

Difusión Manual de Procedimiento de Prevención, al Acoso Sexual, Maltrato Laboral y Acoso Laboral

Departamento Gestión de Personas
GORE Magallanes
Octubre 2020

Manual de Procedimiento

- , El Gobierno Regional de Magallanes y de la Antártica Chilena, implementó el Instructivo de Denuncia e Investigación de Maltrato, Acoso Sexual y Laboral, instrumento que permite a los/as trabajadores/as del Servicio, denunciar cuando consideren que están siendo víctimas de acoso, este programa se rige de acuerdo a la **Resolución Exenta N° 2181 de 01 octubre 2019, que Aprueba Manual de Procedimiento de Prevención, al Acoso Sexual, Maltrato Laboral y Acoso Laboral.**

Objetivo



- Disminuir los Riesgos Psicosociales en el trabajo, brindando herramientas a los/as trabajadores/as del Servicio para reconocer una situación de acoso y/o maltrato y el procedimiento definido para formalizar una denuncia.

Ámbito de Acción



- Este programa tiene un carácter preventivo, con el objetivo de generar ambientes laborales basados en el respeto, buen trato y la protección de derechos fundamentales y adoptar medidas destinadas a mantener un ambiente de trabajo de mutuo respeto entre hombres y mujeres.
- Se busca ejecutar medidas preventivas, a través de los canales de comunicación existentes para difundir de manera periódica información que permita educar y tener ambientes laborales libres de acoso y maltrato, y que permita a los/as trabajadores/as del Servicio, reconocer cuando se está ejerciendo acoso y/o maltrato.

Etapas del Procedimiento de Denuncia

- Llenar el Formulario de Denuncia - 3 días (el formulario se encuentra en el centro de información virtual)
- Evaluación de la Denuncia – 3 días.
- Desarrollo de la Etapa de Investigación (20 días prorrogable hasta 60)
- Resultado de la Investigación.
- Medidas de Mitigación (5 días)

Formulario

FORMULARIO DE DENUNCIA	
INDIQUE EL TIPO DE ATENTADO A LA DIGNIDAD Marque con una "X" la alternativa que corresponda:	
<input type="checkbox"/>	Maltrato Laboral
<input type="checkbox"/>	Acoso Laboral
<input type="checkbox"/>	Acoso Sexual
IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE. Datos de Identificación respecto a quién Realiza la denuncia: Marque con una "X" la alternativa que corresponda	
<input type="checkbox"/>	VICTIMA (Persona en quien recae la acción de violencia organizacional, acoso sexual, maltrato y acoso laboral)
<input type="checkbox"/>	DENUNCIANTE: Persona (un tercero) que pone en conocimiento el hecho constitutivo de violencia organizacional, acoso sexual, maltrato y acoso laboral y que no es víctima de tales acciones.
Sexo:	
Datos personales del DENUNCIANTE (solo en el caso que NO sea la persona)	
Nombre Completo:	
Cargo que desempeña:	
Departamento, Unidad, Área de desempeño:	
Datos personales de la Persona	
Nombre Completo:	
RUT:	Región / Comuna:
Dirección Particular	
Teléfono de Contacto:	
Datos de la persona respecto a la organización:	
Cargo que desempeña:	
Departamento, Unidad, Área de desempeño	
Datos personales del DENUNCIADO-VICTIMARIO	
Nombre Completo:	
Cargo que desempeña:	
Departamento, Unidad, Área de desempeño:	
Sexo:	

AGREGAR UN PIE DE PÁGINA

Formulario

RESPECTO A LA DENUNCIA	
Nivel Jerárquico del DENUNCIADO –VICTIMARIO respecto a la Persona	
Marque con una "X" la alternativa que corresponda:	
<input type="checkbox"/>	Nivel superior
<input type="checkbox"/>	Igual nivel jerárquico
<input type="checkbox"/>	Nivel inferior
¿El / la DENUNCIADO / A – VICTIMARIO / corresponde a la jefatura superior inmediata de la persona?	
Marque con una "X" la alternativa que corresponda:	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
¿El / la DENUNCIADO / A – VICTIMARIO / trabaja directamente con la persona?	
Marque con una "X" la alternativa que corresponda:	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
¿El / la DENUNCIADO / A – VICTIMARIO / ha puesto en conocimiento de su superior inmediato esta situación?	
Marque con una "X" la alternativa que corresponda:	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
NARRACIÓN CIRCUNSTANCIADA DE LOS HECHOS	
Describa las conductas manifestadas – en orden cronológico – por el/ la presunto/ a acosador que avalarían la denuncia. (Señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia). (Si desea puede relatar los hechos en hoja adjunta)	

