

11. ANEXOS

- Anexo 1.** Formulario que formaliza la Denuncia de Violencia Laboral Individual.
- Anexo 2.** Formulario que formaliza la Denuncia de Violencia Laboral Colectiva.
- Anexo 3.** Línea de tiempo
- Anexo 4.** Comprobante de denuncia
- Anexo 5.** Flujograma Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Central
- Anexo 6.** Flujograma Hospital Clínico San Borja Arriarán
- Anexo 7.** Flujograma Hospital de Urgencia Asistencia Pública
- Anexo 8.** Flujograma Hospital El Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada
- Anexo 9.** Flujograma Dirección de Atención Primaria
- Anexo 10.** Flujograma Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria (SAMU)
- Anexo 11.** Flujograma Centro de referencia de Salud de Maipú (CRS)
- Anexo 12.** Planilla de casos desestimados por Autoridad Máxima
- Anexo 13.** Personas trabajadoras que participaron en la construcción del presente protocolo.



Anexo N°1



FORMULARIO DE DENUNCIA INDIVIDUAL

Denuncia por hechos constitutivos de Violencia Laboral.

TIPO DE ATENTADO A LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS

De acuerdo al Protocolo, marque con una "X" la o las alternativas que corresponda al tipo de violencia laboral que se denuncia:

<input type="checkbox"/>	Acoso Laboral
<input type="checkbox"/>	Acoso Sexual
<input type="checkbox"/>	Otra conducta que atente a la dignidad
<input type="checkbox"/>	Desconozco la diferencia

IDENTIFICACIÓN DE LOS/AS INVOLUCRADOS/AS

Marque con una "X" la alternativa que corresponda respecto a quien realiza la denuncia:

<input type="checkbox"/>	Víctima (persona en quien recae la acción de violencia laboral)
<input type="checkbox"/>	Un/a tercera persona (pone en conocimiento el hecho de violencia, sin ser víctima de éste)
<input type="checkbox"/>	Denuncia Colectiva (más de dos S.A. informando sobre la existencia de violencia laboral con el/la misma persona denunciada)

* Si marca denuncia colectiva, pase al formulario de denuncia colectiva.

Datos personales de la víctima:

Nombre Completo			
Sexo de la víctima	MUJER	HOMBRE	NO ESPECIFICA
Cargo que desempeña			
Departamento o área de desempeño			
Relación contractual con Institución			
Establecimiento			
Teléfono de contacto			
Mail de contacto			

Datos personales del/la denunciado/a:

Nombre Completo	
-----------------	--



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

Sexo de la persona denunciada	MUJER	HOMBRE	NO ESPECIFICA
Cargo que desempeña			
Departamento o área de desempeño			
Relación contractual con institución (sólo en caso de estar en conocimiento)			
Establecimiento			
Datos de contacto si se manejan			

Datos personales de Tercera Persona (sólo en el caso que el/la denunciante no sea la víctima):

Nombre Completo	
Cargo que desempeña	
Departamento o área de desempeño	
Establecimiento	
Teléfono de contacto	
Mail de contacto	

RESPECTO A LA DENUNCIA

¿Cuál es el nivel jerárquico del/la denunciado/a respecto a la víctima?

Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nivel jerárquico superior |
| <input type="checkbox"/> | Igual nivel jerárquico |
| <input type="checkbox"/> | Nivel jerárquico inferior |
| <input type="checkbox"/> | Se desconoce |

¿La persona denunciada trabaja en el mismo espacio físico con la víctima?

Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sí |
| <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/> | Ocasionalmente. Describa con qué frecuencia _____ |

¿La víctima ha puesto en conocimiento a su superior inmediato sobre esta situación o a otro superior, si la persona denunciada es su jefatura? Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

- | | |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí |
| <input type="checkbox"/> | No |



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>



Se desconoce

NARRACIÓN DE LOS HECHOS

Se encontrará con un espacio para relatar hechos, no olvide lo siguiente:

- Cronología de las situaciones a narrar
- Especificar frecuencia y/o tiempo en que ocurrieron las situaciones descritas
- Identificar personas involucradas (denunciado/a - testigos) si se manejan datos de contacto, que éstos sean incluidos en cuadro al final del formulario.
- Dentro de los anexos del Protocolo, se agrega una línea de tiempo que puede facilitar el relato cronológico de los hechos, no es obligación utilizarla.
- Si requiere más espacio, puede incorporar las hojas que estime conveniente.

1. Describa las conductas manifestadas - en orden cronológico - por la persona denunciada que avalarían la acusación. Indique el/los hechos; las personas involucradas; el lugar donde ocurrió; tiempos de exposición al/los hechos y otros detalles que complementen la denuncia. Intente ser lo más específica/o posible.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

--

IDENTIFICACIÓN DE TESTIGOS

1.

Nombre Completo	
Cargo que desempeña	
Departamento o área de desempeño	
Establecimiento	
Teléfono de contacto	
Mail de contacto	

2.

Nombre Completo	
Cargo que desempeña	
Departamento o área de desempeño	
Establecimiento	
Teléfono de contacto	
Mail de contacto	

* Si requiere de más espacio para agregar otro/a testigo, anéxelo al final del formulario junto a otros documentos si



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con Ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

existiesen, en este formato.

ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS QUE ACREDITAN LA DENUNCIA

¿Con qué documentos o antecedentes cuenta, que acrediten su denuncia?
Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Ninguna evidencia específica
<input type="checkbox"/>	Testigos
<input type="checkbox"/>	Correos electrónicos
<input type="checkbox"/>	Documentos
<input type="checkbox"/>	Informe médico y/o psicológico
<input type="checkbox"/>	Otros medios de prueba

Señale cuáles: _____

Señale los documentos que adjunta en la presente denuncia, indicando el nombre del documento y el número de páginas.

--

¿La víctima solicitó apoyo del Equipo de acogida y orientación?
Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Desconozco quien cumple ese rol en mi establecimiento

Nombre y Firma del/la Denunciante

Fecha de entrega del documento ____ / ____ / ____



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>



Anexo N° 2

FORMULARIO DE DENUNCIA COLECTIVA

Denuncia por hechos constitutivos de Violencia Laboral.

