



Subd. De Gestión y  
Desarrollo de las Personas  
Depto. Calidad de Vida y RR. LL

Nº FOLIO: \_\_\_\_\_  
Fecha de la denuncia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Formulario de Denuncia de Maltrato, Acoso Laboral, Sexual y Discriminación  
Arbitraria  
Servicio Salud Arauco**

PARA DAR CURSO DE MANERA EXPEDITA,  
SE SOLICITA LLENAR TODOS LOS CAMPOS DISPONIBLES CONTINUACIÓN.

1. **INDIQUE EL TIPO DE VULNERACIÓN DE DIGNIDAD.** Marque con una "X" LA O LAS ALTERNATIVAS que corresponda:

Maltrato	
Acoso Laboral	
Acoso Sexual	
Discriminación Arbitraria	
Otra (señale)	

2. **IDENTIFICACION DE LA PERSONA DENUNCIANTE.**

• **Datos de Identificación respecto a quien REALIZA la denuncia:** Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

Presunta víctima	
Otra/o funcionaria/o	
Colectiva (dos o más funcionarias/os)	
Representante gremial	
Contraloría	
Otra instancia	

• **Datos personales de EL/LA DENUNCIANTE (sólo en el caso que el/la DENUNCIANTE NO sea la VÍCTIMA:**

Nombre completo	
Cargo que desempeña	
Departamento, Unidad, Área de desempeño	



**3. ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE DESEMPEÑA LA SUPUESTA VÍCTIMA. Marque con una x el establecimiento en el que se desempeña.**

Establecimiento	Código	Marque con una x
Hospital San Vicente de Arauco	128113	
COSAM de Arauco	128613	
Hospital RAV de Curanilahue	128109	
COSAM de Curanilahue	128609	
Hospital de Campaña (Curanilahue)	128050	
Hospital Kallvu Llanka de Cañete	128111	
COSAM de Cañete	128611	
Hospital Contulmo	128112	
Hospital Santa Isabel de Lebu	128110	
COSAM de Lebu	128610	
Dirección SS Arauco	128010	
PRAIS (S.S Arauco)	128011	
Clínica Dental Móvil Triple. Pat. VP5666 (Lebu)	128012	
Clínica Dental Móvil Simple. Pat. VP5664 (Lebu)	128013	
Clínica Dental Móvil Simple. Pat. DDKB17 (Lebu)	128014	

**4. IDENTIFICACION DE LA/S VICTIMAS:**

A continuación, se solicita que usted complete datos personales y laborales de la Víctima. En el caso de que exista más de una persona en calidad de víctima, se disponen de otras tablas de identificación para que usted las pueda utilizar según el caso.

• **Datos personales de la VÍCTIMA:**

Nombre completo	
Rut	
Dirección Particular	
Región / Comuna	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Edad	
Sexo	

• **RELACIÓN con la institución:**

Titular	
Contrata	
Honorarios	
Código del Trabajo	
Prestación de Servicio	
Alumno en Práctica	
Becado/a	
Estudiante	
Voluntariado	



Otro	
------	--

• **Datos de la VÍCTIMA respecto a la organización:**

Cargo que desempeña	
Departamento, Unidad, Área de desempeño	
Establecimiento	
Estamento (Directivo, Profesional, Técnico, Administrativo, Auxiliar, No aplica)	

• **Datos personales de la VÍCTIMA:**

Nombre completo	
Rut	
Dirección Particular	
Región / Comuna	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Edad	
Sexo	

• **RELACIÓN con la institución:**

Titular	
Contrata	
Honorarios	
Código del Trabajo	
Prestación de Servicio	
Alumno en Práctica	
Becado/a	
Estudiante	
Voluntariado	
Otro	

• **Datos de la VÍCTIMA respecto a la organización:**

Cargo que desempeña	
Departamento, Unidad, Área de desempeño	
Establecimiento	
Estamento (Directivo, Profesional, Técnico, Administrativo, Auxiliar, No aplica)	



• **Datos personales de la VÍCTIMA:**

Nombre completo	
Rut	
Dirección Particular	
Región / Comuna	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Edad	
Sexo	