Señala desde hace cuánto tiempo es víctima de acciones del tipo de violencia organizacional:	
Señale individualización de quién o quiénes hubieren cometido actos atentatorios a la dignidad de las personas. (Señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia). (Si desea puede relatar los hechos en hoja adjunta).	
Señale individualización de las personas que hubieren presenciado o que tuvieran información de lo acontecido – Testigos - (Señalar nombres, lugares, fechas y detalles que complementen la denuncia). (Si desea puede relatar los hechos en hoja adjunto)	
Antecedentes y documentos que acreditan la denuncia:	
Marque con una "X" la alternativa que corresponda:	
<input type="checkbox"/>	Ninguna evidencia específica
<input type="checkbox"/>	Testigos
<input type="checkbox"/>	Correos Electrónicos
<input type="checkbox"/>	Fotografías
<input type="checkbox"/>	Video
<input type="checkbox"/>	Otros documentos de respaldo
Si Respondió "Otros documentos de respaldo", favor señale cuál/es:	
Observaciones:	
Nombre y Firma del Denunciante	
Fecha ___/___/___	

Comprobante de Recepción de denuncia



Servicio Gobierno Regional
Departamento Gestor de Personas

Comprobante Recepción de Documento

Copia de la persona que **recibe** el documento

Nombre - Firma Funcionario / a

Fecha ____/____/____

(Fecha entrega de documento)

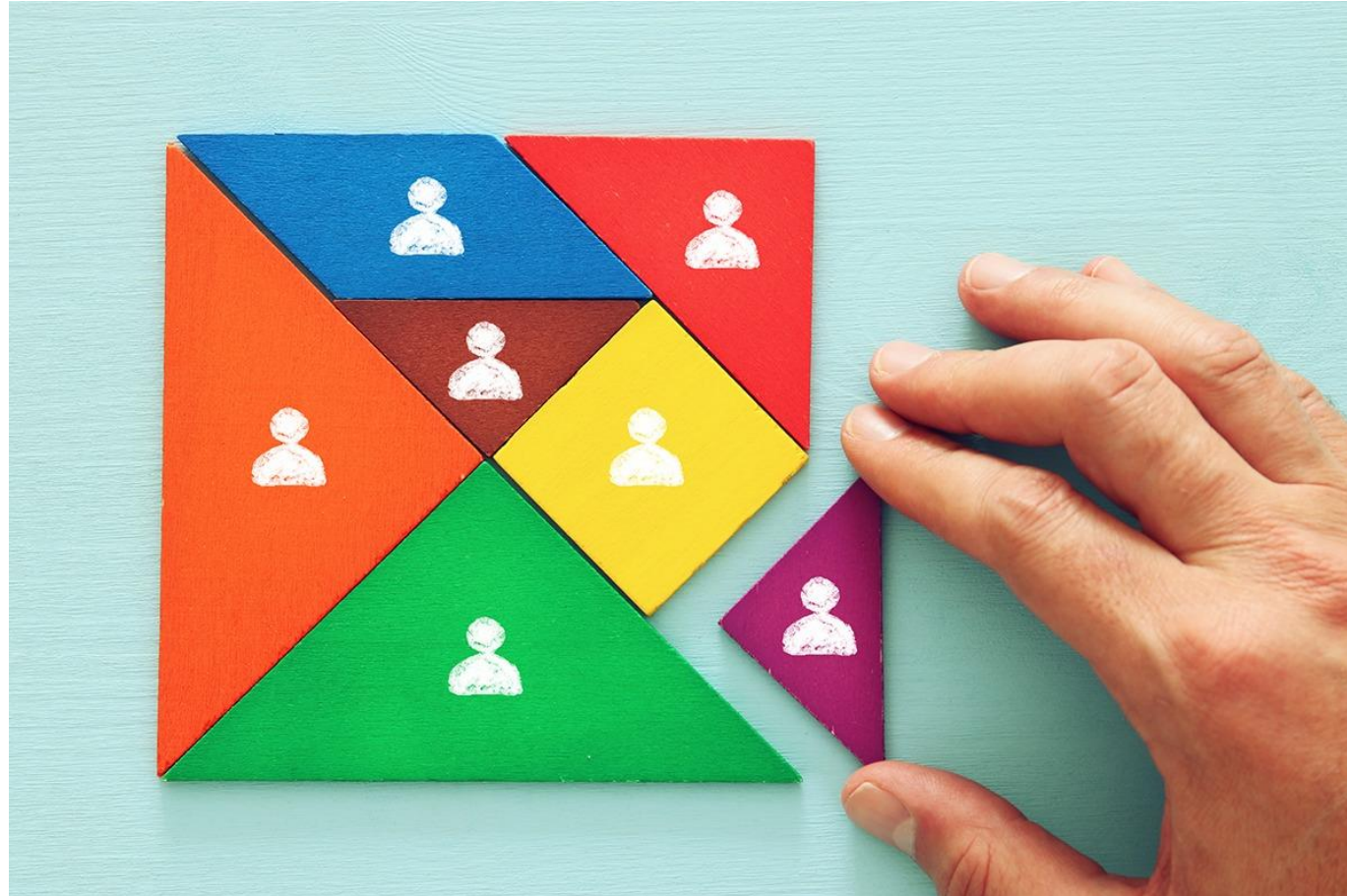
Nombre - Firma Receptor / a

(En caso que el documento se entregue en Oficina de Partes, debe ser timbrada su recepción)

AGREGAR UN PIE DE PÁG

MUCHAS GRACIAS!

Departamento Gestión de Personas



AGREGAR UN PIE DE PÁGINA