



Occupational Safety & Health Administration

FORMULARIO ELECTRÓNICO DE LA OSHA PARA PRESENTAR QUEJA COMO DENUNCIANTE

AVISO DE EMERGENCIA: No reporte una emergencia usando este formulario!

Para reportar una emergencia, fatalidad, o una situación de peligro inminente a la vida favor de llamar a nuestro número gratuito:

1-800-321-OSHA (6742)

TTY 1-877-889-5627

INTRODUCCIÓN E INSTRUCCIONES

La OSHA administra más de veinte leyes de protección a los denunciantes, incluyendo la Sección 11(c) de la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional (Ley OSH por sus siglas en inglés), lo cual prohíbe represalias contra empleados que se quejan sobre condiciones inseguras o insalubres o que ejercen sus derechos bajo la Ley. Cada ley tiene un tiempo límite para presentar la queja, variando entre 30 días hasta 180 días, lo cual empieza cuando la acción de represalia ocurre.

Una queja de represalia tiene que alegar cuatro elementos claves:

- El empleado participó en una actividad protegida por la(s) ley(es) de protección a los denunciantes (por ejemplo, reportar una violación de la ley);
El empleador sabía sobre, o sospechó, que el empleado participó en la actividad protegida;
El empleador tomó una acción adversa contra el empleado;
La acción protegida del empleado motivó o contribuyó a la acción adversa del empleador.

No es obligatorio usar este formulario para presentar su queja, porque la OSHA acepta quejas de denunciantes presentadas de forma oral (por teléfono o en persona en cualquier oficina de la OSHA) o por escrito y en cualquier idioma. Si usted elije usar este formulario, tiene que completar los campos y los espacios que estén marcados como "requeridos"; todos los demás campos y espacios son opcionales.

Si usted presenta una queja, la OSHA se pondrá en contacto con usted para determinar si es apropiado llevar a cabo una investigación. Usted debe responder al contacto de seguimiento de la OSHA o su queja será descartada.

Una queja como denunciante presentada con la OSHA no puede ser presentada de manera anónima. Si la OSHA procede con su investigación, la OSHA notificará a su empleador de su queja y proveerá al empleador una oportunidad para responder. Por razón de que su queja puede ser compartida con su empleador, no incluya los nombres de testigos o sus datos de contacto en este formulario; usted tendrá la oportunidad de ofrecer pruebas en apoyo de su queja durante la investigación.

Si usted tiene preguntas sobre el proceso de presentación o de investigación de una queja, favor no dude en llamar a la OSHA al 1-800-321-OSHA (6742).

Si usted piensa que su trabajo es inseguro y quiere pedir una inspección, puede llamar al 1-800-321-OSHA (6742), o puede presentar una "Notificación de Alegación de Riesgos a la Seguridad o Salud" haciendo clic aquí.

¿Usted quiere presentar una queja electrónica como denunciante ahora?

Sí, quiero comenzar la queja electrónica como denunciante

No, quiero regresar al www.whistleblowers.gov

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Este formulario requiere información personal lo cual es relevante y esencial para determinar si es apropiado llevar a cabo una investigación y la manera de hacerlo. La OSHA colecciona esta información para procesar quejas bajo su autoridad estatutaria y reglamentaria. Al registrar la queja, el nombre del individuo y la información sobre la presunta alegación será relevado al empleador. Durante el transcurso de la investigación de la OSHA, la información contenida en el archivo de la investigación podría ser relevada a las partes para poder resolver la queja. Durante la investigación, información sobre la parte denunciante y el empleador no será compartido con el público excepto en la medida permitida bajo La Ley de Libertad de Información (FOIA por sus siglas en inglés). Sin embargo, al cerrar el caso, es posible que la información contenida en la queja o en el expediente del caso pueda ser relevada al público como es requerido por la FOIA. Tales documentos serán redactados apropiadamente bajo la FOIA y La Ley de Privacidad.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA

