República de Chile
Provincia de Linares
Juridico salud

DECRETO EXENTO Nº 05920/2024 /

PARRAL, 21 de Noviembre de 2024

VISTO:

1).- Decreto Exento N° 5408 de fecha 22 de octubre del 2024, que designa Alcalde subrogante por orden de prelación a don Francisco Pinochet Romero.

2).- Decreto Exento Nº 5869 de fecha 19 de noviembre del 2024, que delega en el Director del Departamento de Salud Municipal la facultad para firmar bajo la fórmula "Por orden del Alcalde".

3).- Norma general administrativa N°28 sobre "Agresiones al personal de atención en Establecimientos de Salud".-

4).- Ley N°21.188 que "modifica cuerpos legales que indica para proteger a los profesionales y funcionarios de los establecimientos de salud y a los profesionales, funcionarios y manipuladores de alimentos de los establecimientos educacionales".-

5).- Ley N° 16.744 que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.-

6).- Ley N°20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas con acciones vinculadas a su atención de salud.-

7).- Constitución Política de la República, Capítulo III, "De los derechos y deberes constitucionales", artículo 19.-

8).- Código Penal, libro II, Título VIII, crímenes y simples delitos contra las personas".-

9).- Ley N°18.883 "Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales"

10).- La Ley Nº 19.378 "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal"

11).-Ley Nº 18.575 "Ley Orgánica Constitucional de Bases de la Administración del Estado"

12).-Ley Nº 18.695. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores.

CONSIDERANDO:

1.- Que, debido al aumento de agresiones verbales hacia los y las funcionarias que atienden en los diversos Centros del Departamento de Salud Municipal de Parral, y a fin de otorgar mayor seguridad y resguardo para nuestras funcionarias y funcionarios, se ha confeccionado el presente Reglamento que establece el procedimiento frente a agresiones al personal de salud de atención primaria del Departamento de Salud de la comuna de Parral.-

DECRETO

APRUEBESE:

1.- APRUEBESE, el siguiente Reglamento de Procedimiento frente a agresiones al personal de salud de atención primaria del Departamento de Salud de la comuna de Parral:

INTRODUCCIÓN

El presente documento, establece el procedimiento de acción para enfrentar agresiones que puedan sufrir los funcionarios/as y/o prestadores de servicios a honorarios y/o alumnos en práctica del Departamento de Salud por ejercicio directo de su labor, atención domiciliaria o en establecimientos de Atención Primaria de Salud por parte de los usuarios y/o acompañantes.

Se abordará este tema desde 3 perspectivas distintas:

1. **Medidas preventivas frente a situaciones de agresión**, relacionado con acciones generales que se pueden realizar para evitar y/o mitigar la ocurrencia de agresiones.
2. **Procedimiento frente a hechos de agresión**, que contempla una serie de acciones y medidas ante una situación de agresión.
3. **Medidas posteriores a situaciones de agresión**, que contempla una serie de prácticas para contribuir a mitigar

el impacto negativo derivado de un hecho de agresión, y realizar los seguimientos respectivos.

El conjunto de estas medidas pretende ser un marco que guíe el accionar de los establecimientos, a través de gestiones y ejercicios concretos, tales como: desarrollo de habilidades personales, apoyo psicológico en situaciones de agresión, contención y orientación a las víctimas y establecer canales formales de comunicación ante estas situaciones, con la finalidad de evitar consecuencias psicosociales negativas en las y los funcionarios que se desempeñan en el Departamento de Salud de la comuna de Parral.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Establecer acciones a ejecutar para prevenir, actuar y apoyar a funcionarios/as y/o prestadores de servicios a honorarios y/o alumnos en práctica del Departamento de Salud de la Comuna de Parral en caso de incidentes de agresión por parte de usuario/as y/o acompañantes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Contribuir a la prevención de situaciones de agresión que puedan sufrir las y los funcionarios del Departamento de salud de la comuna de Parral por parte de los usuario/as y/o sus acompañantes, con la finalidad de disminuir el impacto de la agresión física y psicológica en el personal.
- Entregar lineamientos procedimentales ante la ocurrencia de un hecho de agresión hacia las y los funcionaros del Departamento de Salud, a fin de orientar y regular las acciones necesarias que resguarden el bienestar de las y los afectados.
- Contribuir a mitigar las consecuencias negativas relacionadas a un hecho de agresión, a través de medidas de atención, intervención oportuna y seguimiento de los casos.