• **RELACIÓN con la institución:**

Titular	
Contrata	
Honorarios	
Código del Trabajo	
Prestación de Servicio	
Alumno en Práctica	
Becado/a	
Estudiante	
Voluntariado	
Otro	

• **Datos de la VÍCTIMA respecto a la organización:**

Cargo que desempeña	
Departamento, Unidad, Área de desempeño	
Establecimiento	
Estamento (Directivo, Profesional, Técnico, Administrativo, Auxiliar, No aplica)	



**5. IDENTIFICACION DE VICTIMARIOS:**

A continuación, se solicita que usted complete datos personales y laborales de el/la o los/las supuestos victimarios/as. En el caso de que exista más de una persona en calidad de victimario/a, se disponen de otras tablas de identificación para que usted las pueda utilizar según el caso.

- **Datos personales de el/la o los/las DENUNCIADOS/AS – de el/la VICTIMARIO/A o los/as VICTIMARIOS:**

Nombre completo	
Cargo que desempeña	
Departamento, Unidad, Área de desempeño	
Establecimiento	
Estamento (Directivo, Profesional, Técnico, Administrativo, Auxiliar, No aplica)	

- **RELACIÓN con la institución:**

Titular	
Contrata	
Honorarios	
Código del Trabajo	
Prestación de Servicio	
Alumno en Práctica	
Becado/a	
Estudiante	
Voluntariado	
Otro	

- **Datos personales de el/la o los/las DENUNCIADOS/AS – de el/la VICTIMARIO/A o los/as VICTIMARIOS:**

A continuación, se solicita que usted complete datos personales y laborales del Victimario. En el caso de que exista más de una persona en calidad de victimario, se disponen de otras tablas de identificación para que usted las pueda utilizar según el caso.

Nombre completo	
Cargo que desempeña	
Departamento, Unidad, Área de desempeño	
Establecimiento	
Estamento (Directivo, Profesional, Técnico, Administrativo, Auxiliar, No aplica)	



• **RELACIÓN con la institución:**

Titular	
Contrata	
Honorarios	
Código del Trabajo	
Prestación de Servicio	
Alumno en Práctica	
Becado/a	
Estudiante	
Voluntariado	
Otro	

• **Datos personales de el/la o los/las DENUNCIADOS/AS – de el/la VICTIMARIO/A o los/as VICTIMARIOS:**

Nombre completo	
Cargo que desempeña	
Departamento, Unidad, Área de desempeño	
Establecimiento	
Estamento (Directivo, Profesional, Técnico, Administrativo, Auxiliar, No aplica)	

• **RELACIÓN con la institución:**

Titular	
Contrata	
Honorarios	
Código del Trabajo	
Prestación de Servicio	
Alumno en Práctica	
Becado/a	
Estudiante	
Voluntariado	
Otro	

**6. RESPECTO A LA DENUNCIA:** Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

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

Nivel Superior	
Igual Nivel Jerárquico	
Nivel Inferior	



¿El/la DENUNCIADO/A - VICTIMARIO/A corresponde a la jefatura superior inmediata de la Víctima?

Sí	
No	

Observación (si corresponde) .....

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

Sí	
No	
Ocasionalmente	

Observación (si corresponde) .....

¿El/la DENUNCIADO/A - VICTIMARIO/A ha puesto en conocimiento de su superior inmediato esta situación?

Sí	
No	

Observación (si corresponde) .....

**7. IDENTIFICACIÓN DE FECHA DE LA DENUNCIA Y DE EL O LOS EVENTO/S.**

Fecha de la denuncia (fecha en la que realiza la denuncia)	
Fecha en que ocurrieron el o los eventos que denuncia (puede señalar desde cuando hasta cuando ocurrieron los eventos, según lo estime pertinente)	

**8. NARRACIÓN CIRCUNSTANCIADA DE LOS HECHOS.**

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



- Señale desde hace cuánto tiempo es víctima (o ha tomado conocimiento) de acciones del tipo de Vulneración de la dignidad

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



- 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*

- Antecedentes y documentos que acreditan la denuncia: Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

Ninguna evidencia específica	
Testigos	
Correos electrónicos	
Fotografías	
Video	
Otros Documentos de respaldo	

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

**Observaciones**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del/la Denunciante

