



Fecha: _____

FORMATO DE QUEJA Y/O DENUNCIA

Este apartado es para uso exclusivo del Grupo para la Igualdad Laboral y no Discriminación
La queja es sobre:

Acoso Sexual Hostigamiento Sexual Violencia Laboral Discriminación

DATOS DE LA PERSONA QUIEN SE PRESENTA LA QUEJA Y/O DENUNCIA

Sexo: Hombre (H) Mujer (M)

Nombre: _____

Edad: _____

Puesto: _____

Área: _____

Director(a) inmediato(a): _____

DATOS DE LA PERSONA SOBRE QUIEN SE PRESENTA LA QUEJA Y/O DENUNCIA

Sexo: Hombre (H) Mujer (M)

Nombre: _____

Edad: _____

Puesto: _____

Área: _____

Director(a) inmediato(a): _____

Fecha en que ocurrieron los hechos: _____

Hora: _____ Lugar: _____



DECLARACIÓN DE LOS HECHOS

Área reservada para la declaración de los hechos.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN PRESENTA LA QUEJA Y/O DENUNCIA

NOMBRE Y FIRMA DE LA/EL OMBUDSPERSON