Según la Ley de Reducción de Papelería, no se permite que una Agencia maneje o patrocine, y no se le obliga a ninguna persona responder a una colección de información a menos que la colección muestra un número de control válido proporcionado por el OMB. Se le calcula que la carga de reportaje público para esta colección de información voluntaria será una hora por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos disponibles, reunir y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la colección de información. Favor de enviar comentarios acerca de esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta colección de información, incluso sugerencias para reducir esta carga al OSHA.DWPP@dol.gov o Directorio de Programas para Protección a los Denunciantes, Departamento del Trabajo, Espacio N4618, 200 Constitution Ave., NW, Washington, DC; 20210; Attn: Comentario sobre la Acta de Reducción de Papelería. (Esta dirección es para comentarios solamente; favor de no enviar formularios completados a esta oficina.)

OMB Approval # 1218-0236; Expires: xx-xx-xxx

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)





## FORMULARIO ELECTRÓNICO DE LA OSHA PARA PRESENTAR QUEJA COMO DENUNCIANTE

[Instrucciones](#)



Departamento del Trabajo de los EE UU  
Administración de Seguridad y Salud Ocupacional  
Aviso de queja como denunciante

OMB # 1218-0236

### ¿HA SUFRIDO USTED UNA "ACCIÓN ADVERSA?"

Para tener una queja válida, usted tiene que alegar que su empleador tomó por lo menos una "acción adversa" en su contra. Una acción es "adversa" si afecta su condiciones de empleo en cualquier manera negativa (véase los ejemplos abajo).

En el caso que sí, favor de seleccionar todas las opciones que apliquen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Despido o cese en el empleo                | <input type="checkbox"/> Denegación de contratación o recontratación                     |
| <input type="checkbox"/> Medidas disciplinarias                     | <input type="checkbox"/> Evaluación negativa   |
| <input type="checkbox"/> Degradación / Reducción en horas           | <input type="checkbox"/> Amenazas de tomar cualquiera de las acciones arriba mencionadas |
| <input type="checkbox"/> Suspensión                                 | <input type="checkbox"/> Acoso / Intimidación  |
| <input type="checkbox"/> Denegación de beneficios                   | <input type="checkbox"/> Otro (por favor describelo)                                     |
| <input type="checkbox"/> Denegación de ascenso de categoría laboral | <input type="text" value="favor de describir cualquier otra :"/>                         |

No he sufrido ninguna acción adversa

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a [www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)





### ¿HA SUFRIDO USTED UNA "ACCIÓN ADVERSA?"

Para tener una queja válida, usted tiene que alegar que su empleador tomó por lo menos una "acción adversa" en su contra. Una acción es "adversa" si afecta su condiciones de empleo en cualquier manera negativa (véase los ejemplos abajo).

En el caso que sí, favor de seleccionar todas las opciones que apliquen:

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Despido o cese en el empleo     | <input type="checkbox"/> Denegación de contratación o reconstratación                    |
| <input type="checkbox"/> Medidas disciplinarias                     | <input type="checkbox"/> Evaluación negativa   |
| <input type="checkbox"/> Degradación / Reducción en horas           | <input type="checkbox"/> Amenazas de tomar cualquiera de las acciones arriba mencionadas |
| <input type="checkbox"/> Suspensión                                 | <input type="checkbox"/> Acoso / Intimidación  |
| <input type="checkbox"/> Denegación de beneficios                   | <input type="checkbox"/> Otro (por favor describelo)                                     |
| <input type="checkbox"/> Denegación de ascenso de categoría laboral | <input type="text" value="favor de describir cualquier otra"/>                           |

### ¿CUÁNDO SUFRIÓ USTED LA ACCIÓN ADVERSA DE EMPLEO MÁS RECIENTE?

Cada ley de protección a los denunciantes administrada por la OSHA requiere que las quejas sean presentadas dentro de un cierto número de días después de haber ocurrido la acción adversa alegada. Los periodos varían entre 30 días y 180 días, dependiendo en la ley específica que aplica. Por ejemplo, la Sección 11(c) de la Ley OSH, la cual cubre temas de seguridad y salud en el lugar de trabajo, requiere que una queja sea presentada dentro de 30 días de haber ocurrido la acción adversa. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias atenuantes, la OSHA puede aceptar una queja presentada después de haber expirado el tiempo límite. [Haga clic aquí](#) para un resumen de los tiempos límites que apliquen a cada estatuto.

