

Anexo 1.

Formulario de Denuncia

II. IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS INVOLUCRADAS

Establecimiento			
Fecha			
Datos identificación de quien realiza la denuncia (Marque una X)	Presunta Víctima (Persona en quien recae la acción de violencia, acoso laboral y/o sexual)		
	Otra funcionaria/o (Realizada por una persona que ha sido testigo o se ha enterado de la violencia. No corresponde a la presunta víctima)		
	Colectiva (2 o más funcionarios/as)		
	Representante gremial		
	Contraloría		
	Otra instancia		
Tipo de Violencia por la que se realiza la Denuncia (Marque una X en el o los tipos de violencia identificados)	Acoso Laboral		
	Acoso Sexual		
	Discriminación Arbitraria		
	Otra Conducta que atente la dignidad de la persona (Describa la conducta)		
Datos personales del/la persona DENUNCIANTE (sólo en el caso que el/la DENUNCIANTE NO sea la VÍCTIMA)	Nombre completo		
	Rut		
	Teléfono de Contacto		
	Correo electrónico		
	Relación con la Víctima		
	Cargo/Unidad/Área donde se desempeña		
	Establecimiento		
Datos personales de la PRESUNTA VÍCTIMA	Nombre completo		
	Rut		
	Teléfono de Contacto		
	Correo electrónico		
	Cargo/Unidad/Área donde se desempeña		
	Sexo e Identidad de Género		
	Fecha de nacimiento/Edad		
	Dirección particular		
	Calidad Jurídica (Titular, contrata, honorarios, etc.)		
	Estamento (Directivo, profesional, administrativo, etc.)		
	Relación de jerarquía con la persona denunciada (Marque con una X)	Igual nivel jerárquico _____	Mayor nivel jerárquico _____

**Servicio de
Salud Chiloé**

Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.
Subdepartamento de Calidad de Vida, Salud y seguridad Laboral

¿La persona denunciada corresponde a la jefatura superior inmediata de la Víctima? (Marque una X)	Si ____ No ____	¿La persona denunciada trabaja directamente con la víctima (Marque una X)	Si ____ No ____ Ocasionalmente ____	
Datos personales de la persona VICTIMARIA	Nombre completo			
	Rut			
	Teléfono de Contacto			
	Correo electrónico			
	Cargo/Unidad/Área donde se desempeña			
	Sexo e Identidad de Género			
	Fecha de nacimiento/Edad			
	Dirección particular			
	Calidad Jurídica (Titular, contrata, honorarios, etc.)			
	Estamento (Directivo, profesional, administrativo, etc.)			
	¿El denunciado pertenece a una empresa de servicios? (Marque una X)	SI ____ (persona que no tiene vínculo contractual con la institución. Por lo cual no aplica el procedimiento administrativo)	NO ____	
	Si la persona pertenece a una empresa de servicios, indicar el nombre de la empresa _____			



**Servicio de
Salud Chiloé**

Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.
Subdepartamento de Calidad de Vida, Salud y seguridad Laboral

III. NARRACIÓN CIRCUNSTANCIADA DE LOS HECHOS.

Describa las conductas manifestadas - en orden cronológico - por el/la presunto(a) victimario(a) que avalarían la denuncia. Indique el hecho, nombre de las personas involucradas, fechas y el lugar donde ocurrió, y otros detalles que complementen la denuncia. (Si requiere más espacio, puede incorporar los anexos que estime pertinentes).

Indique hace cuánto tiempo es víctima de acciones de acoso laboral o sexual. Señale la fecha aproximada de inicio de los hechos y la frecuencia con que se reiteran.



Servicio de Salud Chiloé

Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.
Subdepartamento de Calidad de Vida, Salud y seguridad 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).

--

Otros Antecedentes y documentos que acreditan la denuncia: Marque con una "X" la alternativa que corresponda:
(Habilitar según corresponda carga de archivo)

Ninguna evidencia específica	
Correos electrónicos	
Fotografías	
Video	
Otros Documentos de respaldo	

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

--

Observaciones

--

***Se hace presente que los datos solicitados, son requeridos para cumplir con la reportabilidad de la base de datos del Servicio de Salud Chiloé y MINSAL.**

*La formulación de denuncias de irregularidades o infracciones al principio de probidad administrativa, cuando éstas sean realizadas sin fundamento y se acredite su falsedad o el ánimo deliberado de perjudicar a la persona denunciada, constituye una falta a la probidad administrativa, conforme al artículo 121 letra d) del DFL N°29/2005, que fija, refunde y sistematiza la Ley N°18.834.

En dichos casos, podrá instruirse el correspondiente sumario administrativo para determinar responsabilidades, pudiendo aplicarse sanciones disciplinarias que van desde la amonestación hasta la destitución, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 125 letra d) del mismo cuerpo legal.

"Declaro estar en conocimiento de lo establecido en la ley N° 21.643 (ley Karin) y otras normativas relacionadas, respecto a los derechos y deberes asociados a la tramitación de esta denuncia"

Firma del Denunciante

Fecha ____/____/____



**Servicio de
Salud Chiloé**

Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.
Subdepartamento de Calidad de Vida, Salud y seguridad Laboral

COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO

COPIA DE LA PERSONA QUE ENTREGA EL DOCUMENTO

NOMBRE - FIRMA FUNCIONARIO

FECHA __/__/__

(FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO)

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/A