



Occupational Safety & Health Administration

A to Z Index

Contact Us

FAQs

What's New

For Workers ▾ For Employers ▾ Law & Regulations ▾ Data & Statistics ▾ Enforcement ▾ Training & Education ▾ News & Publications ▾ En Español

Menú Principal

Presenta una Queja

Hojas Informativas y Estadísticas

Estatutos

Regulaciones y Directivos

Comité Asesor

Contactos y Vínculos

En inglés

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:

- | | |
|---|--|
| ☐ Despido o cese en el empleo | ☐ Denegación de contratación o recontratación |
| ☐ Medidas disciplinarias | ☐ Evaluación negativa |
| ☐ Degradación / Reducción en horas | ☐ Amenazas de tomar cualquiera de las acciones arriba mencionadas |
| ☐ Suspensión | ☐ Acoso / Intimidación |
| ☐ Denegación de beneficios | ☐ Otro (por favor describelo) |
| ☐ 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

[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:

- | | |
|---|--|
| ☒ Despido o cese en el empleo | ☐ Denegación de contratación o recontratación |
| ☐ Medidas disciplinarias | ☐ Evaluación negativa |
| ☐ Degradación / Reducción en horas | ☐ Amenazas de tomar cualquiera de las acciones arriba mencionadas |
| ☐ Suspensión | ☐ Acoso / Intimidación |
| ☐ Denegación de beneficios | ☐ Otro (por favor descríbelo) |
| ☐ 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.)

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



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:

- | | |
|---|--|
| ☐ Llamé/presenté una queja frente a la OSHA | ☐ Reporté una lesión, una enfermedad, o un accidente |
| ☐ Llamé/presenté una queja frente a otra agencia | ☐ Participé en actividades de seguridad y salud |
| <input type="text" value="Nombre de Agencia Contactada"/> | ☐ Me negué a realizar una tarea insegura o insalubre |
| ☐ Me quejé con el empleador sobre condiciones, conducta, o prácticas ilegales | ☐ Debido a otra razón (favor de describir) |
| ☐ Testifiqué o proveí una declaración en un procedimiento (ej., una inspección o investigación del gobierno) | <div>Favor de describir porque usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)</div> |
| ☐ 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 | |

¿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

[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



- ☒ Llame/presente una queja frente a la OSHA
- ☐ Llame/presenté una queja frente a otra agencia
- ☐ 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

[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

[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: Título

Teléfono: ### ## ## Ext

Nombre y Título de su Supervisor:

Nombre: Nombre de pila Inicial Apellido

Título: Título

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

Calle: Calle

Ciudad: 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

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

Tipo de Negocio: Tipo de Negocio

¿CÓMO PUEDE LA OSHA PONERSE EN CONTACTO CON USTED?

Nombre (Requerido): Nombre de pila INICIAL Apellido

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

Calle: Calle

Ciudad: Ciudad

Estado: Seleccione uno...

Código Postal: #####

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

Hogar: ### ### #####

Trabajo: ### ### ##### Ext

Celular: ### ### #####

☐ Teléfono no disponible

Dirección de Correo Electrónico: Dirección de Correo Electrónico

¿Otra persona de contacto?

Nombre: Nombre de pila INICIAL Apellido

Teléfono: ### ### #####

Método Preferido de Contacto: Seleccione uno...

Hora Preferida de Contacto: Seleccione uno...

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a 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): 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.

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a 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

[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

Nombre de agencia/organizaciór

☐ Sindicato/Unión

☐ Compañero de trabajo

☐ Amigo o Familiar

☐ Motor de búsqueda (ej. Google)

☐ Artículo de Noticias

☐ Conferencia o Evento de Industria

☐ Otro

Favor de describirlo.

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 (www.dhs.gov)?

☐ Sitio web de La OSHA (www.osha.gov)

☒ Empleado de La OSHA

☐ Referido por otra organización o agencia

Nombre de agencia/organizaciór

☐ Sindicato/Unión

☐ Compañero de trabajo

☐ Amigo o Familiar

☐ Motor de búsqueda (ej. Google)

☐ Artículo de Noticias

☐ Conferencia o Evento de Industria

☐ Otro

Favor de describirlo.

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