Fecha de la acción de empleo desfavorable más reciente: (Requerido)

(Si usted no puede recordar la fecha exacta, favor de poner una fecha aproximada.)

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a \[www.whistleblowers.gov\]\(http://www.whistleblowers.gov\)](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



Fecha de la acción de empleo desfavorable más reciente: (Requerido)

04/01/2016

Conjunto

(Si usted no puede recordar la fecha exacta, favor de poner una fecha aproximada.)

**¿POR QUÉ CREE USTED QUE HA SUFRIDO LA(S) ACCIÓN(ES) ADVERSA(S) DE EMPLEO? (REQUISITO: TIENE QUE ELIGIR POR LO MENOS UNA)**

Favor de elegir todas las que aplican:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Llamé/presenté una queja frente a la OSHA  | <input type="checkbox"/> Reporté una lesión, una enfermedad, o un accidente                                  |
| <input type="checkbox"/> Llamé/presenté una queja frente a otra agencia   | <input type="checkbox"/> Participé en actividades de seguridad y salud                                       |
| <input type="text" value="Nombre de Agencia Contactada"/>   | <input type="checkbox"/> Me negué a realizar una tarea insegura o insalubre                                  |
| <input type="checkbox"/> Me quejé con el empleador sobre condiciones, conducta, o prácticas ilegales                                  | <input type="checkbox"/> Debido a otra razón (favor de describir)  |
| <input type="checkbox"/> Testifiqué o proveí una declaración en un procedimiento (ej., una inspección o investigación del gobierno)   | <input type="text" value="Favor de describir porque usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)"/> |
| <input type="checkbox"/> Debido a su grupo étnico, color, religión, sexo, edad, origen nacional, discapacidad, o información genética |  |
| <input type="checkbox"/> Debido a que usted se quejó sobre los salarios, horas de sobretiempo, o requisitos de trabajo infantil       |  |
| <input type="checkbox"/> Debido a que usted participó en, o intentó participar en, acción colectiva o de sindicato                    |  |

¿Cuáles razones le dio su empleador por las acciones adversas?

Favor de describir por qué usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió?

Favor de no incluir nombres de testigos o sus datos de contacto

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a [www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



- Llamé/presenté una queja frente a la OSHA
- Llamé/presenté una queja frente a otra agencia
 

Nombre de Agencia Contactada
- Me quejé con el empleador sobre condiciones, conducta, o prácticas ilegales
- Testifiqué o proveí una declaración en un procedimiento (ej., una inspección o investigación del gobierno)
- Debido a su grupo étnico, color, religión, sexo, edad, origen nacional, discapacidad, o información genética
- Debido a que usted se quejó sobre los salarios, horas de sobre tiempo, o requisitos de trabajo infantil
- Debido a que usted participó en, o intentó participar en, acción colectiva o de sindicato

- Reporte una lesión, una enfermedad, o un accidente
- Participé en actividades de seguridad y salud
- Me negué a realizar una tarea insegura o insalubre
- Debido a otra razón (favor de describir)

Favor de describir porque usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Cuáles razones le dio su empleador por las acciones adversas?

Favor de describir por qué usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió?

Favor de no incluir nombres de testigos o sus datos de contacto

### ¿CUANDO USTED SUFRIÓ LA ACCION ADVERSA, PARA QUIÉN TRABAJÓ?

Nombre de la compañía   
(requerido)

¿Es un empleador del sector privado o público? (Requerido)

- Privado
- Público

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a [www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió?