TIPO DE ATENTADO A LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS

De acuerdo al Protocolo, marque con una "X" la o las alternativas que corresponda al tipo de violencia laboral que se denuncia:

<input type="checkbox"/>	Acoso Laboral
<input type="checkbox"/>	Acoso Sexual
<input type="checkbox"/>	Otra conducta que atente a la dignidad
<input type="checkbox"/>	Desconozco la diferencia*

IDENTIFICACIÓN DE LOS/AS INVOLUCRADOS/AS

Marque con una "X" la alternativa que corresponda respecto a quien realiza la denuncia:

<input type="checkbox"/>	Un/a Tercera persona (pone en conocimiento el hecho de violencia, sin ser víctima de éste)
<input type="checkbox"/>	Denuncia Colectiva (más de dos personas informando sobre la existencia de violencia laboral con el/la misma persona denunciada)

Datos personales de las víctimas:

Incluir los datos de todas las personas identificadas como víctimas en cuadros diferenciados entre sí.

PERSONA 1

Nombre Completo			
Sexo de la víctima	MUJER	HOMBRE	NO ESPECIFICA
Cargo que desempeña			
Departamento o área de desempeño			
Relación contractual con Institución			
Establecimiento			
Teléfono de contacto			
Mail de contacto			

PERSONA 2



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

Nombre Completo			
Sexo de la víctima	MUJER	HOMBRE	NO ESPECIFICA
Cargo que desempeña			
Departamento o área de desempeño			
Relación contractual con Institución			
Establecimiento			
Teléfono de contacto			
Mail de contacto			

PERSONA 3

Nombre Completo			
Sexo de la víctima	MUJER	HOMBRE	NO ESPECIFICA
Cargo que desempeña			
Departamento o área de desempeño			
Relación contractual con Institución			
Establecimiento			
Teléfono de contacto			
Mail de contacto			

Datos personales del/la denunciado/a:

Nombre Completo			
Sexo de la persona denunciada	MUJER	HOMBRE	NO ESPECIFICA
Cargo que desempeña			
Departamento o área de desempeño			
Relación contractual con institución			
Establecimiento			
Datos de contacto si se manejan			

RESPECTO A LA DENUNCIA

Cuál es el nivel jerárquico del/la denunciado/a respecto a las víctimas?

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>



Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Nivel jerárquico superior
<input type="checkbox"/>	Igual nivel jerárquico
<input type="checkbox"/>	Nivel jerárquico inferior
<input type="checkbox"/>	Se desconoce

¿La persona denunciada trabaja en el mismo espacio físico con las víctimas?
Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente. Describa con qué frecuencia _____

¿Las víctimas han puesto en conocimiento a su superior inmediato sobre esta situación o a otro superior, si la persona denunciada es su jefatura? Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Se desconoce

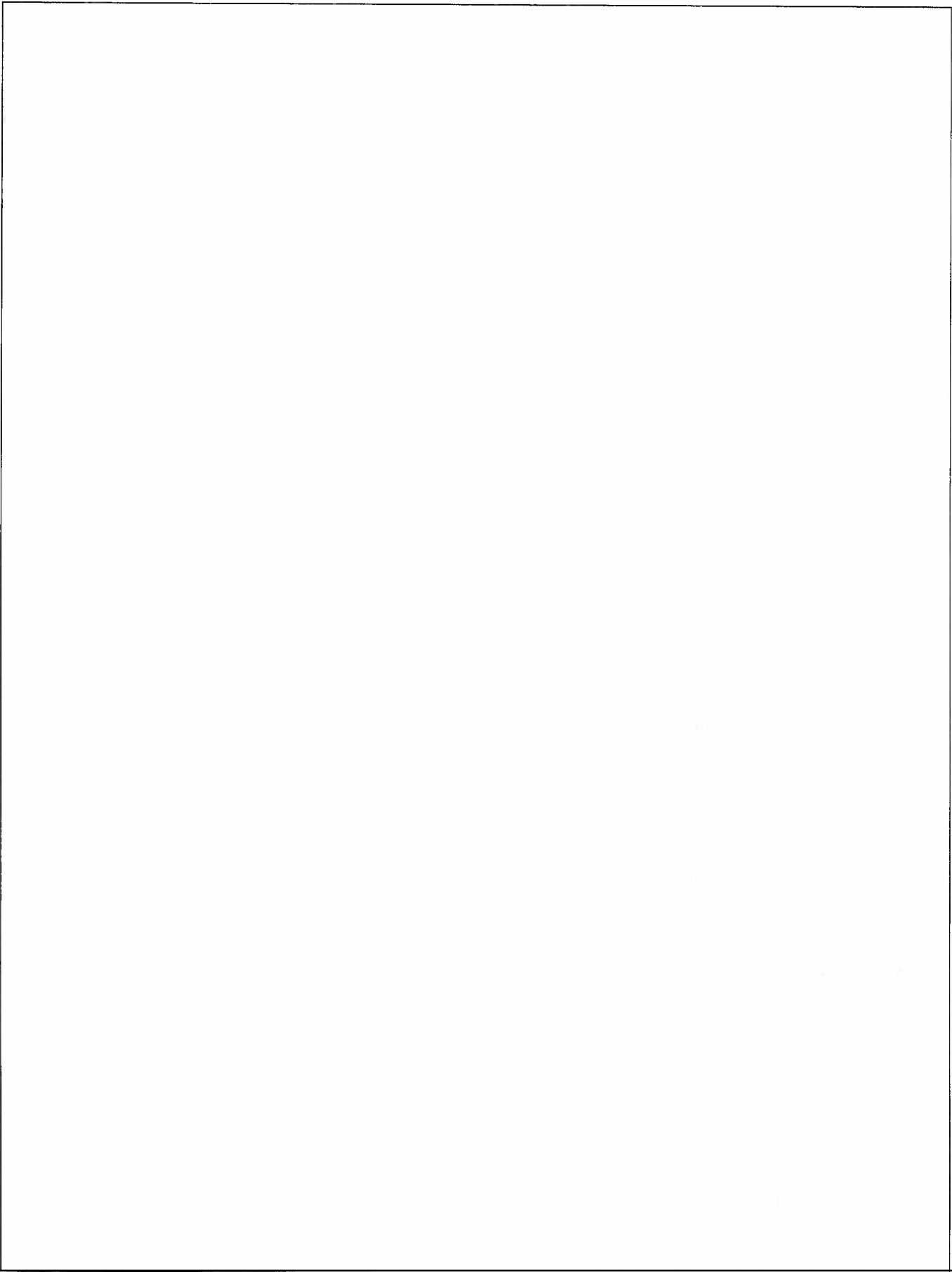
NARRACIÓN DE LOS HECHOS

Se encontrarán con un espacio para relatar hechos, no olviden lo siguiente:

