



**HOSPITAL  
CLAUDIO  
VICUÑA**  
SAN ANTONIO

Ministerio de Salud  
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio  
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio  
Unidad Control de Gestión  
DOA/CSS/RVO/OP/PVV/lac.  
Reg. Int. N°60/2022

**RESOLUCIÓN EXENTA N°  
SAN ANTONIO,**

2307 26.08.2022

**VISTOS:**

Disposiciones contenidas en Ley N° 19.937 del 24 de Febrero 2004 del Ministerio de Salud; D.F.L. N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Resolución CGR N°6 29.03.2019; reglamento aprobado por D.S. N° 140/04 del Ministerio de Salud; las facultades que me confiere el D.S. N° 38/2005, que aprueba Reglamento Orgánico de Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de Establecimientos de Autogestión en Red y Resolución Toma de Razón N° 3416 de 25/05/2006 y Resolución Exenta N° 4214 06.09.2021 ambas del Servicio Salud Valparaíso San Antonio.

**CONSIDERANDO:**

- Resolución Exenta N° 2829 del 24.09.2020 Donde se ratifica "Procedimiento Interno de denuncia y sanción del acoso laboral y sexual" aprobado bajo Resolución Exenta N° 4375 14.08.2019. según protocolo vigente en su versión N°3, emanado de Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio para el hospital Claudio Vicuña.
- Resolución Exenta N° 4375 14.08.2019 donde se aprueba la versión N°3 del "Procedimiento Interno de denuncia y sanción del maltrato laboral, acoso laboral y acoso sexual" del Servicio de Salud Valparaíso — San Antonio. Vigente para el hospital Claudio Vicuña de San Antonio.

**RESOLUCION:**

**1° COMPLEMENTESE:** Resolución Exenta N° 2829 24.09.2020 que ratifica "Procedimiento Interno de denuncia y sanción del acoso laboral y sexual" vigente para el hospital Claudio Vicuña de San Antonio, con las siguientes designaciones y anexos:

**2° ACTUALICÉSE:** Designación para el año 2022 como orientadores de denuncias a los siguientes profesionales titulares y suplentes del hospital Claudio Vicuña de San Antonio:

Titular : Francis Caroca Caroca.  
Suplente: Claudia Campos Ahumada.

Titular : Rodolfo Soto Silva.  
Suplente: Rodrigo Albornoz Zúñiga.

**3° INCORPÓRESE:** "FORMATO DE ACTA DE DENUNCIA" Aprobado, mediante la presente Resolución Exenta, que se adjunta como ANEXO N° 2, y se adiciona junto a "Hoja de Registro Orientación por MALS" Anexo N°1. Ambos forman parte integrante de procedimiento vigente del hospital Claudio Vicuña de San Antonio.

**4° FISCALICÉSE:** por Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas Hospital Claudio Vicuña, el fiel cumplimiento de protocolo, dentro de lo establecido en "Procedimiento Interno de denuncia y sanción del acoso laboral y sexual"

**5° INSTRUYASE:** Un amplio despliegue y difusión interna de su accionar en la comunidad funcionaria, con objeto de Fortalecer la Promoción y Prevención del Maltrato Acoso laboral y sexual (MALS).-

**NOTIFÍQUESE Y DIFÚNDASE,**

**DANIEL OLIVARES ACUÑA  
DIRECTOR (S)  
HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA**

**DISTRIBUCION:**

Director	Unidad Control de Gestión	AFUCOM
SD Gestión Asistencial	Auditoría Interna	Francis Caroca Caroca
SD Gestión y Desarrollo de las Personas	Asesoría Jurídica	Claudia Campos Ahumada
SD Gestión Administrativa y Financiera	Calidad de Vida Laboral	Rodolfo Soto Silva
SD Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Salud Ocupacional-Gestión Ambiental-Prevención de Riesgos	Rodrigo Albornoz Zúñiga
SD Gestión del Cuidado	Salud Funcionaria	Oficina de Partes
CR Atención Abierta	MULTIGREMIAL	
CR Atención Cerrada	AFUTENS	
CR Atención Emergencia	APRUS	





**ACTA DE DENUNCIA**  
**ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL**  
**SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ el/la Funcionario/a responsable de la (orientación de denuncia) espacio de acogida del establecimiento \_\_\_\_\_ del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

➤ **IDENTIFIQUE EL TIPO DE SITUACIÓN QUE LE AFECTÓ Y DA ORIGEN A SU DENUNCIA (marque con una X la alternativa que corresponda):**

- Acoso sexual       Acoso laboral       Maltrato Laboral
- Acoso Sexual y Acoso Laboral       Maltrato y Acoso Laboral
- Otra conducta que atente contra la dignidad de las personas

➤ **IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE (marque con una X la alternativa que corresponda):**

PERSONA AFECTADA (Persona en quien recae la acción de Maltrato, Acoso Laboral y/o Acoso Sexual) \_\_\_\_\_

DENUNCIANTE (Persona que efectúa una denuncia, ya sea que se encuentre directamente afectado, o que se trate de un tercero que realiza la denuncia a petición por escrito de la persona afectada)  
\_\_\_\_\_

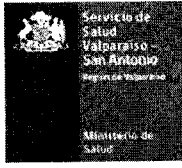
Para su tramitación, provee los siguientes antecedentes:

**DATOS DENUNCIANTE O PERSONA AFECTADA**

Nombre completo			
RUT			
Unidad a la que pertenece			
Cargo / Estamento			
Teléfono personal		Teléfono institucional	
Correo electrónico			
Nombre jefatura directa			
Cargo jefatura directa			

**DATOS DENUNCIADO**

Nombre completo	
Unidad a la que pertenece	
Cargo (estamento)	
Nombre jefatura directa denunciante	
Cargo jefatura directa denunciante	



**ACTA DE DENUNCIA**  
**ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL**  
**SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO**

A continuación, le pedimos que escriba con claridad, marcando la o las alternativas correspondientes a su caso y respondiendo las preguntas a continuación.

