

FORMULARIO DE DENUNCIA

Fecha ____/____/____

1. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

• *Datos Personales del Denunciante*

| | |
|---|--|
| Rut | |
| Nombre Completo | |
| Sexo Registral | |
| Identidad de Género | |
| Nombre de Avenida, Calle o Pasaje | |
| Número | |
| Depto. | |
| País | |
| Región | |
| Comuna | |
| Asentamiento | |
| Fono Contacto / E-mail | |
| Medio Notificación Preferente | |
| Tipo Vínculo | |
| Area Desempeño (Unidad, Facultad, Carrera, etc) | |
| Campo clínico en que realiza su práctica | |
| Unidad de Adscripción (para uso interno de la unidad) | |
| Lugar en que realiza sus actividades | |
| ¿Es la persona denunciante la víctima? | |
| Solicita reserva de identidad ante requerimiento de la Superintendencia de educación superior - SES | |

• *Datos Personales de la(s) Víctima(s) o Persona(s) afectada(s)*

| | |
|-----------------------------------|--|
| Rut | |
| Nombre Completo | |
| Sexo Registral | |
| Identidad de Género | |
| Nombre de Avenida, Calle o Pasaje | |
| Número | |
| Depto. | |
| País | |
| Región | |



| | |
|---|--|
| Comuna | |
| Asentamiento | |
| Fono Contacto / E-mail | |
| Tipo Vínculo | |
| Area Desempeño (Unidad, Facultad, Carrera, etc) | |
| Unidad de Adscripción (para uso interno de la unidad) | |
| Lugar en que realiza sus actividades | |
| Campo clínico en que desempeña sus funciones | |

• **Datos Personales de la(s) Persona(s) denunciada(s)**

| | |
|---|--|
| Rut | |
| Nombre Completo | |
| Sexo Registral | |
| Identidad de Género | |
| Tipo Vínculo | |
| Area Desempeño (Unidad, Facultad, Carrera, etc) | |
| Unidad de Adscripción (para uso interno de la unidad) | |
| Lugar en que realiza sus actividades | |
| Campo clínico en que desempeña sus funciones | |

2. TIPO DE CONDUCTA DENUNCIADA

| | |
|---|--|
| Identificación de la conducta denunciada | |
| Denuncia vinculada a situaciones de discriminación o vulneración de derechos de personas autistas (Ley N° 21.545) | |
| Denuncia asociada a maltrato o infracción a la sana convivencia en campos clínicos | |

3. NARRACIÓN DE CIRCUNSTANCIAS Y HECHOS

Descripción cronológica de los hechos denunciados:

Tiempo desde el cual se desarrollan las acciones denunciadas (días/semanas/meses/años):

• **Testigos**

| | Nombre | Área de Desempeño | Campo clínico en que desempeña sus funciones |
|--|--------|-------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

• **Antecedentes y documentos que acreditarían los hechos denunciados**

| Tipo | Archivo |
|------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

4. MEDIDAS DE PROTECCIÓN PROVISORIAS

| | |
|--|----|
| Requiero se considere adoptar una medida preventiva temporal | |
| Señale medidas de protección | |
| Requiere mediación | NO |

5. MEDIDAS DE APOYO A VÍCTIMAS

| | |
|---|--|
| Requiero se me otorgue(n) la(s) siguiente(s) medida(s) de apoyo | |
|---|--|

6. CASO CONSTITUTIVO DE DELITO

En caso de que los hechos denunciados pudieran constituir delito, manifiesto expresamente mi voluntad de que los antecedentes sean remitidos al Ministerio Público, conforme a lo dispuesto en el artículo 61 letra k) del DFL N°29, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo.

7. SOBRE LA DENUNCIA QUE NO REÚNA ELEMENTOS MÍNIMOS PARA SU TRAMITACIÓN

Estoy en conocimiento de que en el caso que la denuncia no contenga los elementos mínimos que permitan su tramitación, se me comunicará que esta no podrá ser ingresada, y que, para efectos de iniciar un procedimiento de investigación, deberé efectuar un nuevo ingreso, con los antecedentes suficientes.

