojas que estime conveniente.

Describa las conductas manifestadas en orden cronológico por la persona denunciada que avalarían la acusación. Indique el/los hechos; las personas involucradas; el lugar donde ocurrió; tiempos de exposición al/los hechos y otros detalles que complementen la denuncia. Intente ser lo más específica/o posible.



Hospital de Urgencia
Asistencia Pública

PÁGINA 4

PÁGINA 4



5. IDENTIFICACIÓN DE TESTIGOS

TESTIGO 1

Nombre Completo

Teléfono de Contacto

Mail de Contacto

TESTIGO 2

Nombre Completo

Teléfono de Contacto

Mail de Contacto

Si requiere de mayor espacio para agregar otro/a testigo, anéxelo al final del presente formulario.



6. ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS QUE ACREDITAN LA DENUNCIA

Seleccione el o los documentos o antecedentes que acompañan su denuncia. Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

Ninguna evidencia específica	
Testigos	
Correos electrónicos	
Documentos	
Informe Médico y/o psicológico	
Otros medios de prueba	

PÁGINA 6

PÁGINA 6

7. SOBRE ATENCIÓN PSICOLÓGICA TEMPRANA

Si Ud. siente la necesidad de activar un dispositivo de apoyo, puede seleccionarlo a continuación con una X:

Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)	
Unidad Salud del Trabajador (UST)	
Unidad de Salud Ocupacional	
Por el momento no es necesario	

Nombre y Firma Denunciante