



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**

---

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

---

NOMBRE Y FIRMA DE LA/EL OMBUDSPERSON