- Cronología de las situaciones a narrar.
- Especificar la frecuencia y/o tiempo en que ocurrieron las situaciones descritas.
- Identificar personas involucradas (denunciado/a - testigos) si se manejan datos de contacto, que éstos sean incluidos en cuadro al final del formulario.
- Dentro de los anexos del Protocolo, se agrega una línea de tiempo que puede facilitar el relato cronológico de los hechos, no es obligación utilizarla.
- Si requieren más espacio, pueden incorporar las hojas que estimen convenientes.

1. Describan las conductas manifestadas - en orden cronológico - por la persona denunciada que avalarían la acusación. Indique el/los hechos; las personas involucradas; el lugar donde ocurrió; tiempos de exposición al/los hechos y otros detalles que complementen la denuncia. Intente ser lo más específica/o posible.





Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

--

IDENTIFICACIÓN DE TESTIGOS

Testigo 1

Nombre Completo	
Cargo que desempeña	
Departamento o área de desempeño	
Establecimiento	
Teléfono de contacto	
Mail de contacto	

Testigo 2

Nombre Completo	
Cargo que desempeña	
Departamento o área de desempeño	
Establecimiento	
Teléfono de contacto	
Mail de contacto	



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

* Si requieren de más espacio para agregar otro/a testigo, anéxelo al final del formulario junto a otros documentos si existiesen, en este formato.

ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS QUE ACREDITAN LA DENUNCIA

¿Con qué documentos o antecedentes cuentan, que acrediten su denuncia?
Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Ninguna evidencia específica
<input type="checkbox"/>	Testigos
<input type="checkbox"/>	Correos electrónicos
<input type="checkbox"/>	Documentos
<input type="checkbox"/>	Informe médico y/o psicológico
<input type="checkbox"/>	Otros medios de prueba

Señalen cuáles: _____

Señalen los documentos que adjuntan en la presente denuncia, indicando el nombre del documento y el número de páginas.

¿Las víctimas solicitaron apoyo del Equipo de acogida y orientación?
Marque con una "X" la alternativa que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Desconocemos quien cumple ese rol en el establecimiento

Nombres y Firmas quienes denuncian

Fecha de entrega del documento ____ / ____ / ____



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

Anexo N.º 3

Como instrumento de ayuda, usted cuenta con una línea de tiempo para delimitar los hechos y frecuencia del acoso laboral, sexual y /o violencia en el trabajo. Para que esta hoja sea utilizada de forma beneficiosa se le recomienda dividir la línea de tiempo en pasado y presente con la intencionalidad de precisar fechas aproximadas (año, mes, día) y su frecuencia (2 veces por semana, por ejemplo).

Ejemplo:





ANEXO N° 4

PROTOCOLO DE DENUNCIA POR VALS **Comprobante Recepción/Entrega de Documento**

FOLIO:

Se entrega sobre cerrado NO ___ SI ___

Fecha ___/___/___

Receptor/a
Nombre – Firma – Timbre

Recordar el aspecto confidencial del documento. En caso de incumplimiento, se está sujeto a responsabilidad administrativa de acuerdo con el DFL N°29, 2005 (Estatuto Administrativo, Ministerio de Hacienda).



PROTOCOLO DE DENUNCIA POR VALS **Comprobante Recepción/Entrega de Documento**

FOLIO:

Se entrega sobre cerrado NO ___ SI ___

Fecha ___/___/___

Receptor/a
Nombre – Firma – Timbre

Recordar el aspecto confidencial del documento. En caso de incumplimiento, se está sujeto a responsabilidad administrativa de acuerdo con el DFL N°29, 2005 (Estatuto Administrativo, Ministerio de Hacienda).



