



Expertos en exámenes de laboratorio y en fi.

ANEXO N° 5.

**“FORMULARIO DE DENUNCIA ACOSO SEXUAL, LABORAL O DE VIOLENCIA
EN EL TRABAJO”
LEY 21.643 / “LEY KARIN”**

LOS HECHOS DENUNCIADOS SON:	SÍ	NO
Acoso Sexual.		
Acoso Laboral.		
Violencia en el Trabajo.		
Utilizo Canal de denuncia: bionet.cl/denuncia/		
Utilizo Correo de consulta: consulta.karin@bionet.cl		
Mail enviado directo a la Gerencia de Personas		

DATOS DENUNCIANTE:

Nombre completo	
Cédula de identidad y/o pasaporte	
Cargo que desempeña	
Unidad o área a la que pertenece	
Correo electrónico personal	
Sucursal	
Dirección Sucursal	
Ciudad	

DATOS DENUNCIADO

Nombre completo	
Cédula de identidad y/o pasaporte	
Cargo que desempeña	
Unidad o área a la que pertenece	
Correo electrónico personal	
Sucursal	
Dirección Sucursal	
Ciudad	

La persona que realiza la denuncia es la víctima/afectado de los hechos denunciado.	SÍ ___	NO ___
---	---------------	---------------

Si la respuesta anterior es NO, señale a la persona afectada en el siguiente cuadro:

DATOS DE LA VICTIMA/AFECTADO

Nombre completo	
Cédula de identidad y/o pasaporte	
Cargo que desempeña	
Unidad o área a la que pertenece	
Correo electrónico personal	
Representación que invoca al presentar la denuncia (mandato/poder/dirigente sindical)	

VÍNCULO ORGANIZACIONAL ENTRE LA PERSONA AFECTADA Y DENUNCIADO/A

¿La persona denunciada es externa a la empresa?	Empresa _____	Externo/a _____
Especificar el vínculo entre la persona afectada y el denunciado/a (jefatura, subalterno, compañeros de trabajo, clientes, proveedores, usuarios, otros).		

TESTIGOS DE LOS HECHOS DENUNCIADOS

En el caso de existir testigos de los hechos que se denuncian, especificar sus datos en la siguiente tabla:

Nombre completo	Cédula de identidad y/o pasaporte	Cargo	Unidad o Área a la que Pertenece

FECHA DE LA DENUNCIA:	
HORA DE LA DENUNCIA:	

**NOMBRE Y FIRMA
DENUNCIANTE**

**NOMBRE Y FIRMA RECEPTOR DE LA
DENUNCIA**