



FORMULARIO DE DENUNCIA - LEY KARIN

Observaciones: Es importante completar los datos obligatorios señalados con asterisco rojo (*) para que la denuncia cumpla con los contenidos mínimos que establece tanto el Reglamento emitido por el Ministerio del Trabajo como nuestro Reglamento Interno de Orden e Higiene, y ésta pueda ser ingresada.

DATOS DE EL/LA DENUNCIANTE- PERSONA AFECTADA (*)

Nombres completo		Fecha de denuncia	/ /
Rut		Cargo	
Correo electrónico personal		Dpto. /Gcia. /Área	

DATOS DE EL/LA DENUNCIADO/A (*)

Nombres completo		Cargo	
Rut		Dpto. /Gcia. /Área	
Correo electrónico			

La persona que realiza la denuncia es la persona afectada. (*)	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Si la respuesta anterior es NO, registrar al denunciante en el siguiente cuadro

Nombre completo		Fecha de denuncia	
Rut		Cargo	
Correo electrónico personal		Poder de representación	

SITUACIONES QUE SE DENUNCIAN

SITUACIONES QUE SE DENUNCIAN	SÍ	NO
Acoso Laboral		
Acoso Sexual		
Otra situación de Violencia Laboral		



SOBRE LA RELACIÓN ENTRE VÍCTIMA Y DENUNCIADO/A (*)	SÍ	NO
Existe una relación asimétrica en que la víctima tiene dependencia directa o indirecta de el/la denunciado/a.		
Existe una relación asimétrica en que el/la denunciado/a tiene dependencia directa o indirecta de la víctima.		
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.		
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.		

SOBRE LAS PRESUNTAS SITUACIONES DENUNCIADAS	SÍ	NO
Existe evidencia de lo denunciado (correos electrónicos, fotos, etc.)		
Existe conocimiento de otros antecedentes de índole similar.		
La situación denunciada fue informada previamente en otra instancia similar (Jefatura, supervisor, mediación laboral, etc.)		

COMPLETAR EN CASO DE EXISTIR TESTIGOS DE LO DENUNCIADO		
Nombre	Cargo	Área/unidad/servicio



RELATO DE LA SITUACIÓN O SITUACIONES QUE DENUNCIAN. (*)



Nombre Denunciante	
Firma denunciante	



COMPROBANTE RECEPCIÓN DENUNCIA

COPIA DE LA PERSONA QUE ENTREGA EL DOCUMENTO

FECHA ____ / ____ / ____ [Fecha de entrega de denuncia]
HORA ____ : ____

NOMBRE-FIRMA TRABAJADOR/A

NOMBRE-FIRMA
RECEPTOR/A

COMPROBANTE RECEPCIÓN DENUNCIA

COPIA DE LA PERSONA QUE RECIBE EL DOCUMENTO

FECHA ____ / ____ / ____ [Fecha de entrega de denuncia]
HORA ____ : ____

NOMBRE-FIRMA TRABAJADOR/A

NOMBRE-FIRMA
RECEPTOR/A

Datos de quien denuncia:

RUT: _____ Teléfono: _____ Email personal : _____
Dirección: _____ Comuna: _____