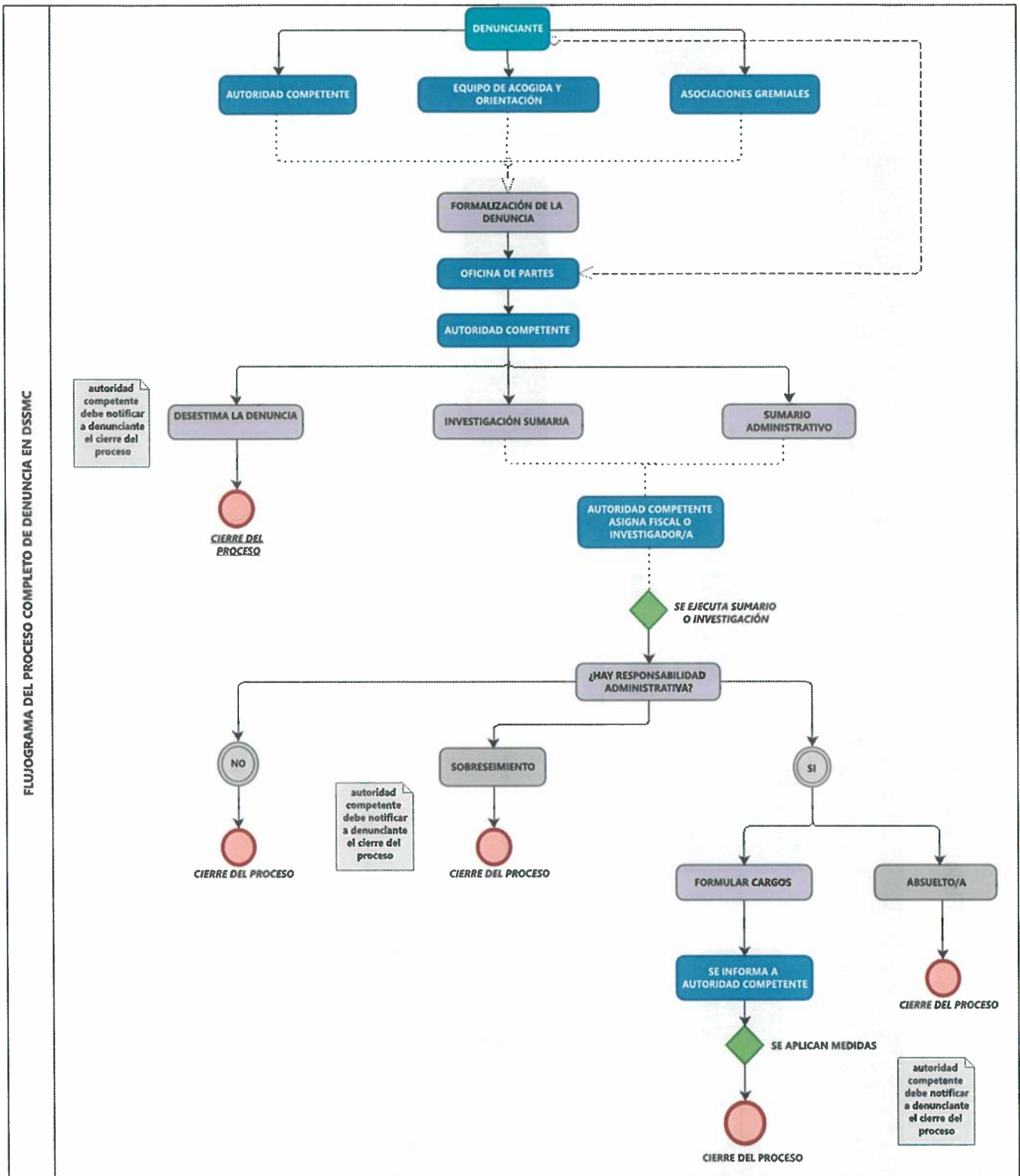
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

