

 Servicio de Salud Araucanía Norte Región de la Araucanía Ministerio de Salud Servicio de Salud Araucanía Norte DEPARTAMENTO CALIDAD DE VIDA UNIDAD DE AMBIENTES LABORALES	Formulario Único de Denuncia Acoso Laboral y Sexual. (FUD)	Código: PT-DCV-0725
		Versión: 2.0
		Fecha de elaboración: 01-08-2025
		Vigencia: 1 AÑO
		COMUNA: ESTABLECIMIENTO: FECHA: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DENUNCIANTE Y DENUNCIADA

A.1 DATOS PERSONALES: DE LA PERSONA DENUNCIANTE

Nombre completo:				
RUT:		EDAD: ____ AÑOS	FECHA NAC: ____/____/____	
Sexo	Masculino ☐	Femenino ☐	Intersexual ☐	No informado ☐
Género	Hombre ☐	Mujer ☐	No binario ☐	
Profesión u oficio		Cargo:	Depto/Área	
Dirección particular:			Comuna:	
Teléfono de contacto		CORREO:		

A.2 TIPO DE VÍNCULO LABORAL DE LA PERSONA DENUNCIANTE:

Planta ☐	Contrata ☐	Honorarios ☐	Otro ☐
--	--	--	--------------------------------------

A.3 ESTAMENTO

Auxiliar ☐	Administrativo ☐	Técnico ☐	Profesional ☐	Directivo ☐	Otro ☐
--	--	---	---	---	--------------------------------------

B.1 DATOS PERSONALES DE LA PERSONA DENUNCIADA:

Nombre COMPLETO				
Sexo	Femenino ☐	Masculino ☐	Intersexual ☐	No informado ☐
Género	Hombre ☐	Mujer ☐	No Binario ☐	
Cargo		Departamento/sección:		

B.2 ESTAMENTO DE LA PERSONA DENUNCIADA:

Auxiliar ☐	Administrativo ☐	Técnico ☐	Profesional ☐	Directivo ☐	Otro ☐
--	--	---	---	---	--------------------------------------

B.3 RELACIÓN JERARQUICA CON LA PERSONA DENUNCIADA (Es su):

Jefatura directa ☐	Mismo nivel jerárquico ☐	Subordinado/a ☐	Otro ☐
--	--	---	--------------------------------------

 Servicio de Salud Araucanía Norte Región de la Araucanía Ministerio de Salud Servicio de Salud Araucanía Norte DEPARTAMENTO CALIDAD DE VIDA UNIDAD DE AMBIENTES LABORALES	Formulario Único de Denuncia Acoso Laboral y Sexual. (FUD)	Código: PT-DCV-0725
		Versión: 2.0
		Fecha de elaboración: 01-08-2025
		Vigencia: 1 AÑO
		COMUNA: ESTABLECIMIENTO:
		FECHA: ____/____/____

2. TIPO DE SITUACIÓN DENUNCIADA (Marque con una X lo que corresponda)

Acoso laboral		Informó esta situación a alguna jefatura o autoridad?	SI		NO	
Acoso sexual						
Ambos			¿A quien?			

3. NARRACIÓN CIRCUNSTANCIADA DE LOS HECHOS: (Complete con el mayor nivel de detalle posible. Use lenguaje claro y directo. Puede adjuntar más hojas si lo necesita).

Fecha del Episodio ____/____/____ **o mes**_____ **(aproximado)**

Nombre de la persona denunciada:_____

Contexto: Ejemplos:

Reunión de equipo		Actividad de supervisión	
Trabajo operativo		Ronda clínica	
Entrega de turno		Reunion individual de trabajo	
Descanso		Otro_____	

Lugar: Ejemplos

Oficina		Vestidor		Atención domiciliaria	
Box		Entrada o salida del establecimiento		Pabellón	
Pasillo		Entorno virtual (video llamada, correo, wsp)		Sala reuniones	
Baño		Sala de procedimiento		Otro	

¿Había otras personas presentes al momento del hecho? ☐ **SÍ** ☐ **No**

Colegas ☐	Otras jefaturas ☐	Pacientes ☐	Personas externas ☐	Otras ☐
----------------------------------	--	------------------------------------	--	--------------------------------

¿Alguien Intervino en el momento? No____ SI____

¿Quien?		¿que hizo?
---------	--	------------



FECHA: ____/____/____

This image shows a full page of blank white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper or a template for writing. There are no margins, text, or other markings on the page.



FECHA: ____/____/____

[illegible]

 Servicio de Salud Araucanía Norte Región de la Araucanía Ministerio de Salud Servicio de Salud Araucanía Norte DEPARTAMENTO CALIDAD DE VIDA UNIDAD DE AMBIENTES LABORALES	Formulario Único de Denuncia Acoso Laboral y Sexual. (FUD)	Código: PT-DCV-0725
		Versión: 2.0
		Fecha de elaboración: 01-08-2025
		Vigencia: 1 AÑO
		COMUNA: ESTABLECIMIENTO: FECHA: ____/____/____

Indique si hubo testigos (colegas, usuarios, otras jefaturas). ¿Quiénes vieron o escucharon lo ocurrido?

	Nombre completo del testigo	Cargo	Departamento / Unidad	Teléfono/ Correo electrónico
a)				
b)				
c)				
d)				

2.¿QUÉ CONSECUENCIAS TUVO PARA USTED ESTA SITUACIÓN?

Describa con la mayor claridad posible cómo esta experiencia le ha afectado en su **vida personal y laboral**.

Relato

Personal:

Laboral:

 Servicio de Salud Araucanía Norte Región de la Araucanía Ministerio de Salud Servicio de Salud Araucanía Norte DEPARTAMENTO CALIDAD DE VIDA UNIDAD DE AMBIENTES LABORALES	Formulario Único de Denuncia Acoso Laboral y Sexual. (FUD)	Código: PT-DCV-0725
		Versión: 2.0
		Fecha de elaboración: 01-08-2025
		Vigencia: 1 AÑO
		COMUNA: ESTABLECIMIENTO: FECHA: ____/____/____

5.- ¿ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS QUE SIRVAN DE FUNDAMENTO A LA DENUNCIA, CUANDO ELLO SEA POSIBLE?

Señale los documentos que adjunta en la presente denuncia, indicando el nombre del documento y el número de páginas.

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-

Nombre:

Rut:

Firma de la persona Denunciante

Fecha de la denuncia