ALCANCE

Este protocolo está dirigido a las y los funcionarios de los establecimientos del Departamento de Salud de la comuna de Parral, independiente de su calidad contractual, asimismo a las personas que laboren en él, en calidad de prestadores de servicios a honorarios o las/os que estén realizando pasantía o práctica en el referido Departamento, que hayan presenciado o vivido un incidente de agresión, a causa del ejercicio de su labor de trabajo.

TITULO I

DEFINICIÓN Y TERMINOLOGÍA

En virtud de lo establecido en la legislación vigente, y para efectos de la aplicación del presente protocolo, se entenderá por:

- **AGRESIÓN:** toda conducta hostil ejecutada por usuarias/os o cualquier persona ajena al establecimiento de salud y dirigida hacia las/los funcionarias/os, con la intención de causar daño.

Podemos clasificarla en:

a. **Agresión Cibernética o Ciber-acoso:** todo ataque que consista en utilizar la tecnología para amenazar, avergonzar, criticar, difamar, menoscabar o humillar a una/un funcionaria/o de salud, con motivo u ocasión del ejercicio de sus funciones.
b. **Agresión Verbal:** toda frase, palabra, o conjunto de palabras proferidas con la intención de socavar la dignidad de una/un funcionaria/a de salud con motivo u ocasión del ejercicio de sus funciones mediante gritos, insultos, ofensas, lenguaje de connotación sexual, injurias o amenazas.
c. **Agresión Física:** toda acción ejecutada mediante armas, elementos corporales o contundentes dirigidas contra las/los funcionarias/os de salud, con motivo u ocasión del ejercicio de sus funciones, y cuyo objetivo es provocar daño efectivo a la vida o integridad física. Dentro de estas se incluye palizas, patadas, bofetadas, tironeo, empujones, tocaciones o agarrones, mordiscos, pellizcos, acoso sexual, entre otros.

- **DENUNCIANTE:** Persona que pone en conocimiento de la autoridad competente, un hecho constitutivo de agresión.
- **DENUNCIADO:** Persona contra la cual se formula la denuncia.
- **VÍCTIMA:** Persona o Personas en quienes recae la acción de agresión.
- **RECEPTOR/A DE LA DENUNCIA:** Persona facultada mediante resolución por la autoridad respectiva para recibir la denuncia.
- **JEFE DIRECTO,** se entiende como la persona que firma la autorización de los permisos respectivos del o la funcionaria.
- **SITUACIONES DE RIESGO DE AGRESIÓN:** Se consideran aquellas circunstancias en las que confluyen determinados factores socio-ambientales favorecedores de un clima propenso a generar comportamientos intencionados con tendencia a producir daño físico o psíquico a otra persona.
- **PRESTAR APOYO:** Contención, apoyo y/o acompañamiento que debe prestar el Director o el Encargado del Establecimiento a aquel funcionario que haya sido objeto de una agresión, y cuyo objetivo es recuperar el equilibrio emocional, prevenir la aparición de secuelas psicológicas, y realizar el monitoreo y seguimiento respectivo con las herramientas que entrega el Departamento de Salud a través de sus distintas unidades.-
- **OAL:** Organismo Administrador de la Ley 16.744 que dice relación con el “Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales”.