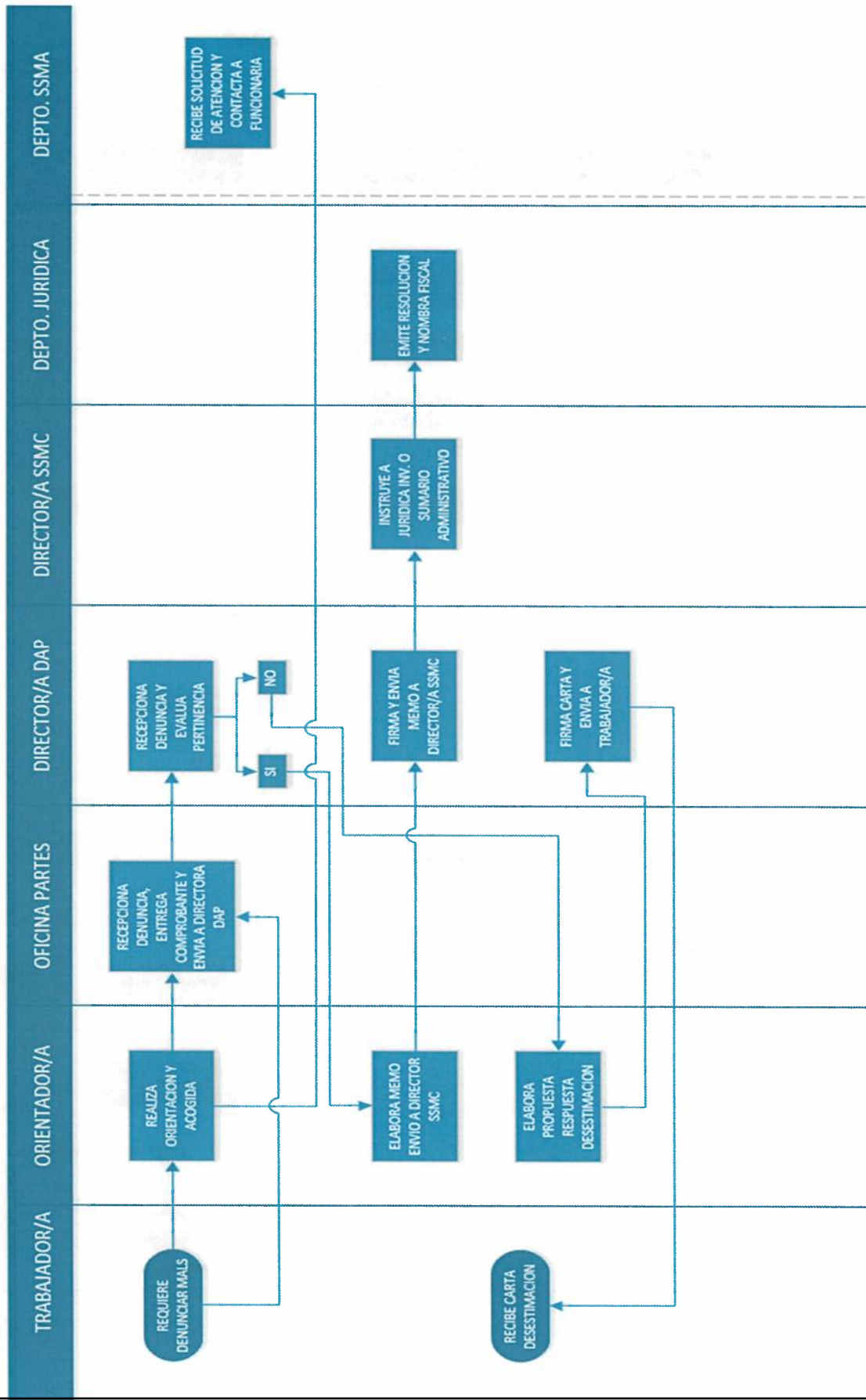
ANEXO N.º 5

Flujograma de Denuncia en DSSMC



ANEXO N.º 6

Flujograma de denuncia Dirección de Atención Primaria



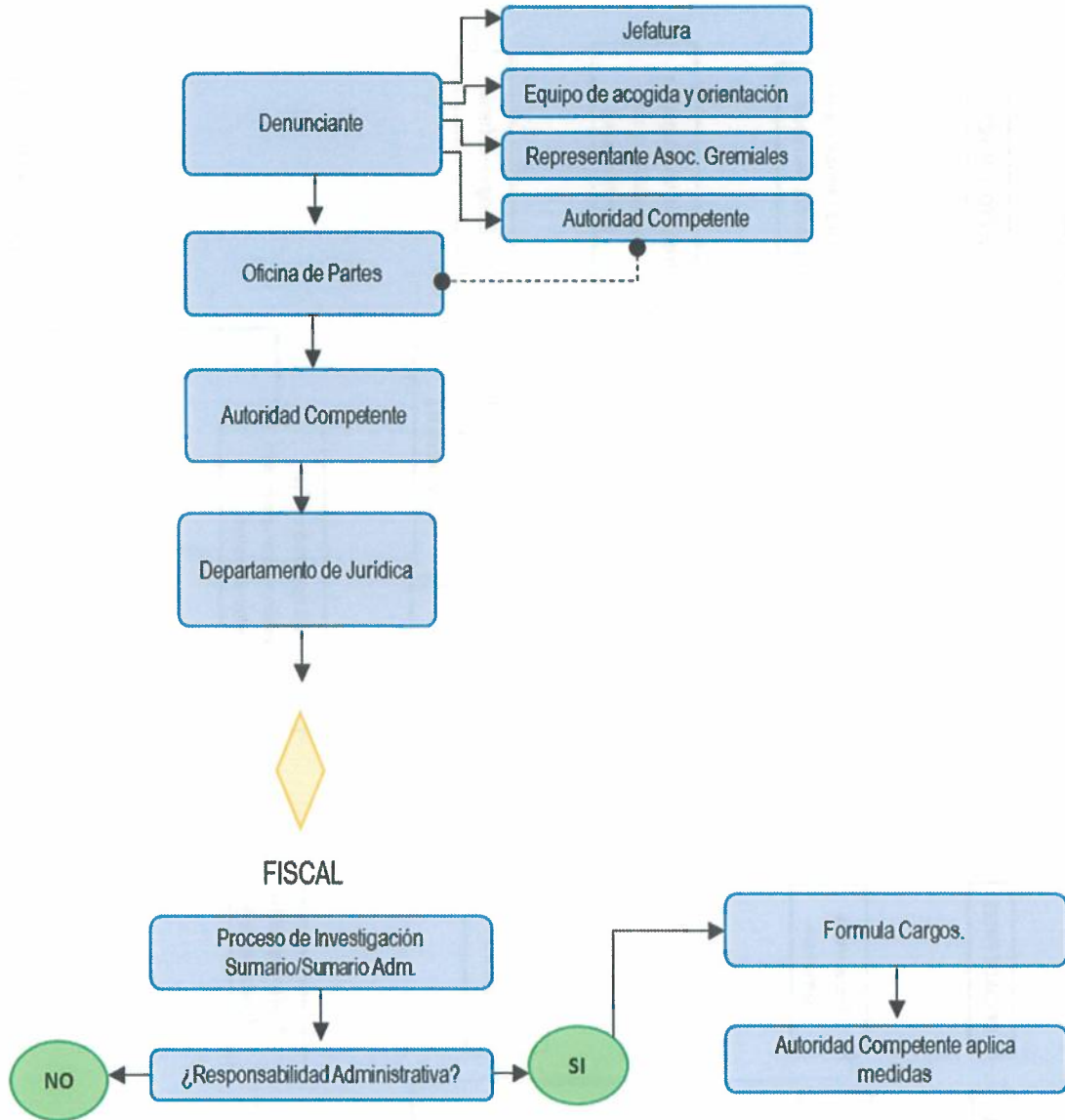
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

