

ANEXO Nº 1
FORMULARIO DE DENUNCIA

Nº	
Folio	

En _____ a _____ del mes de _____, el Funcionario Receptor de la Denuncia del Hospital de Carabineros de Chile, ha recepcionado de parte de Don/ña _____ RUT _____, la siguiente denuncia:

INDIQUE EL TIPO DE DENUNCIA A LA DIGNIDAD

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

Violencia en el trabajo	
Acoso Laboral	
Acoso Sexual	
Otra conducta que atente contra 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:

Victima (persona en quien recae la acción de violencia organizacional, acoso laboral y/o sexual)	
Denunciante: Persona (un tercero) que pone en conocimiento el hecho constitutivo de violencia organizacional, acoso laboral y/o sexual y que NO es víctima de tales acciones	

Datos personales del DENUNCIANTE (completar sólo en el caso que el Denunciante no sea 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	
Nombre del Centro de Responsabilidad	

Datos personales del DENUNCIADO/A – VICTIMARIO/A (en el caso de que sea más de una persona, replique la información del recuadro las veces que sea necesario):

Nombre Completo	
Cargo que Desempeña	
Departamento, Unidad, Área de desempeño	
Nombre del Centro de Responsabilidad	

RESPECTO A LA DENUNCIA

Nivel jerárquico del DENUNCIADO/A-VICTIMARIO/A respecto a la Víctima:

Marque con una “X” la alternativa correspondiente

Nivel Superior	
Igual Nivel Jerárquico	
Nivel Inferior	

¿El/la DENUNCIADO/A-VICTIMARIO/A trabaja directamente con la víctima?

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

SI	
NO	
Ocasionalmente	

¿El/la Denunciante ha puesto en conocimiento de su superior inmediato esta situación?

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

SI	
NO	

NARRACIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LOS HECHOS

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Señale desde hace cuánto tiempo es víctima de acciones del tipo violencia organizacional:

Señale individualización de las personas que hubieren presenciado o que tuvieran información de lo acontecido - Testigos -. (Señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia). (Si desea puede relatar los hechos en hoja adjunta)

[illegible]

ATENCIÓN PSICOLÓGICA TEMPRANA

Indique si es de su voluntad obtener atención psicológica temprana por parte de la Mutual de Seguridad:

SI	
NO	

Para poder acceder a dicha atención, **quien actúa como receptor de la denuncia, debe comunicarse con la Mutual de Seguridad llamando al número 6002000555 opción 0** en menú empresas.

Sin perjuicio, si la situación de crisis debe ser abordada de forma urgente e inmediata, dentro de horario hábil, deberá comunicarse directamente con la Oficina de Relaciones Laborales (78402 y relaciones.laborales@hoscscar.cl) u Oficina de Prevención de Riesgos (78670), a objeto de realizar la debida asesoría y contención.

Firma de el/la Denunciante

Firma del/la Receptora