**1. Relación jerárquica respecto al denunciante:**

Inferior nivel jerárquico     Igual nivel Jerárquico     Superior Nivel Jerárquico

**2. ¿Usted trabaja directamente con el/la denunciado/a?**

SI     NO     Otro, especificar \_\_\_\_\_

**3. ¿Con qué frecuencia ha ocurrido?**

Una sola vez     Varias veces     De manera continua hasta la presente fecha

En caso de haber sido una sola vez, precise:

Fecha	Hora	Lugar

En caso de haber ocurrido el hecho en varias ocasiones o que hasta la presente fecha siga sucediendo, precise el periodo de tiempo aproximado:


**4. La actitud de la persona que (EJERCER O EJERCIÓ VIOLENCIA ORGANIZACIONAL) acosó fue:**

Abierta y clara     Amenazante     Discreta y sutil     Todas las anteriores

Otra, describir \_\_\_\_\_

**5. La reacción inmediata de usted ante la(s) conducta(s) de esa persona fue:**

Lo confronté     Lo ignoré     Otro, describir \_\_\_\_\_

**6. Cuando acontecieron los hechos, motivo de la presente denuncia, señale si:**

Nadie los presenció  
 Los presenció una persona  
 Los presenciaron dos o más personas



**HOSPITAL  
CLAUDIO  
VICUÑA**  
SAN ANTONIO

Ministerio de Salud  
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio  
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio  
Unidad Control de Gestión  
DOA/CSS/RVO/CJP/PVV/lac.  
Reg. Int. N°60/2022



**ACTA DE DENUNCIA**  
**ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL**  
**SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO**

7. En caso de que una o más personas hayan sido testigos de los hechos, proporcione los datos de éstos:

NOMBRE COMPLETO	UNIDAD	CARGO

8. ¿Qué cambios en su situación laboral se dieron a partir de los hechos?

Sigue Igual  
 Es tensa e incómoda  
 Fui asignado/a en otra área  
 Otras,  
 describir \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. ¿De qué forma le afectaron los hechos denunciados?

Emocional  
 Social  
 Física  
 Laboral  
 Todas las anteriores  
 Otras,  
 describir \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. ¿Le afectaron los hechos en su rendimiento laboral durante el tiempo que se presentaron?


11. ¿Usted identifica alguna situación en particular que pueda haber iniciado este proceso?  
Puede que no identifique nada y puede saltarse esta pregunta




**HOSPITAL  
CLAUDIO  
VICUÑA**  
SAN ANTONIO

Ministerio de Salud  
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio  
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio  
Unidad Control de Gestión  
DOA/CSS/RVO/CJP/PVV/lac.  
Reg. Int. N°60/2022



**ACTA DE DENUNCIA**  
**ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL**  
**SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO**

12. ¿Comunicó estos hechos a su superior jerárquico?

<input type="checkbox"/>	SI	Fecha aproximada	<input style="width: 350px; height: 25px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	NO, explique	_____	
<input type="checkbox"/>	Otra ¿Quién?	_____	

13. ¿Le afectaron los hechos en su vida personal? Especifique


14. Para acreditar lo descrito anteriormente, cuenta con:

<input type="checkbox"/>	Ningún antecedente específico
<input type="checkbox"/>	Documentos (cartas, pantallazos, mails, etc.)
<input type="checkbox"/>	Testigos
<input type="checkbox"/>	Otros, especificar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Detalle las acciones de las que usted considera haber (vivido violencia organizacional) sido víctima en la hoja adjunta. Le sugerimos la redacte en computador para mayor claridad (no creo que corresponda la sugerencia, ya que, en la red hay funcionarios/as que no puedan tener acceso a computador y de igual manera quieran denunciar)

Como denunciante me hago responsable de los contenidos vertidos en esta denuncia y declaro conocer las consecuencias estipuladas en el artículo 125 letra d) del Estatuto Administrativo y en la legalidad vigente.

Todo lo cual ratifica con su firma:

\_\_\_\_\_

Firma Denunciante



**HOSPITAL  
CLAUDIO  
VICUÑA**  
SAN ANTONIO

Ministerio de Salud  
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio  
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio  
Unidad Control de Gestión  
DOA/CSS/RVO/CJP/PVV/lac.  
Reg. Int. N°60/2022



**ACTA DE DENUNCIA**

**ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL**

**SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO – SAN ANTONIO**

**Detalle las acciones de las que considera haber sido víctima, este adjunto también debe ser firmado por la/el denunciante.**

**ACTA DE DENUNCIA DE MALTRATO LABORAL, ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL  
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS SSVSA**

[Empty box for reporting details]