ANEXO N.º 7

Flujograma de denuncia Hospital de Urgencias Asistencia Pública



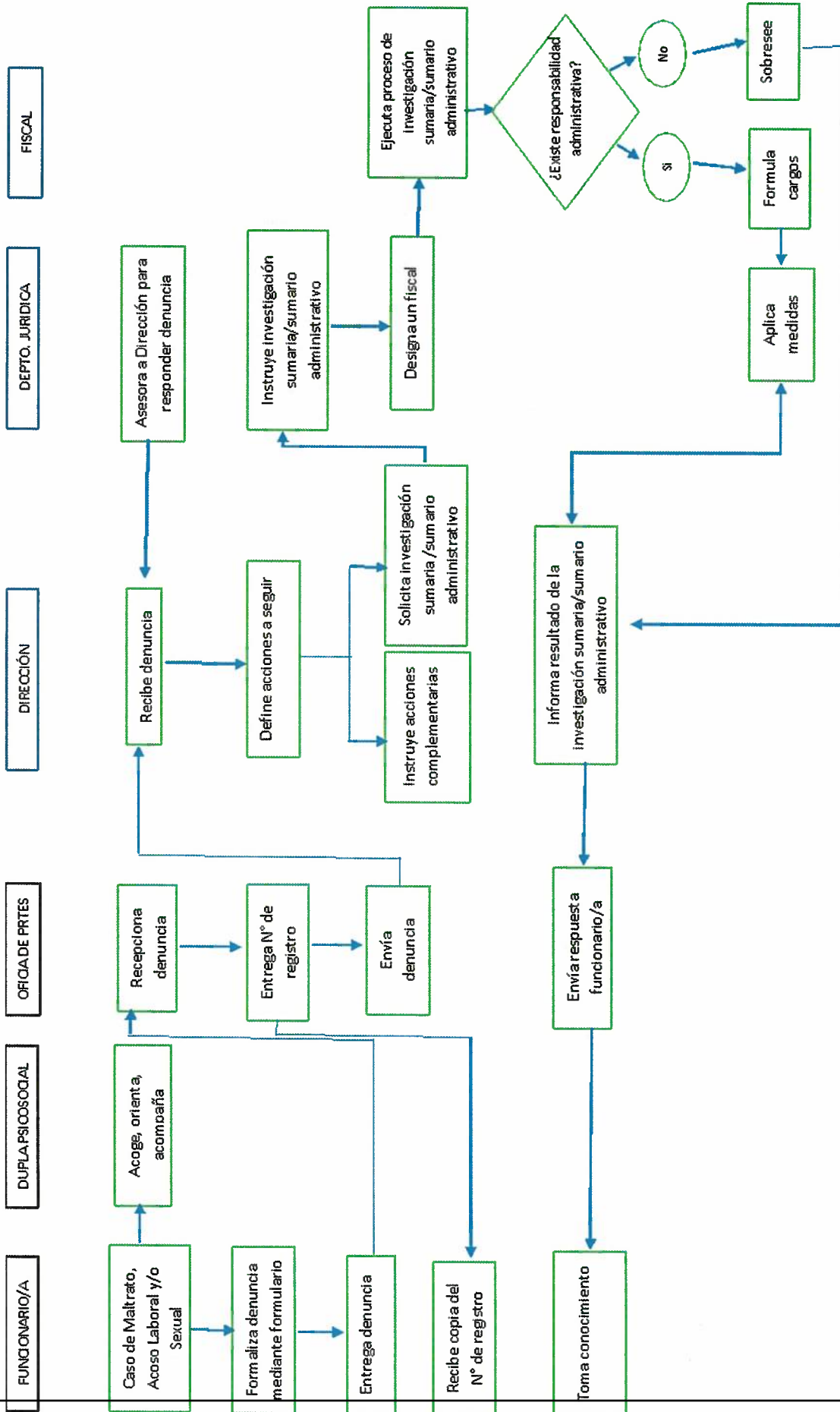
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

ANEXO N.º 8

Flujograma de denuncia Hospital El Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada



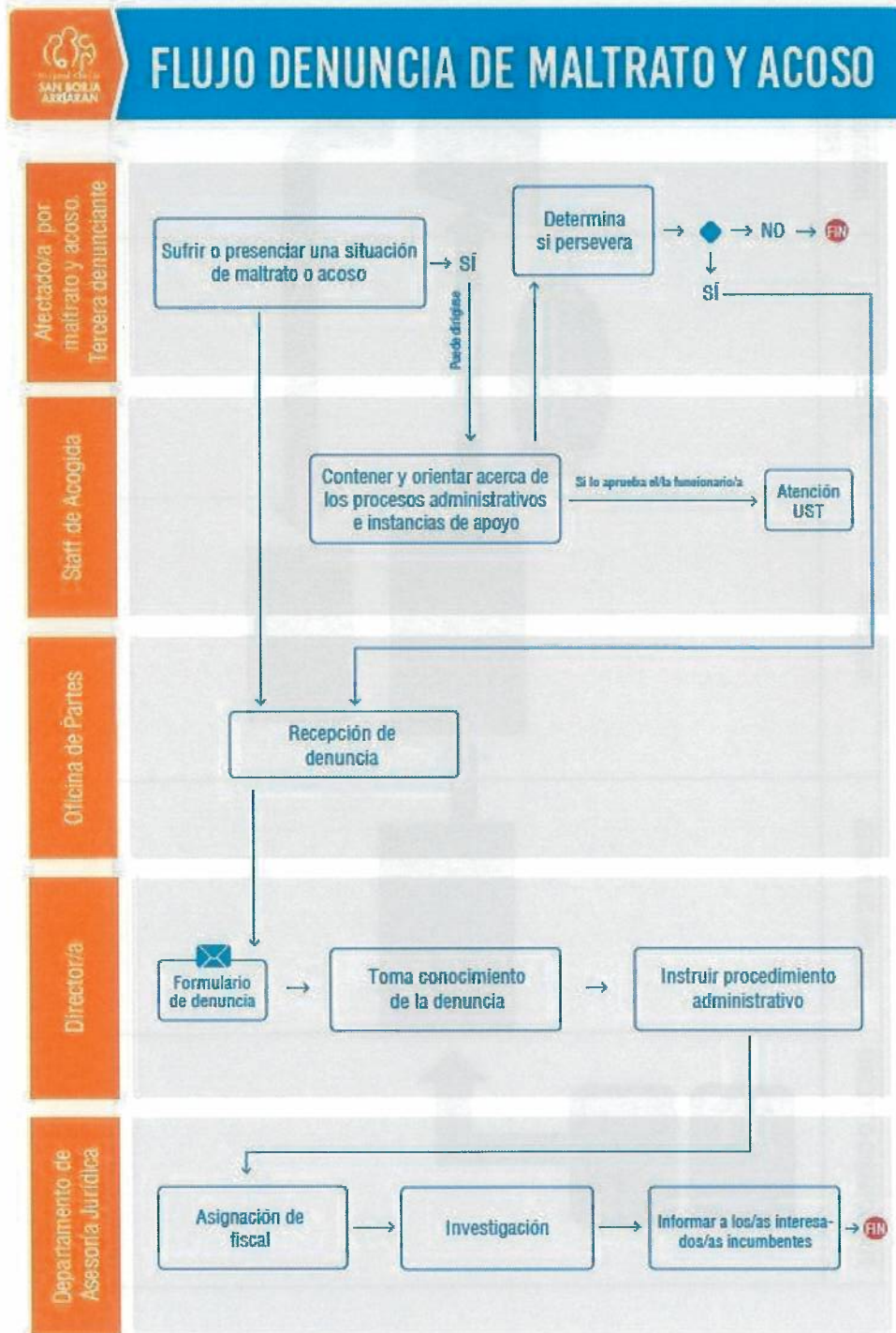
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

