



ACTA DE DENUNCIA DE ACOSO LABORAL, ACOSO SEXUAL
O VIOLENCIA LABORAL.

DATOS DE EL/LA DENUNCIANTE	
Nombres y apellidos	
Fecha de denuncia	
Rut	
Cargo	
Medio de contacto	
Depto/Area	
DATOS DE EL/LA DENUNCIADO/A	
Nombres y apellidos	
Rut	
Cargo	
Depto/Area	
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: Dpto./Área	
SITUACIONES QUE SE DENUNCIAN (marcar con una X) ✓ ACOSO LABORAL _____ ✓ ACOSO SEXUAL _____ ✓ VIOLENCIA LABORAL _____	



SOBRE LA RELACIÓN ENTRE VÍCTIMA Y DENUNCIADO/A

Existe una relación asimétrica en que la víctima tiene dependencia directa o indirecta de el/la denunciado/a. SI____ NO____

Existe una relación asimétrica en que el/la denunciado/a tiene dependencia directa o indirecta de la víctima. SI____ NO____

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 o equipo.

SI____ NO____

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 o equipo. SI____ NO____

SOBRE LAS PRESUNTAS SITUACIONES DENUNCIADAS

Existe evidencia de lo denunciado (correos electrónicos, fotos, etc.)

SI____ NO____

Existe conocimiento de otros antecedentes de índole similar.

SI____ NO____

La situación denunciada fue informada previamente en otra instancia similar (Jefatura, supervisor, mediación laboral, etc.)

SI____ NO____

COMPLETAR EN CASO DE EXISTIR TESTIGOS DE LO DENUNCIADO

Nombre :

Rut:

Cargo :

Depto/Area:



RELATO DE LA SITUACIÓN O SITUACIONES QUE SE DENUNCIAN.:

*Si la denuncia se realiza directamente ante la Dirección del Trabajo, se deberá identificar a la empresa y su RUT o, en su defecto, identificar al representante conforme a lo dispuesto en el artículo 4º del Código del Trabajo.

___/___/___ Quilpué.

FIRMA TRABAJADOR