

FORMATO ACTA DE DENUNCIA

ACTA DE DENUNCIA DE ACOSO LABORAL, ACOSO SEXUAL O VIOLENCIA EN EL TRABAJO.
CONFIDENCIAL

DATOS DE EL/LA DENUNCIANTE			
Nombres y apellidos		Fecha de denuncia	/ /
Rut		Cargo	
Medio de contacto		Unidad/Servicio/Área	
DATOS DE EL/LA DENUNCIADO/A			
Nombres y apellidos		Cargo	
Rut		Unidad/Servicio/Área	

La persona que realiza la denuncia es la presunta víctima de lo denunciado.	SÍ —	NO —
---	---------	---------

Si la respuesta anterior es no, registrar al denunciante en el siguiente cuadro

Nombre:		Cargo:	
Rut:		Unidad/Servicio/Área	

SITUACIONES QUE SE DENUNCIAN	SÍ	NO
Acoso Laboral		
Acoso Sexual		
Violencia en el Trabajo		
Discriminación		

SOBRE LA RELACIÓN ENTRE VÍCTIMA Y DENUNCIADO/A	SÍ	NO
Existe una relación asimétrica en que la víctima tiene dependencia directa o indirecta de el/la denunciado/a.		
Existe una relación asimétrica en que el/la denunciado/a tiene dependencia directa o indirecta de la víctima.		
Existe una relación simétrica en que el/la denunciado/a y la víctima no tienen una dependencia directa ni indirecta, pero se desempeñan en la misma área/unidad/servicio.		
Existe una relación simétrica en que el/la denunciado/a y la víctima no tienen una dependencia directa ni indirecta, y no se desempeñan en la misma área/unidad/servicio.		

SOBRE LAS PRESUNTAS SITUACIONES DENUNCIADAS	SÍ	NO
Existe evidencia de lo denunciado (correos electrónicos, fotos, etc.)		
Existe conocimiento de otros antecedentes de índole similar.		
La situación denunciada fue informada previamente en otra instancia similar (Jefatura, supervisor, mediación laboral, etc.)		

COMPLETAR EN CASO DE EXISTIR TESTIGOS DE LO DENUNCIADO		
Nombre	Cargo	Área/unidad/servicio

DE LA SITUACIÓN O SITUACIONES QUE SE DENUNCIAN

NOMBRE DENUNCIANTE

FIRMA DENUNCIANTE



FORMATO DE COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DENUNCIA.

COMPROBANTE RECEPCIÓN DENUNCIA

COPIA DE LA PERSONA QUE ENTREGA EL DOCUMENTO

NOMBRE-FIRMA FUNCIONARIO/A

FECHA: __/__/__

(Fecha de entrega de denuncia)

NOMBRE-FIRMA RECEPTOR/A



COMPROBANTE RECEPCIÓN DENUNCIA

COPIA DE LA PERSONA QUE RECIBE EL DOCUMENTO

NOMBRE-FIRMA FUNCIONARIO/A

FECHA: __/__/__

(Fecha de entrega de denuncia)

NOMBRE-FIRMA RECEPTOR/A

Datos de quien denuncia:

RUT: _____ Teléfono: _____

Email: _____

Dirección: _____

Comuna: _____