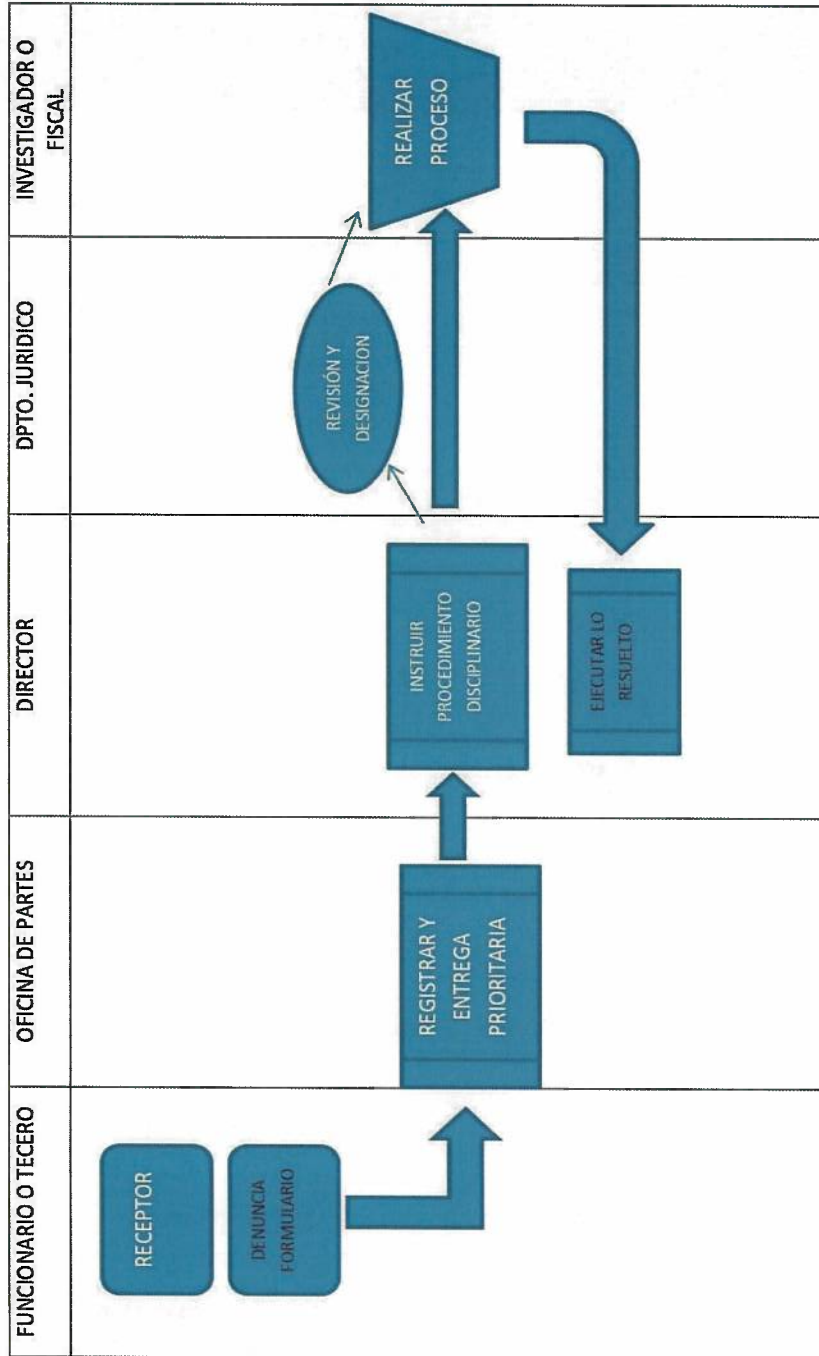
<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

ANEXO N.º 9

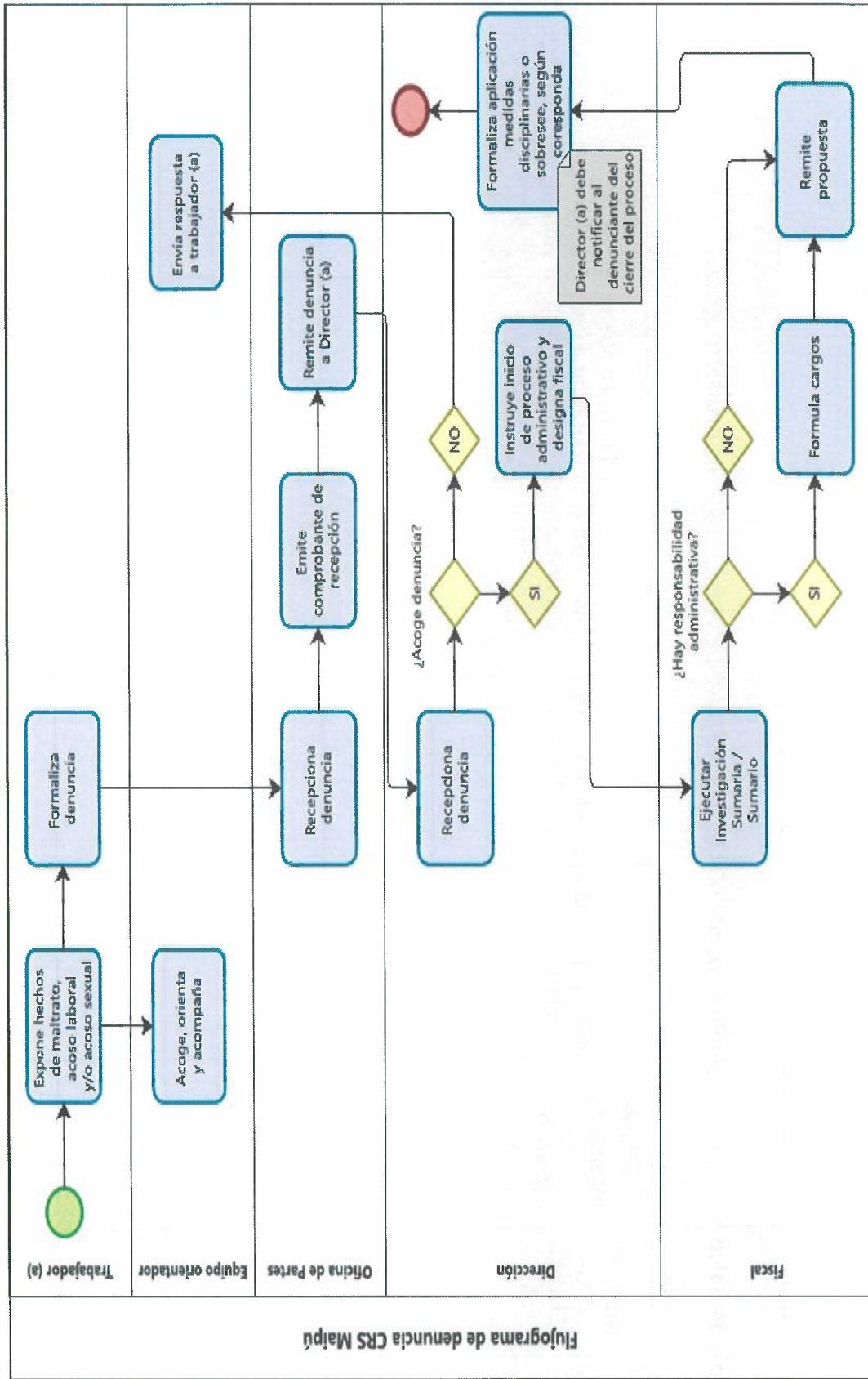
Flujograma de denuncia Hospital Clínico San Borja Arriarán



