

	FORMULARIO DE DENUNCIA	Revisión: 1
	Acoso Sexual, Acoso Laboral y Violencia en el Trabajo	Fecha: 28/04/2026

Fecha de recepción: _____

Número de folio: _____ (asignado por RRHH)

1. Datos del Denunciante (Persona que denuncia)

Nombre completo: _____

RUT: _____

Cargo: _____

Área / Departamento: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

¿Desea mantener su identidad en reserva?

☐ Sí (confidencial) ☐ No

2. Datos del Denunciado (Persona señalada)

Nombre completo: _____

RUT (si se conoce): _____

Cargo: _____

Área / Departamento: _____

Relación con el denunciante (jefe, compañero, subordinado, cliente, proveedor, etc.):

3. Descripción de los Hechos

Describa de manera clara, detallada y cronológica los hechos que motivan esta denuncia (incluya fechas, horarios, lugares, palabras exactas utilizadas, conductas, mensajes, etc.):



gfe



[Signature]

	FORMULARIO DE DENUNCIA	Revisión: 1
	Acoso Sexual, Acoso Laboral y Violencia en el Trabajo	Fecha: 28/04/2026

(Use el reverso o adjunte hojas adicionales si es necesario)

4. Fecha y Frecuencia de los Hechos

Fecha aproximada del primer incidente: _____

Fecha del último incidente: _____

¿Los hechos han ocurrido en más de una ocasión?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, indique aproximadamente cuántas veces: _____

5. Testigos

Indique nombre de las personas que presenciaron o tienen conocimiento de los hechos (si corresponde):

Nombre completo

Cargo / Área

1. _____
2. _____
3. _____

6. Pruebas o Evidencias Disponibles

Adjunte o indique qué pruebas tiene (puede adjuntar fotos, capturas de pantalla, correos electrónicos, audios, videos, mensajes de WhatsApp, etc.):

☐ Mensajes de texto / WhatsApp

☐ Correos electrónicos

☐ Audios / Grabaciones

☐ Fotos o videos

☐ Testigos (indicados arriba)

☐ Otros: _____

7. Impacto en el Denunciante (Opcional)

¿Cómo le han afectado estos hechos en su salud, bienestar o condiciones de trabajo?



	FORMULARIO DE DENUNCIA	Revisión: 1
	Acoso Sexual, Acoso Laboral y Violencia en el Trabajo	Fecha: 28/04/2026

8. Medidas de Protección Solicitadas (Opcional)

Indique si requiere alguna medida inmediata de protección (separación de funciones, cambio de turno, permiso, apoyo psicológico, etc.):

9. Declaración del Denunciante

Declaro bajo juramento que la información proporcionada es verídica y que he actuado de buena fe.

Estoy consciente de que entregar información falsa o de mala fe puede generar responsabilidad legal.

Firma del denunciante: _____

Fecha: _____

Si denuncia de forma anónima o a través de un tercero:

Nombre de quien presenta el formulario: _____

10. Recepción de la Denuncia (Uso exclusivo de la Empresa)

Recibido por: _____

Cargo: _____

Fecha y hora de recepción: _____

Canal de recepción: ☐ Correo ☐ Buzón físico ☐ Verbal ☐ Otro: _____

Medidas de resguardo adoptadas inmediatamente:

Firma del receptor: _____

Fecha: _____

Instrucciones importantes:



	FORMULARIO DE DENUNCIA	Revisión: 1
	Acoso Sexual, Acoso Laboral y Violencia en el Trabajo	Fecha: 28/04/2026

- Este formulario puede ser entregado de forma **impresa** o por **correo electrónico** a:

Sede Las Condes: leykarinlascondes@kendal.cl

Sede Providencia: leykarinprovidencia@kendal.cl

Sede Ñuñoa: leykarinnunooa@kendal.cl

- Puede presentarse de manera **anónima**, aunque se recomienda identificarse para facilitar la investigación.
- Toda la información será tratada con **estricta confidencialidad**.
- Una vez recibida la denuncia, la empresa adoptará **medidas de protección inmediatas** si son necesarias.



ghe



key