- **DAU:** Datos de atención de Urgencia.
- **DIAT:** Denuncia Individual de Accidente del Trabajo.
- **DIEP:** Denuncia Individual de Enfermedad Profesional.
- **OIRS:** Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias
- **FAF:** Formulario de Agresiones Funcionarias.
- **NUMERO AMBULANCIA ACHS:** 1404
- **NUMERO SAMU:** 131
- **NUMERO CARABINEROS:** 133
- **NUMERO POLICIA DE INVESTIGACIONES DE CHILE:** 134

TITULO II

MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE AGRESIONES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Para prevenir agresiones a los miembros del equipo de salud debemos considerar:

- Un trabajo con la comunidad:
- Trabajo continuo con agente comunitario, consejo de desarrollo de salud y comités de salud rural.
- Facilitar el acceso a OIRS (Recordar que es quien Orienta; Informa; y recibe Reclamos y Sugerencias)
- Potenciar redes sociales para el desarrollo de actividades comunitarias como punto de encuentro entre la comunidad y el equipo de salud
- Detallar, dar a conocer la canasta de prestaciones a la comunidad y el Reglamento Interno de cada Establecimiento.
- Realizar jornadas de trabajo con la comunidad a través del programa de participación.

- Un mejoramiento interno: establecer en el programa de capacitación, actividades cuyo objetivo sea educar al equipo de salud en habilidades de comunicación e información a usuarios y familias tales como:
- Principios básicos de la comunicación en situaciones difíciles
- Elementos que facilitan y dificultan la comunicación
- Enseñar diferentes técnicas sobre la asertividad.
- La escucha activa
- La comunicación no verbal
- Técnicas y habilidades de negociación
- Autocontrol emocional y manejo del estrés
- Manejo y resolución de conflictos
- Autocuidado del personal de APS
- Apoyo social y trabajo en equipo, etc.
- Sistema PER CAPITA

- Mejoras en la infraestructura para el resguardo de los funcionarios, por ejemplo:
- Mejorar la iluminación
- Incorporar cámaras de seguridad
- Implementar botones de pánico
- Nombrar un encargado de turno de extensión horaria.
- Llevar un libro de novedades por cada Centro de salud.
- Perfeccionar el manejo de las demandas de atención, y de agendas.
- Renovar y reforzar elementos de protección personal de seguridad.

- Implementar canales y códigos de comunicación interno.

TITULO III

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE AGRESIONES FUNCIONARIAS

AGRESION: Se ejecuta la conducta hostil por parte de la usuaria/o y/o por su acompañante hacia las/los funcionarias/os del Departamento de Salud con la intención de causar daño.

PRIMER APOYO: En el momento, el primer apoyo y contención al funcionario/a que haya sido objeto de una agresión, debe prestarse por parte del funcionario/a más próximo al hecho. En conjunto deberán no contestar la agresión, tratar de explicar la situación y si no es posible llegar a un entendimiento retirarse del lugar e informar al Director o Encargado del Establecimiento a fin de que éste trate de mediar y resolver el conflicto (por ejemplo, tomar las medidas administrativas necesarias con respecto a la continuidad de la atención; evaluar suspender agenda o atención clínica

hasta garantizar la seguridad del personal de salud; y/o si el hecho es grave llamar a Carabineros de Chile, Seguridad Municipal y/o a la Policía de Investigaciones para que concurran al lugar).

INFORMAR: Una vez transcurrido el hecho el Director o Encargado del Establecimiento deberá:

1.- Remitir al Prevencionista de Riesgos, dentro del **plazo de 4 horas** el formulario DIAT (cuando exista una agresión física) o el formulario DIEP (cuando exista una agresión verbal). En el caso de los prestadores de servicios a honorarios derivarlos al Prevencionista de Riesgos, para que él los asesore de como presentar de manera online los formularios ante el Organismo Administrador al que estén afiliados.

2.- Asegurarse, cuando la situación lo amerite, de que el funcionario/a afectado/a sea acompañado por otro funcionario, al Centro Asistencial más cercano.-

3.- Asegurarse de que el funcionario/a u otro que designe deje registro del hecho de agresión en la ficha clínica respectiva.-

4.- Remitir el formulario FAF a la unidad de Personal de Salud, con copia al Prevencionista de Riesgos.