ANEXO N° 10
Flujograma de denuncia Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria (SAMU)



ANEXO N° 11
Flujograma de denuncia Centro de Referencia de Salud de Maipú (CRS MAIPÚ)



ANEXO N° 12

(Planilla de Casos desestimados por Autoridad Máxima de establecimientos a reportar)

Servicio de Salud		SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL – ESTABLECIMIENTO XXXX							
Número	MOTIVO DE LA DENUNCI A	Fecha de recepción de la documentación	Fundamento del desistimiento	Fundamento de desistimiento	Acciones sugeridas	Fecha en que se desestima y se informa de acciones	N° documento formal de cierre	Nombre de responsable en ejecutar las acciones	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

ANEXO N° 13

Colaboradores/as en la elaboración, actualización y revisión del presente documento
(Actualización 2023)

1. Comisión estable

Nombre	Departamento	Establecimiento
Isadora Neira Molina	Depto. Salud, Seguridad y Medio Ambiente / RT Violencia Laboral	DSSMC
Maximiliano Becker Gatta	Depto. Salud, Seguridad y Medio Ambiente	DSSMC
Rosario lobos Aedo	Depto. Salud, Seguridad y Medio Ambiente	DSSMC
Ingrid Pizarro	Salud Mental	CRS Maipú
Gabriela Gómez	D.O. / RT Violencia Laboral	HCSBA
Monserat Flores	Desarrollo Organizacional	HCSBA
Richard Figueroa	Asesoría Jurídica	HUAP
Elizabeth Gutiérrez	Equipo Salud Mental Trabajadora	HUAP
Cynthia Araya	CVL / RT Violencia Laboral	HEC
Emilia Hidalgo	CVL / RT Violencia Laboral	DAP
Alexis Carrión	CVL / RT Violencia Laboral	SAMU
Francisco Quilodrán	Ex funcionario Asesoría Jurídica	DSSMC



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>

2. Trabajo en conjunto a representantes de los equipos de Jurídica de la Red:

Nombre	Departamento	Establecimiento
Cristóbal Toro	Jefe Depto. Jurídica	HCSBA
Leyla Merino	Encargada S.A. – Depto Jurídica	HCSBA
Tatiana Bustos	Jefa Depto. Jurídica	HEC
Emilia Hidalgo	RT Violencia Laboral	DAP
Guillermo González	Ex Jefe Depto. Jurídica	DSSMC
Adehemir Castro	Actual Jefe Depto. Jurídica	DSSMC
Ricardo Lavigne	Depto. Asesoría Jurídica	DSSMC
Eliseo Pavez	Depto. Asesoría Jurídica	DAP
María Paz Palacios	Jefa Depto. Jurídica	SAMU
Bárbara Gutiérrez	Encargada S.A. Violencia Laboral / Dpto. Jurídica	SAMU
Camilo Valenzuela	Depto. asesoría Jurídica	HUAP
Valentina Rubio	Depto. Asesoría Jurídica	HUAP



3. Presentación estado y avances del documento, recepción de sugerencias:

<u>Nombre</u>	<u>Departamento</u>	<u>Establecimiento</u>
Joel Espina	Depto. de Seguridad y Salud en el Trabajo	DIGEDEP - MINSAL
Claudia López	Depto. de Seguridad y Salud en el Trabajo	DIGEDEP - MINSAL
Ximena Morlans	Directora del Servicio de Salud	SMMC
José Rojas	Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas	DSSMC
Adehemir Castro	Jefe de Asesoría Jurídica	DSSMC
Felipe Cortés	Jefe Calidad de Vida Laboral y Referente Técnico de Buen Trato	DSSMC
Equipos Directivos	Se realizó la presentación por parte de la Referencia Técnica de cada establecimiento al equipo directivo, donde todos y todas informaron avances, cambios y se recibieron sugerencias, las cuales la mayoría fueron incluidas.	SAMU DAP HEC HUAP HCSBA
Oficinas de Partes	Cada referencia Técnica se acercó a su equipo de Oficina de Partes para informar sobre designación formal como receptores/as de denuncias, a través de Res. Ex.	SAMU DAP HEC HUAP HCSBA DSSMC



4. Asociaciones Gremiales que asistieron a la presentación del borrador

ASOCIACIONES GREMIALES	ESTABLECIMIENTOS
ASENF - AFHEC	HEC y CRS MAIPÚ
FENATS - APRUSS	HUAP
ASEF - APRUSS - ASOC. DE F. N° 1 - FENTES - FENATS	HCSBA
ASOFUN - FENATS 1 - AFUSAP - ADFDAP - TRASALUD	DAP
APRUSS - AFUSA - ASOFUN - AFPYNP	Dirección



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/DEEWQ4-753>



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

