

**UNIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

Código:FTN-SSO-DAVD-001

**Formulario Estándar de denuncia de casos de discriminación, violencia y acoso laboral.**

Versión:001

**Datos Generales**Fecha de la denuncia:  N. de expediente: **Datos de la persona que presenta la Denuncia**Nombres y Apellidos Completos: Edad:  Sexo: Masculino:  Femenino: Puesto que desempeña:  Área: Telefono Celular:  Correo Electrónico: Nombre del Jefe Inmediato:  Cargo del Jefe Inmediato: **Datos contra quien se presenta la Denuncia**Nombres y Apellidos Completos: Sexo: Masculino:  Femenino:  Puesto que desempeña: Área:  Correo Electrónico: Nombre del Jefe Inmediato:  Cargo del Jefe Inmediato: **Relato de los hechos:***(Descripción detallada de lo ocurrido)***Detalles de la Denuncia***Marque con una "X"*

<b>Frecuencia con la que han ocurrido los hechos:</b>		
A.- Una sola Vez <input type="checkbox"/>	En caso de haber sido una sola vez, precisar: Fecha: <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> Lugar: <input type="text"/>	
B.- Varias Veces <input type="checkbox"/>		
C.- Continua hasta la fecha actual: <input type="checkbox"/>		
En caso de haber sido varias veces, describir el período aproximado en el que ha sido víctima de acoso, violencia y/o discriminación en espacios laborales: <input type="text"/>		
<b>La actitud de la persona que lo o la agredió (acosó, violentó y/o discriminó) fue:</b>		
A. Abierta <input type="checkbox"/>		
B. Amenazante <input type="checkbox"/>		
C. Insinuante o sutil <input type="checkbox"/>		
<b>La reacción inmediata de usted fue:</b>		
A. Ignorar <input type="checkbox"/>		
B. Confrontar <input type="checkbox"/>		
C. Otro .. <input type="text"/>		
<b>Cuando sucedieron los hechos:</b>		
A. No hubo testigos <input type="checkbox"/>	En caso de haber testigos que hayan presenciado los hechos, proporcione sus datos: Nombre y Apellido: <input type="text"/> Puesto que desempeña: <input type="text"/> Área: <input type="text"/>	
B. Hubo un solo testigo <input type="checkbox"/>		
C. Hubo varios testigos <input type="checkbox"/>		
<b>Cambios que se dieron en su situación laboral después del hecho:</b>		
A. Sigue igual <input type="checkbox"/>		
B. Tensión, estrés e incomodidad en el área de trabajo <input type="checkbox"/>		
C. Le cambiaron de área <input type="checkbox"/>		
D.- Otro: <input type="text"/>		
<b>¿La persona afectada comunicó los hechos a alguien más? Describir a quién o a quienes:</b>		
A.- Nombre y Apellido: <input type="text"/> Relación o cargo: <input type="text"/>		
B.- Nombre y Apellido: <input type="text"/> Relación o cargo: <input type="text"/>		
C. Otro <input type="text"/>		
<b>Nivel de jerarquía del denunciante:</b>		
A.- Nivel superior <input type="checkbox"/>	B.- Igual nivel <input type="checkbox"/> D.- Otro: <input type="text"/>	
C. Nivel inferior <input type="checkbox"/>		
<b>¿Él/la denunciado/a trabaja directamente con la persona afectada?</b>		
A.- Si <input type="checkbox"/>	B.- No <input type="checkbox"/>	C.- A veces <input type="checkbox"/>
<b>¿La persona afectada ha puesto en conocimiento del suceso a su jefe inmediato?</b>		
A.- Si <input type="checkbox"/>	B.- No <input type="checkbox"/>	
<b>¿El denunciado es jefe/a superior inmediato de la persona afectada?</b>		
A.- Si <input type="checkbox"/>	B.- No <input type="checkbox"/>	

**¿La persona afectada tiene algún tipo de discapacidad?**

SI   
NO

**Sí marco "SI", indique cuál:**

A. Física  B. Sensorial   
C. Psicológica  D. Mental   
E. Otra

**¿La persona afectada tiene algún tipo de evidencia?**

A. Ninguna Evidencia  B. Documentos de Respaldo   
C. Fotografías.  D. Testigos   
E. Correos Electrónicos  F. Grabaciones de audio y/o videos   
G. Otros.

**Observaciones y comentarios:**

[Empty area for observations and comments]

**Firmas:**

**Firma del denunciante**

Nombre:   
C.I.  HORA:

**Firma de quien recepta la denuncia**

Nombre:   
C.I.