5.- Realizar la denuncia respectiva ante Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones o ante el Ministerio Público o Fiscalía Local de Parral, la que deberá llevar el nombre completo, Rut, domicilio de a lo menos 2 involucrados y la redacción de los hechos lo más completo posible (fecha, hora, lugar del hecho, relato de lo ocurrido y datos de los involucrados (víctima y victimario)).-

6.- Solicitar seguimiento del caso a la unidad de Personal, quien a través de su Programa Saludablemente y/o Prevención de Riesgos y/o Comités Paritarios, según corresponda, serán los encargados de efectuar el monitoreo del funcionario/a una vez ocurridos los hechos.-

ASESORÍAS: Las Unidades de Prevención de Riesgos y Jurídica podrán, en caso de ser requerido por los Directores o Encargados de Establecimientos, asesorar y orientar en el llenado de formularios o en materias atingentes a su área de especialización.-

MONITOREO: La unidad de Personal, a través de su Programa Saludablemente y/o Prevención de Riesgos y/o Comités Paritarios serán los encargados de efectuar el monitoreo del funcionario/a una vez ocurridos los hechos, los cuales deberán ir dejando registros para su constancia y respaldo.

ACTIVIDADES POSTERIORES A LA AGRESIÓN: Se podrán coordinar a través de los Comités Paritarios acciones de apoyo e intervención y generar retroalimentación con Director y/o Encargado de Establecimiento según corresponda; proponer las medidas correspondientes para mejorar la seguridad del personal en el establecimiento; asesorar a los funcionarios/as en medidas de prevención; y, realizar evaluaciones de riesgos en las instalaciones que comprometan la seguridad de los funcionarios/as.-

TITULO IV

MEDIDAS POSTERIORES A SITUACIONES DE AGRESIÓN A LOS FUNCIONARIO/AS DE SALUD

Si bien las medidas preventivas y las medidas inmediatas que se adopten ante los hechos de agresión, así como el trabajo individual con los afectados son fundamentales, no se debe descuidar que posterior a la ocurrencia de hechos de agresión, el establecimiento debe tomar medidas que conlleven a cambios organizacionales para reducir y/o evitar la incidencia de estas situaciones. Esto implica un proceso de autocrítica y autoevaluación constante, cuyo objetivo se basa en mejorar el sistema de atención a usuario/as, buscando el bienestar de los funcionario/as.

Para generar estos cambios, existe una serie de alternativas que la organización puede adoptar, en conjunto con los Comités Paritarios, tales como:

- Generar ajustes según el contexto de las medidas ya implementadas con anterioridad, identificando puntos de mejora factibles de realizar.
- Prestar atención a las necesidades e ideas de mejoras locales que surgen a partir de la situación ocurrida, implementarlas en la medida de la factibilidad de éstas, dando prioridad a las que cubren necesidades directas relacionadas con el hecho. Recordar que cuando se implementan ideas que surgen a nivel local, éstas suelen tener mayor impacto y efectividad debido al componente participativo de las mismas.
- Considerar la implementación de las medidas preventivas sugeridas, las cuales pueden servir como orientación de ideas que se pueden ejecutar.
- Solicitar el apoyo de las redes disponibles.

Durante el proceso de implementación de medidas, es importante no descuidar la comunicación y retroalimentación constante de los avances y novedades acerca de éstas, a fin de no generar vacíos o expectativas que no se cumplan.

TITULO V

REGLAS GENERALES

Todas las personas que ingresen a los establecimientos de salud deberán cuidar las instalaciones y

equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención, respondiendo de los perjuicios que se generen, según las reglas generales.

Las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos, administrativos u otros relacionados y que se desempeñan en el área de Salud.

Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten.

El trato irrespetuoso o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento para requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública para restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas, sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan.

También se podrá ordenar el cambio de Establecimiento de salud del paciente que incurra en maltrato o en actos de violencia en contra de los funcionarios/as de Salud, siempre que ello no ponga en riesgo su vida o su salud.

