

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACOSO EN EL LUGAR DE TRABAJO

El acoso tiene efectos negativos sobre el entorno de trabajo y el bienestar individual, y no será tolerado en la OPS. Este formulario deberá usarse para informar sobre todos los tipos de acoso, según lo que se establece en la Política de la OPS en materia de prevención y resolución del acoso en el lugar de trabajo, que ocurran en un lugar de trabajo de la OPS, en una actividad auspiciada por la OPS o en algún evento fuera del lugar de trabajo. La persona que llena el formulario no debe ser necesariamente la persona que experimentó el presunto acoso, sino que también puede ser alguien que esté preocupado por la situación.

Persona o personas que informan sobre el presunto acoso:

Lugar de destino: _____ Área: _____

Unidad: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Persona o personas que sufrieron el presunto acoso (si es una persona distinta de la que lo notifica):

Lugar de destino: _____ Área: _____

Unidad: _____

Persona o personas que cometieron el presunto acoso:

Lugar de destino: _____ Área: _____

Unidad: _____

En el espacio a continuación y en cualquier anexo que sea necesario, por favor describa los actos o comportamientos específicos que cree que constituyeron acoso. Describa cada incidente por separado y brinde todos los detalles específicos que pueda, incluida la fecha, la hora y el lugar, si corresponde.

Indique todas las personas que hayan presenciado el supuesto acoso o que puedan suministrar información pertinente con respecto a las inquietudes que usted ha manifestado. Incluya toda la información de contacto (es decir, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico, si tiene esa información) para cada testigo, así como una explicación breve del conocimiento que pueda tener dicha persona de la situación.

Indique si hay documentos o mensajes de correo electrónico que contengan información que sirva de apoyo a las imputaciones descritas anteriormente.

Indique si alguna vez tomó alguna medida para tratar de detener el comportamiento que está informando. En caso afirmativo, describa brevemente las medidas tomadas.

Sírvase suministrar cualquier otra información u observación pertinente.

Sé que hay un proceso informal para tratar de resolver mis inquietudes y que incluso se puede recurrir al Mediador de la OPS y a la mediación, pero considero que un proceso formal es apropiado en esta etapa para abordar el acoso que se alega en este informe. Estoy de acuerdo en cooperar con cualquier investigación realizada por la Oficina de Investigaciones sobre este asunto y entiendo que si encuentran que he actuado de mala fe o que intencionalmente he expuesto de manera errónea cualquier hecho material puedo estar sujeto a medidas disciplinarias de conformidad con el Reglamento del Personal de la OPS.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Por favor enviar este formulario a:

La Oficina de Investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud por correo electrónico a investigations@paho.org o por Internet a www.pahoethics.org

CONFIDENTIAL