

|   |   |                |
|---|---|----------------|
|  | <b>FORMULARIO ÚNICO DENUNCIA LEY N°21.643<br/>(Ley Karin)</b> | FECHA: 09-2024 |
| CODIGO- L-K-003   | <b>JEFATURA NACIONAL DE BIENESTAR<br/>Y CALIDAD DE VIDA</b>   | Versión N° 1   |

## Formulario Denuncia Ley Karin 21.643

### 1.- Identificación del denunciante

#### \* Campos obligatorios

|   |       |
|---|-------|
| Nombre(s)   |       |
| Apellidos   |       |
| Cédula de Identidad*  |       |
| Celular   | +56 9 |
| Correo electrónico  |       |
| Confirmar correo electrónico                                      |       |
| Relación que tiene con JENABIEN<br>(colaborador, externo, visita) |       |
| Lugar donde se está efectuando la denuncia                        |       |

### 2.- Si usted conoce a las personas implicadas en la denuncia, ingrese los datos

#### Involucrado 1

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nombre(s)              |  |
| Apellidos              |  |
| Lugar que se desempeña |  |
| Cargo                  |  |

#### Involucrado 2

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nombre(s)              |  |
| Apellidos              |  |
| Lugar que se desempeña |  |
| Cargo                  |  |

|  |   |                |
|--|---|----------------|
|  <b>Jenabien</b><br>-PDI- | <b>FORMULARIO ÚNICO DENUNCIA LEY N°21.643</b><br><b>(Ley Karin)</b> | FECHA: 09-2024 |
| CODIGO- L-K-003  | <b>JEFATURA NACIONAL DE BIENESTAR</b><br><b>Y CALIDAD DE VIDA</b>   | Versión N° 1   |

**3.- Detalle Denuncia:**

**4.- Testigos:**

En este campo informe testigos de la situación.

**Testigo 1**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nombre(s)              |  |
| Apellidos              |  |
| Lugar que se desempeña |  |
| Cargo                  |  |

**Testigo 2**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nombre(s)              |  |
| Apellidos              |  |
| Lugar que se desempeña |  |
| Cargo                  |  |

**Si usted considera contar o necesario mencionar más testigos, favor informarlos en evidencia**

**Adjuntar evidencia:**

En este campo, puedo adjuntar evidencia ya sea documentos imágenes etc. Que sea de aporte a esta investigación



Jenabien

**FORMULARIO ÚNICO DENUNCIA LEY N°21.643  
(Ley Karin)**

FECHA: 09-2024

CODIGO- L-K-003

**JEFATURA NACIONAL DE BIENESTAR  
Y CALIDAD DE VIDA**

Versión N° 1

**Evidencia 1**

**Evidencia 2**