La autoridad del establecimiento podrá requerir el auxilio de la fuerza pública en caso de indicios graves que permitan presumir respecto de una o más de las personas que se encuentran en el establecimiento, que pudieran atentar contra la vida o la integridad de los miembros del equipo de salud, y con la finalidad de restaurar el normal desenvolvimiento de las actividades desarrolladas en éste**.**

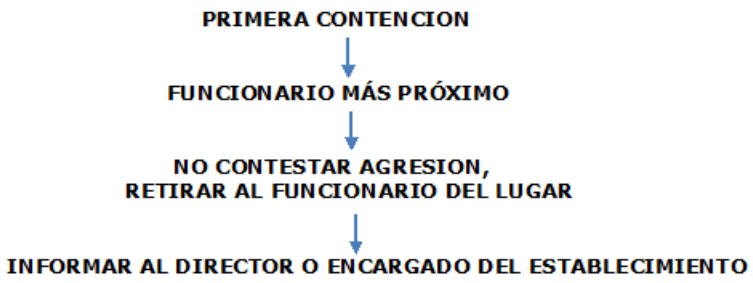
Las lesiones inferidas a los profesionales y funcionarios de los establecimientos de salud, al interior de sus dependencias o mientras éstos se encontraren en el ejercicio de sus funciones o en razón, con motivo u ocasión de ellas, serán sancionadas: con presidio mayor en sus grados mínimo a medio en los casos del número 1° del artículo 397; con presidio menor en su grado máximo en los casos del número 2° del artículo 397; con presidio menor en su grado medio en los casos del artículo 399; con presidio menor en su grado mínimo si las lesiones que se causaren fueren leves; todos del Código Procesal Penal.

En los casos en que se maltratare corporalmente de manera relevante a las personas señaladas en el inciso anterior, la pena será de prisión en su grado máximo y multa de una a cuatro unidades tributarias mensuales.".

TITULO VI

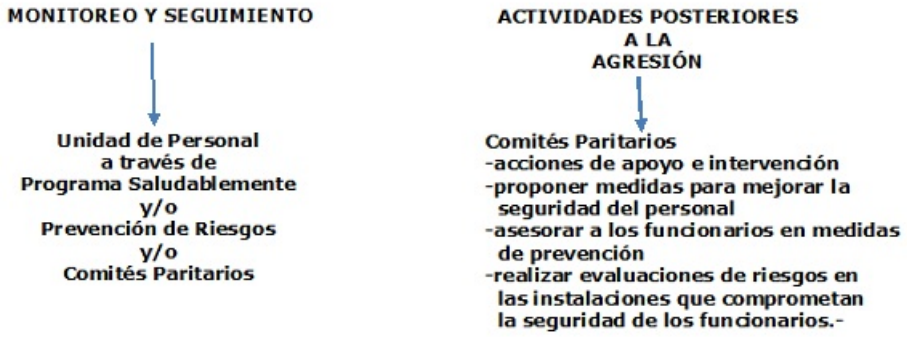
FLUJOGRAMA

FLUJOGRAMA PRIMERA CONTENCION



FLUJOGRAMA DIRECTOR O ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO

FLUJOGRAMA MONITOREO Y SEGUIMIENTO



TITULO VII

ANEXOS

I.- FORMULARIO FAF

F.A.F.

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE AGRESIONES HACIA LOS FUNCIONARIOS DE LA SALUD PÚBLICA.

Este documento debe ser completado por el Jefe Directo del Afectado, escrito con letra imprenta y legible.

I. IDENTIFIQUE TIPO(S) DE AGRESIÓN(ES): (marque la alternativa más representativa con una "X").					
TIPOS DE AGRESIÓN FÍSICA EFECTIVA:	Agresión Física: con arma de fuego		TIPOS DE AGRESIÓN VERBAL EFECTIVA:	Sexual verbal (uso de lenguaje con connotación sexual u obscena).	
	Agresión Física: con arma blanca			Amenazas u hostigamientos.	
	Agresión Física: con objeto contundente			Insultos o garabatos.	
	Agresión Física: golpes, patadas, empujones			Burlas o descalificaciones.	
	Agresión Física Sexual: tocaciones, agarrones, etc.			Descalificaciones, injurias, calumnias por redes sociales.	
	Ataque contra la infraestructura.				

