

## FORMULARIO DE DENUNCIA (EXTERNO)

**Notificación:** La información proporcionada en este formulario será tratada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente para los fines del proceso de atención y seguimiento. Su privacidad y protección están garantizadas.

A. Información general de la persona que denuncia			
Nombre completo	Cédula	Género	Edad
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ocupación	Correo electrónico	Número de teléfono	
Motivo de la denuncia (describa brevemente la situación)			
B. Información de la persona denunciada o presunto/a agresor/a			
Nombre completo	Sucursal o Departamento	Género	Edad
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Cargo o puesto que desempeña	Fecha del incidente	Área de atención donde ocurrió el incidente	
Motivo de la denuncia: Debe seleccionar la opción que mejor describe la situación			
<input type="checkbox"/>	Acoso verbal ( <i>comentarios inapropiados, burlas sexistas, lenguaje ofensivo o de connotación sexual</i> )		
<input type="checkbox"/>	Acoso físico ( <i>contacto físico no consentido, tocamientos, gestos intimidantes</i> )		
<input type="checkbox"/>	Acoso sexual ( <i>propuestas sexuales no deseadas, insinuaciones, comportamiento intimidante</i> )		
<input type="checkbox"/>	Acoso laboral ( <i>conductas repetidas de intimidación, hostigamiento o maltrato en el entorno laboral</i> )		
<input type="checkbox"/>	Violencia psicológica o emocional ( <i>amenazas, manipulación, aislamiento, humillaciones</i> )		
<input type="checkbox"/>	Violencia física ( <i>golpes, patadas, u objetos contundentes que dejan secuelas en la estructura física de la persona</i> ).		
<input type="checkbox"/>	Violencia sexual ( <i>actos sexuales contra la voluntad de otra persona</i> )		
<input type="checkbox"/>	Violencia de género ( <i>tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género que impacta de manera negativa su identidad y bienestar social, físico o psicológico</i> ).		
<input type="checkbox"/>	Violencia simbólica ( <i>mensajes, valores o imágenes que refuerzan la desigualdad o inferioridad de ciertos grupos, generalmente sutil e invisible</i> )		
<input type="checkbox"/>	Discriminación de género ( <i>tratamiento desigual por razones de género, exclusión o burlas relacionadas con la identidad de género</i> )		
<input type="checkbox"/>	Discriminación por raza ( <i>trato desigual basado en el origen racial o étnico de una persona</i> )		
<input type="checkbox"/>	Discriminación por edad ( <i>trato desigual basado en la edad de una persona</i> )		
<input type="checkbox"/>	Discriminación laboral ( <i>trato desigual en el entorno de trabajo debido a características personales</i> )		
<input type="checkbox"/>	Discriminación por sexo ( <i>trato desigual basado en el género de una persona</i> )		
<input type="checkbox"/>	Discriminación por religión ( <i>trato desigual basado en las creencias religiosas de una persona</i> )		
<input type="checkbox"/>	Discriminación múltiple ( <i>trato desigual basado en dos o más motivos interrelacionados, como género y raza, edad y discapacidad.</i> )		
<input type="checkbox"/>	Ciberacoso o acoso en línea ( <i>mensajes inapropiados, difusión de contenido personal sin consentimiento, amenazas digitales</i> )		
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar) ( <i>Opción abierta para detalles adicionales que no encajen en las categorías anteriores</i> )		
C. Narración de los hechos			
Fecha hechos	Hora de los hechos	Personas involucradas	
Lugar (es) donde ocurrió (ha ocurrido):			
Narración detallada de los hechos:			
Información adicional			
<input type="checkbox"/>	Fotos	<input type="checkbox"/>	Grabaciones audio / vídeo
<input type="checkbox"/>	Mensajes	<input type="checkbox"/>	Otros medios
<input type="checkbox"/>	Ninguna evidencia	<input type="checkbox"/>	Otros:
		<input type="checkbox"/>	Copia de correo electrónicos
		<input type="checkbox"/>	Testigos


**FORMULARIO DE DENUNCIA (EXTERNO)**

D. Datos de las personas que figuran como testigos		
Nombre	Teléfono	Correo electrónico
Nombre	Teléfono	Correo electrónico
Nombre	Teléfono	Correo electrónico

Confirmando que todos los datos proporcionados son ciertos.

Deseo que durante la investigación se asegure la reserva de mi identidad a la presunta persona agresora durante el proceso de investigación.

Firma del/ de la Denunciante

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Nombre N° de Cédula Firma