8. DECLARACIÓN SOBRE ACTIVACIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA TEMPRANA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

Estoy en conocimiento de que al activar la solicitud de atención psicológica temprana, se gestionará la Declaración Individual de Accidentes del Trabajo (DIAT) o Declaración Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), en el respectivo Organismo Administrador de la Ley N°16.744.

Asimismo, estoy en conocimiento que, de manera independiente a la investigación interna administrativa que corresponda, y en cumplimiento de las obligaciones en materia de gestión preventiva, el Organismo Administrador de la Ley podrá iniciar una investigación externa para evaluar las causas que originaron el accidente de trabajo o enfermedad profesional, con el propósito de identificar factores de riesgo y adoptar las medidas correctivas necesarias.

Igualmente, declaro estar en conocimiento que, en caso de realizarse dicha investigación externa, se requerirá la presentación de dos testigos por parte del empleador y dos testigos por parte de la persona trabajadora, los que no están relacionados con la investigación interna administrativa iniciada por la denuncia presentada en la Dirección de Equidad y Género.

9. ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO

Tomo conocimiento de los siguientes canales de orientación, apoyo y auxilio psicológico disponibles en caso de necesidad:

- Línea de Prevención del Suicidio del Gobierno de Chile: *4141 ("No estás solo, no estás sola").(disponible 24/7, desde cualquier celular)
- Salud Responde: 600 360 7777.
- Aplicación "Aquí Contigo", de la Red de Salud Digital de las Universidades del Estado: <https://aquicontigo.uestatales.cl/>
- CEINPSI (Casa Central):
Correo electrónico: ceinpsisec@gestion.uta.cl, ceinpsiadm@gestion.uta.cl
Teléfonos: +56 9 42527453 / 58 2 205002 / 58 2 205669
Instagram: @ceinpsi_uta
- CAAPPs (Sede Iquique):
Correo electrónico: caapps@gestion.uta.cl
Teléfonos: +56 57 2727250
Instagram: @caapps.uta

10. DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE DERIVACIONES EN CASOS DE MALTRATO O INFRACCIONES A LA SANA CONVIVENCIA EN CAMPOS CLÍNICOS

Declaro que, en caso de denuncias relacionadas con maltrato o infracciones a la sana convivencia en campos clínicos, cuando la persona denunciada corresponda a personal de colaboración docente de un establecimiento de salud o a un/a estudiante en práctica perteneciente a otra institución de educación superior, será la Universidad de Tarapacá la responsable de efectuar la derivación respectiva a la autoridad competente, informándome oportunamente de dicha gestión. Asimismo, las derivaciones a los establecimientos de salud deberán ser tramitadas mediante las plataformas habilitadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

11. CONFIDENCIALIDAD

Estoy en conocimiento de que el proceso de denuncia e investigación se rige por los principios de confidencialidad, prudencia y prohibición de represalias, los cuales constituyen garantías básicas de protección para las partes intervinientes.

DENUNCIANTE

Otras forma de presentar la denuncia:

- Enviarlo online, a través del correo prevencion.deygen@gestion.uta.cl
- Entregarlo impreso, y presencialmente en Dirección de Equidad y Género, Campus Saucache, Anexo Biblioteca 2° piso (Arica); Oficina Unidad de Prevención Ley 21.369, Campus La Tirana, 2° piso (Iquique), entre 9:00 y 13:00 horas y entre 15:00 y 17:00 horas.



Arica: Avda. 18 de Septiembre N° 2222, Anexo Biblioteca 2° piso, Campus Saucache
Teléfono: (+56) 58 2386050

- Unidad de Prevención Ley 21.369, Teléfonos: (+56) 58 2386045 - (+56) 58 2386043, e-mail: prevencion.deygen@gestion.uta.cl

- Unidad de Prevención Ley 21.643 "Ley Karin": (+56) 572727375, e-mail: leykarin@gestion.uta.cl

Iquique: Avda. La Tirana N° 4802, 2° piso Oficina Unidad de Prevención Ley 21.369, Campus La Tirana
Teléfono: (+56) 57 2727112, e-mail: of.prevencion.iqq@gestion.uta.cl