II. ANTECEDENTES DE LA AGRESIÓN:					
Fecha:		Hora:		Comuna:	
Establecimiento:			Unidad/Servicio/Sector:		
Servicio de Salud:					

III. IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADO:												
Nombre completo:												
Llenado para Funcionarios/as de APS:							*Llenado Funcionarios/as de Hospitales:*					
Estamento. (Marque con una "X")	(f) Aux.	(e) Adm.	(d) Tec.	(c) Tec. Sup.	(b) Prof	(a) Med. Otros	Estamento. (Marque con una "X")	Aux.	Adm.	Tec.	Prof.	Ley Med.
Indique cual							Indique cual					
Run:							Fecha nacimiento:				Edad:	
Domicilio:												
Teléfono:							Correo electrónico:					
Mutualidad:	ISL.		Mutual de Seguridad.				ACHS.		IST.		Sin mutualidad.	

IV. DATOS DE EL/LA AGRESOR/A (*de ser posible*):				
Tipo de agresor/a:	Paciente	Familiar/acompañante del paciente	Paciente de Salud Mental	Otro/a
Nombre completo:				
Run:			Sector:	
Domicilio:			Teléfono:	

V. TESTIGOS DEL CONFLICTO:			
Nombre completo (T1):			
Run:		Teléfono:	
Nombre completo (T2):			
Run:		Teléfono:	

F.A.F.

VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS.

VII. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE.

VIII. FIRMAS:	
FIRMA FUNCIONARIO/A AFECTADO/A.	FIRMA JEFATURA DIRECTA.

Resguardar Confidencialidad
VERSIÓN 5.0

ORIGINAL (entregar copia a funcionario)

PÁGINA 2 DE 2

II.- FORMULARIO DIAT

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Folio:

Código del Caso | Fecha de Emisión

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social | RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) | Comuna | Número de Teléfono

Actividad Económica | N° de Trabajadores: Hombres / Mujeres | Propiedad de la Empresa: ☐ Pública ☐ Privada

Tipo de Empresa: ☐ Principal ☐ Contratista ☐ Subcontratista ☐ De Servicios Transitorios

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno | RUN

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) | Comuna | Número de Teléfono

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer | Edad | Fecha de Nacimiento: / /

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:
☐ Alacalufe ☐ Colla ☐ Quechua ☐ Otro - Cuál ?
☐ Atacameño ☐ Diaguita ☐ Rapanui
☐ Aimara ☐ Mapuche ☐ Yamana (Yagán) ☐ Ninguno

Nacionalidad | Profesión u Oficio

Antigüedad en la Empresa: ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

Tipo de Contrato: ☐ Indefinido ☐ Plazo Fijo ☐ Por Obra o Faena ☐ Temporada

Tipo de Ingreso:
☐ Remuneración Fija
☐ Remuneración Variable
☐ Honorarios

Categoría Ocupacional: ☐ Empleador ☐ Trabajador Dependiente ☐ Trabajador Independiente ☐ Familiar no Remunerado ☐ Trabajador Voluntario

C. Datos del Accidente

Fecha del Accidente: / / | Hora del Accidente: ☐ A.M. ☐ P.M. | Hora de Ingreso al Trabajo: ☐ A.M. ☐ P.M. | Hora de Salida del Trabajo: ☐ A.M. ☐ P.M.

