

FORMULARIO DENUNCIA VALS

| | | | |
|-------|----|----|----|
| Fecha | dd | mm | aa |
|-------|----|----|----|

I. Identificación de la Víctima

| | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| Nombre completo | _____ | | |
| R.U.T. | _____ | Género | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro |
| Dirección particular | _____ | | |
| Comuna y Región | _____ | | |
| Teléfono | _____ | Correo | _____ |
| División/ Departamento/ Sector – Oficina | _____ | Región | _____ |
| Cargo que desempeña | _____ | | |
| Calidad contractual | <input type="checkbox"/> Planta | <input type="checkbox"/> Contrata | <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> Externo |

II. Identificación del Denunciante (sólo en caso que la víctima no sea el/la denunciante)

| | | | |
|---|-------|--------|---|
| Nombre completo | _____ | | |
| R.U.T. | _____ | Género | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro |
| División/ Departamento/ Sector – Oficina | _____ | Región | _____ |
| Cargo que desempeña | _____ | | |
| Teléfono | _____ | Correo | _____ |

III. Identificación de el/la Denunciado/a (Victimario)

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|
| Nombre completo | _____ | | |
| Género | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro | | |
| División/ Departamento/ Sector – Oficina | _____ | Región | _____ |
| Cargo que desempeña | _____ | | |
| Calidad contractual | <input type="checkbox"/> Planta | <input type="checkbox"/> Contrata | <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> Externo |

IV. Indique la relación laboral de el/la denunciado/a respecto de la víctima

- Jefe/a Superior Jefe/a inmediato
- Subalterno/a Compañero/a de trabajo
- Otro: _____

V. *Identifique el tipo de atentado a la dignidad*

Seleccione la definición que **más** se asemeje al **tipo de violencia o acoso** recibido. Considere que esta definición es sólo una guía para el estudio de su denuncia.

| | | |
|--|-------------------|--|
| | Acoso Laboral | Entendiéndose por tal toda conducta, que constituya agresión u hostigamiento ejercida por el empleador o por uno o más trabajadores, en contra de otro trabajador, por cualquier medio ya sea que se manifieste de una vez o de manera reiterada, y que tenga como resultado para el afectado su menoscabo, maltrato o humillación, o bien que amenace o perjudique su situación laboral o sus oportunidades en el empleo. |
| | Acoso Sexual | Entendiéndose por tal el que una persona realice, en forma indebida y por cualquier medio, requerimientos de carácter sexual, no consentidos por quien los recibe y que amenacen o perjudiquen su situación laboral o sus oportunidades en el empleo. |
| | Violencia externa | Entendiéndose aquellas conductas que afecten a las y a los trabajadores, ejercidas por ajenos al SAG, con ocasión de la prestación de servicios, por parte de clientes, proveedores o usuarios, entre otros. |

Si su denuncia es por discriminación, seleccione la definición que **más** se asemeje al **tipo de discriminación** recibida. Considere que esta definición es sólo una guía para el estudio de su denuncia.

| | | |
|--|--|--|
| | Discriminación por género | Privación de derechos y/o trato violento hacia una persona debido a su género. En la mayoría de los casos, esta discriminación se dirige hacia las mujeres. |
| | Discriminación por orientación sexual o identidad de género | Discriminación dirigida a personas cuyas orientaciones sexuales o identidad de género difieren de la cis-heterosexualidad o cuyos comportamientos no se ajustan al rol tradicionalmente asignado a su género. Afecta a la comunidad LGBTQ+. |
| | Discriminación por discapacidad | Falta de inclusión y/o acceso a personas con discapacidad, limitando la plena participación de las personas o restringiendo los derechos humanos, por ejemplo, por barreras estructurales, estigmatización, exclusión o perpetuación de la desigualdad. |
| | Discriminación por edad | Se discrimina en relación a la edad, mayoritariamente a niños y personas mayores. En niños y jóvenes cuando enfrentan violencia que injustamente se avala por el principio de autoridad de los adultos. En personas mayores cuando se les restringen sus derechos fundamentales, lo que resulta en exclusión social. |
| | Discriminación por raza o etnia | Ocurre cuando un individuo o grupo es discriminado con base en la diferencia del color de la piel, o bajo la ideología de supremacía de una raza o grupo étnico sobre otro. |
| | Discriminación por situación migratoria | Discriminación por nacionalidad de origen o cultura, afecta a personas extranjeras que viven en un país hacia al que han inmigrado o que sean de culturas minoritarias. |
| | Discriminación por otro motivo: | |

VI. Descripción de los hechos denunciados

Describa cronológicamente la situación que ha sufrido y que fundamenta su denuncia. Señale nombres, lugares, fechas, testigos y los detalles relevantes. Si desea, puede continuar en una hoja adjunta.



IMPORTANTE: velando por la no revictimización, usted no será contactado/a por el/la fiscal o investigador/a para declarar, salvo que falte información para una completa investigación.

VII. Si tiene pruebas que acrediten su denuncia, indique cuáles y adjúntelas a este formulario:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cartas | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico |
| <input type="checkbox"/> Videos | <input type="checkbox"/> Ninguna evidencia específica |
| <input type="checkbox"/> Fotografías | <input type="checkbox"/> Otros documentos |
| <input type="checkbox"/> Testigos | |

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

COMPROBANTE ENVÍO DE DENUNCIA
A COMPLETAR POR DENUNCIANTE(S)

FECHA ____/____/____

FECHA DE ENTREGA O ENVÍO DEL DOCUMENTO

NOMBRE - FIRMA
DENUNCIANTE(S)

COMPROBANTE RECEPCIÓN DE DENUNCIA

(A COMPLETAR POR RECEPTOR/A DE DENUNCIA)

N° Denuncia ____ / ____

FECHA ____/____/____

FECHA DE RECEPCIÓN DEL DOCUMENTO
NACIONAL.

FECHA ____/____/____

FECHA DE ENVÍO DE DENUNCIA A DIRECTOR

SE ACOGE DENUNCIA: SI ____

NO ____ Motivo

NOMBRE - FIRMA
RECEPTOR/A DE DENUNCIA

NOTA:

No corte esta hoja, envíela firmada junto con todos los antecedentes. Posteriormente le será devuelta.

Una copia debe quedar en poder de el/la Receptor/a de Denuncia.