Favor de no incluir nombres de testigos o sus datos de contacto

### ¿CUANDO USTED SUFRIÓ LA ACCION ADVERSA, PARA QUIÉN TRABAJÓ?

Nombre de la compañía  
(requerido)

Hoopla, Inc.

¿Es un empleador del sector privado o público? (Requerido)

- Privado  
 Público

### ¿CUÁNDO USTED SUFRIÓ LA ACCIÓN ADVERSA, DONDE ESTUVO SU SITIO DE TRABAJO?

(ej., oficina en casa, sitio/estación oficial de trabajo; despacho, terminal sede)

Dirección de sitio de trabajo cuando ocurrió la represalia (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):

Calle: Calle

Ciudad: Ciudad

Estado: (requerido) Seleccione uno...

Código Postal: #####

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a [www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



Código Postal: #####

### ¿CÓMO PUEDE LA OSHA CONTACTAR A SU EMPLEADOR?

Nombre de empleador (si es diferente de "Nombre de compañía" arriba):

Nombre y título del gerente (para uso de contacto solamente)

Nombre:  Nombre de pila  Inicial  Apellido

Título:

Teléfono:  ### ## #  Ext

Nombre y Título de su Supervisor:

Nombre:  Nombre de pila  Inicial  Apellido

Título:

Dirección de envíos del empleador (si es diferente de la dirección del sitio de trabajo):

Calle:

Ciudad:

Estado:  Seleccione uno... ▼

Código Postal: #####

Teléfono del Empleador:  ### ## #  Alt Phone:  ### ## #

Fax del Empleador:  ### ## #  Alt Fax:  ### ## #

Correo electrónico del empleador:  Correo electrónico del empleador

Tipo de Negocio:  Tipo de Negocio

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a [www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)  
[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

Tipo de Negocio:

### ¿CÓMO PUEDE LA OSHA PONERSE EN CONTACTO CON USTED?

Nombre (Requerido):  INICIAL

Dirección de Envíos (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) (Requerido):

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Números de Teléfono (incluyendo código de área) (mínimo uno requerido):

Hogar:

Trabajo:  Ext

Celular:

Teléfono no disponible

Dirección de Correo Electrónico:

¿Otra persona de contacto?

Nombre:  INICIAL

Teléfono:

Método Preferido de Contacto:

Hora Preferida de Contacto:

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a \[www.whistleblowers.gov\]\(http://www.whistleblowers.gov\)](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)



### REPRESENTANTE DESIGNADO

¿Tiene usted un representante autorizado/designado (ej. Abogado, representante sindical)?

- No  
 Sí

¿Es usted el representante autorizado/designado (ej. Abogado, representante sindical) que está presentando la queja en nombre de el/la empleado/a?

- No  
 Sí

En el caso afirmativo de uno u otro, favor de proporcionar sus datos de contacto para el representante autorizado/designado:

Nombre:

Título:

Nombre de Organización (si hay):

Afiliación de Sindicato (si hay):

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono (día):

Correo Electrónico:

En elegir esta opción, certifico que el/la empleado/a nombrado/a me ha autorizado de actuar como su representante para presentar esta queja.

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono (día):  Ext:

Correo Electrónico:

En elegir esta opción, certifico que el/la empleado/a nombrado/a me ha autorizado de actuar como su representante para presentar esta queja.

### ¿CÓMO USTED NOS ENCONTRÓ?

¿Cómo se enteró sobre los Programas de Protección a Los Denunciantes de la OSHA? (favor de elegir todas las que aplican)

- Sitio web del Departamento de Trabajo (www.dol.gov)
- Sitio web de La OSHA (www.osha.gov)
- Empleado de La OSHA
- Referido por otra organización o agencia
- Sindicato/Unión
- Compañero de trabajo
- Amigo o Familiar
- Motor de búsqueda (ej. Google)
- Artículo de Noticias
- Conferencia o Evento de Industria
- Otro

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



En elegir esta opción, certifico que el/la empleado/a nombrado/a me ha autorizado de actuar como su representante para presentar esta queja.