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) | Comuna

Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente:

Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.):

Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:

Señale cuál era su trabajo habitual:

¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? ☐ SI ☐ NO

Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley): ☐ Grave ☐ Fatal ☐ Otro

Tipo de Accidente: ☐ Trabajo ☐ Trayecto

Si es accidente de Trayecto, responda:

Tipo de accidente de Trayecto:
☐ Domicilio - Trabajo
☐ Trabajo - Domicilio
☐ Entre dos Trabajos

Medio de Prueba: ☐ Parte de Carabineros ☐ Declaración ☐ Testigos ☐ Otro

Detalle del Medio de Prueba

D. Identificación del Denunciante

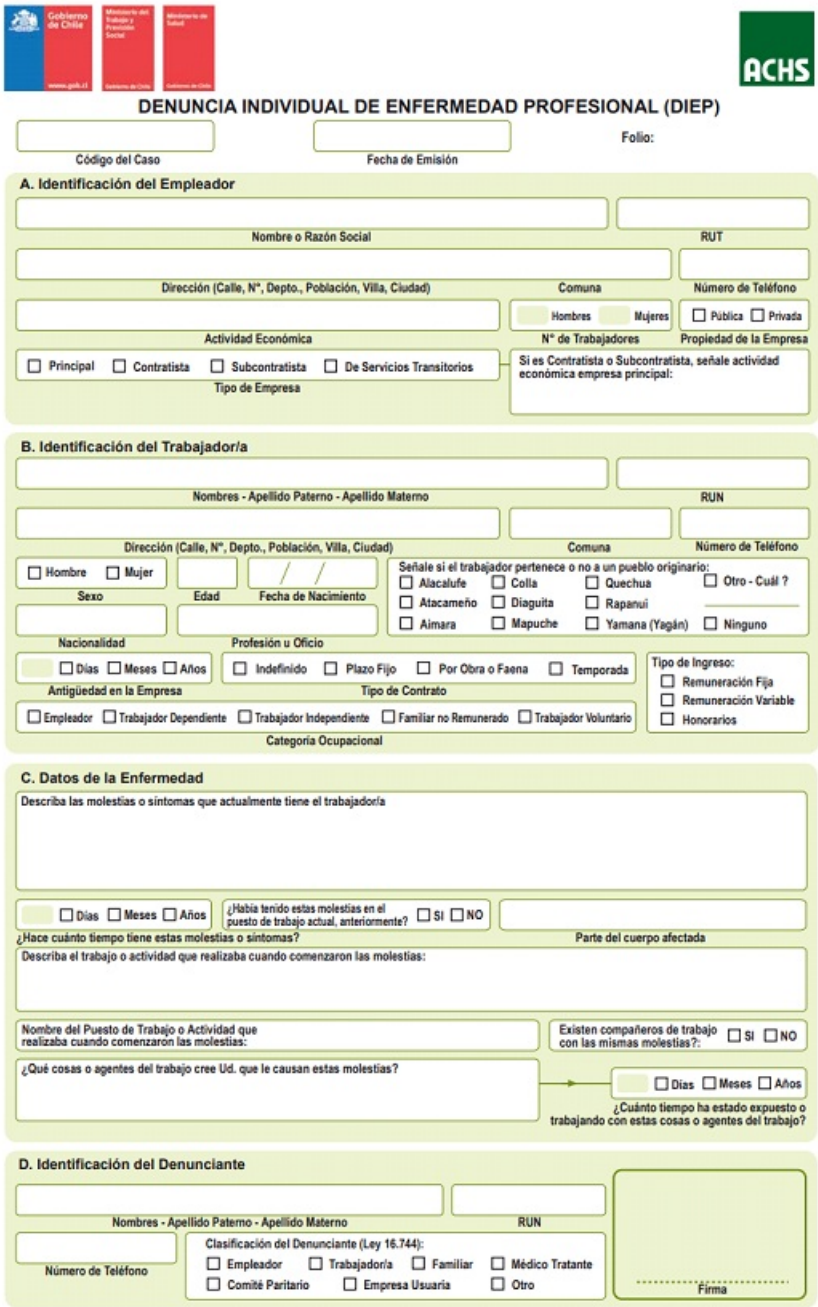
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno | RUN

Número de Teléfono

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):
☐ Empleador ☐ Trabajador/a ☐ Familiar ☐ Médico Tratante
☐ Comité Paritario ☐ Empresa Usuaria ☐ Otro

Firma

III.- FORMULARIO DIEP



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Código del Caso | Fecha de Emisión | Folio:

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social | RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) | Comuna | Número de Teléfono

