

Uso interno		
Folio/Correlativo interno:		
Fecha recepción de la denuncia		

La presente acta **debe ser firmada por la persona que realiza la denuncia y enviada a la casilla [denunciaslkarin@bec24h.bancoestado.cl](mailto:denunciaslkarin@bec24h.bancoestado.cl)**–

**Marque con una X el tipo de conducta que denuncia:**

**Acoso Laboral** \_\_\_\_\_  
**Acoso Sexual** \_\_\_\_\_  
**Violencia Laboral** \_\_\_\_\_

**1. Identificación de la persona afectada**

Nombre y Apellidos	
Rut	
Género	
Cargo que desempeña	
Oficina/Área/Unidad*	
Dirección Laboral	
Teléfono de Contacto	
Mail de contacto personal (obligatorio)	
Nombre Jefatura Directa	

**2. Identificación Denunciante(s) (cuando sea Dirigente Sindical y no la persona afectada que denuncia) (\*):**

Nombre Denunciante(s)	
Rut de Persona Denunciante(s)	
Cargo de la(s) persona(s) Denunciante(s)	
Contacto(s) Denunciante(s)	

(\*): Dirigente Sindical debe acompañar poder simple de representación de conformidad al numeral 2 del artículo 220 del código del trabajo.

**3. ¿El/la Denunciante ha puesto en conocimiento a su superior\* inmediato esta situación?**

**Sí:**

**No:**

\* En el caso que el/la Denunciante sea un Dirigente Sindical que completa este formulario a petición expresa de la persona afectada, **refiérase a la jefatura superior de la persona afectada por la situación.**

**4. En caso de que el/la denunciante pertenezca a una empresa externa, indicar:**

Cargo	
Empresa externa a la que pertenece	
Tipo de Servicio que presta la Empresa externa	
Indicar donde presta servicios	

**5. Identificación Denunciado/a:**

Nombre y Apellidos	
Cargo que desempeña	
Oficina/Área/Unidad*	
Dirección Laboral	

Si la persona denunciada corresponda a un tercero ajeno a la relación laboral, por favor indique, si corresponde a:

Trabajador/a empresa externa o proveedor/a	<input type="checkbox"/>	Cliente:	<input type="checkbox"/>
		Filial:	<input type="checkbox"/>

En caso de que el/la Denunciado/a pertenezca a una empresa externa, proveedor o Filial, indicar:

Cargo	
Empresa externa o Filial a la que pertenece	
Tipo de Servicio que presta la Empresa externa	
Indicar donde presta servicios	

En caso de que el/la Denunciado/a sea un/a cliente, indicar:

Nombre Cliente	
Fecha de ocurrencia de los hechos	
Lugar ocurrencia de los hechos	

**6. Relación jerárquica con el/la denunciado/a:**

Jefe/a Directo/a	<input type="checkbox"/>	Compañero/a de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Subordinado/a	<input type="checkbox"/>
No aplica	<input type="checkbox"/>	Caso de trabajador/a empresa externa, proveedor/a, Filial y/o cliente.			
Otro	<input type="checkbox"/>	No existe relación jerárquica directa, ejemplo Jefatura o Compañero/a de otra área			

**7. ¿Trabaja diariamente con el/la denunciado/a?:**

Sí:	<input type="checkbox"/>	No:	<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente:	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>	Caso de trabajador/a empresa externa, proveedor/a y/o cliente
-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---

**8. Narración circunstanciada de los hechos.**

Describa las conductas manifestadas, en orden cronológico, que avalarían la denuncia (señalar nombre, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia). Puede agregar más filas o si lo desea, puede relatar los hechos en hoja adjunta.

1.
2.
3.
4.
5.

**9. Indicar desde hace cuánto tiempo se encuentra afectado/a por el tipo de acciones que denuncia:**

--

**10. Señale la o las personas que hubiesen presenciado o que tuvieron conocimiento de los hechos acontecidos.**

Señalar nombres de testigos lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia.  
(Si desea puede relatar los hechos en hoja adjunta)


**11. Antecedentes y documentos que pueden acreditar la denuncia**

Marque con una X los antecedentes y documentos que adjunta en la denuncia:

Ninguna evidencia específica	<input type="checkbox"/>
Testigos	<input type="checkbox"/>
Correos electrónicos	<input type="checkbox"/>
Otros documentos de respaldo	<input type="checkbox"/>

Fotografías	<input type="checkbox"/>
Videos	<input type="checkbox"/>
Mensajes a celular	<input type="checkbox"/>

**Si respondió “Otros documentos de respaldo” favor señalar cual/es**

1.
2.

3.

<b>Fecha Realización Denuncia:</b>	
<b>Nombre de la persona que realiza Denuncia</b>	
<b>Firma de la persona que realiza la denuncia</b>	