### ¿CÓMO USTED NOS ENCONTRÓ?

¿Cómo se enteró sobre los Programas de Protección a Los Denunciantes de la OSHA? (favor de elegir todas las que aplican)

- Sitio web del Departamento de Trabajo (www.dol.gov)
- Sitio web de La OSHA (www.osha.gov)
- Empleado de La OSHA
- Referido por otra organización o agencia
- Sindicato/Unión
- Compañero de trabajo
- Amigo o Familiar
- Motor de búsqueda (ej. Google)
- Artículo de Noticias
- Conferencia o Evento de Industria
- Otro

### ENVÍO

Favor de revisar la información que usted ha ingresado para asegurar que está correcto. Usted puede cambiar cualquier respuesta como sea necesaria antes de enviar el formulario.

**AVISO: Es ilegal hacer cualquier declaración materialmente falsa, ficticia, o fraudulenta a una agencia de los Estados Unidos. Las violaciones pueden ser castigadas con multa o con encarcelación de no más de cinco años, o ambos. Véase 18 U.S.C. 1001(a); 29 U.S.C. 666(g).**

**Al hacer clic abajo en "ENVIE", usted certifica que la información en esta queja es verdadera y correcta a lo mejor de su conocimiento y creencia. Recuérdese que no se puede presentar una queja de denunciante con la OSHA en forma anónima. Si usted presenta una queja, la OSHA se pondrá en contacto con usted para conversar sobre la misma. Si la OSHA procede con la investigación, su empleador será notificado de su queja.**

[ENVIE su queja a La OSHA](#)

[Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



¿Dónde trabajó en el Departamento de Trabajo (whistleblower)?

- Sitio web de La OSHA (www.osha.gov)
- Empleado de La OSHA
- Referido por otra organización o agencia
- Sindicato/Unión
- Compañero de trabajo
- Amigo o Familiar
- Motor de búsqueda (ej. Google)
- Artículo de Noticias
- Conferencia o Evento de Industria
- Otro

### ENVÍO

Favor de revisar la información que usted ha ingresado para asegurar que está correcto. Usted puede cambiar cualquier respuesta como sea necesaria antes de enviar el formulario.

**AVISO: Es ilegal hacer cualquier declaración materialmente falsa, ficticia, o fraudulenta a una agencia de los Estados Unidos. Las violaciones pueden ser castigadas con multa o con encarcelación de no más de cinco años, o ambos. Véase 18 U.S.C. 1001(a); 29 U.S.C. 666(g).**

**Al hacer clic abajo en "ENVIE", usted certifica que la información en esta queja es verdadera y correcta a lo mejor de su conocimiento y creencia. Recuérdese que no se puede presentar una queja de denunciante con la OSHA en forma anónima. Si usted presenta una queja, la OSHA se pondrá en contacto con usted para conversar sobre la misma. Si la OSHA procede con la investigación, su empleador será notificado de su queja.**

[ENVIE su queja a La OSHA](#)

[Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov](#)

### ¡Queja Recibida!

¡Gracias! A partir de April 27, 2016 3:28 PM US Eastern Time, usted ha presentado una queja como denunciante frente a La OSHA usando nuestro sistema electrónico de presentación.

**Su número de referencia de envío de la queja es:**

Le sugerimos que usted imprima y guarde esta página para sus archivos.

[IMPRIMIR](#)

No es necesaria tomar ninguna acción adicional en este momento. Un representante de La OSHA se pondrá en contacto con usted usando la información de contacto que usted proveyó en su queja. Es muy importante que usted responda al contacto de seguimiento de la OSHA.

Agradecemos la oportunidad de estar a su servicio.

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us