Actividad Económica | N° de Trabajadores: Hombres Mujeres | Propiedad de la Empresa: ☐ Pública ☐ Privada

Tipo de Empresa: ☐ Principal ☐ Contratista ☐ Subcontratista ☐ De Servicios Transitorios

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno | RUN

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) | Comuna | Número de Teléfono

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer | Edad | Fecha de Nacimiento: / /

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: ☐ Alacalufe ☐ Colla ☐ Quechua ☐ Otro - Cuál ? ☐ Atacameño ☐ Diaguita ☐ Rapanui ☐ Aimara ☐ Mapuche ☐ Yamana (Yagán) ☐ Ninguno

Nacionalidad | Profesión u Oficio

Antigüedad en la Empresa: ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

Tipo de Contrato: ☐ Indefinido ☐ Plazo Fijo ☐ Por Obra o Faena ☐ Temporada

Tipo de Ingreso: ☐ Remuneración Fija ☐ Remuneración Variable ☐ Honorarios

Categoría Ocupacional: ☐ Empleador ☐ Trabajador Dependiente ☐ Trabajador Independiente ☐ Familiar no Remunerado ☐ Trabajador Voluntario

C. Datos de la Enfermedad

Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas? ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? ☐ SI ☐ NO

Parte del cuerpo afectada

Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?: ☐ SI ☐ NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?

¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo? ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno | RUN

Número de Teléfono

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): ☐ Empleador ☐ Trabajador/a ☐ Familiar ☐ Médico Tratante ☐ Comité Paritario ☐ Empresa Usuaria ☐ Otro

Firma

IV.- FORMULARIO DENUNCIA ANTE MINISTERIO PÚBLICO

FORMULARIO DE DENUNCIA

Observaciones:
Es importante completar los datos obligatorios para que la denuncia cumpla con los requisitos que establece la ley en el artículo 174 del Código Procesal Penal. Estos están señalados con un asterisco rojo (*). Los otros datos son importantes para la eficacia de la investigación por lo que se solicita llenarlos si los tiene.
Cuando termine de completar el formulario, ponga su nombre y RUT

DENUNCIA

Fecha	
Hora	

I. ANTECEDENTES DEL/A DENUNCIANTE

Nombres *		
Apellido paterno *		
Apellido materno *		
RUT/Pasaporte *		
Fecha de nacimiento		
Edad		
Sexo o Género		
Estado civil		
Nacionalidad		
Escolaridad		
Profesión u oficio		
Lugar de trabajo		
Domicilio *	Avda./Calle/Psje	
	Block/Depto	
	Villa/Población	
	Comuna	
	Región	
Teléfono (fijo y/o celular) *		
Horario disponible para contacto		
Correo electrónico		

Adulto protector/referente (cuando se trate de una denuncia en favor de un niño, niña o adolescente)	Nombre	
	Rut (si lo sabe)	
	Domicilio	
	Teléfono	
	Correo electrónico	
	Vínculo	

Parentesco o vínculo con víctima si lo hay	

II. ANTECEDENTES DE LA VÍCTIMA

Nombres		
Apellido paterno		
Apellido materno		
RUT/Pasaporte		
Fecha de nacimiento		
Edad		
Sexo o Género		
Estado civil		
Nacionalidad		
Escolaridad		
Domicilio	Avda./Calle/Psje	
	Block/Depto	
	Villa/Población	
	Comuna	
	Región	
Teléfono (fijo y/o celular)		
Correo electrónico		

III. ANTECEDENTES DEL/A DENUNCIADO/A

Nombres *		
Apellido paterno *		
Apellido materno *		
Apodo (s)		
RUT/Pasaporte		
Fecha de nacimiento		
Edad		
Sexo o Género		
Estado civil		
Nacionalidad		
Escolaridad		
Profesión u oficio		
Lugar de trabajo		
Domicilio	Avda./Calle/Psje	
	Block/Depto	
	Villa/Población	
	Comuna	
	Provincia	
	Región	

Teléfono	
Correo electrónico	
Descripción morfológica	
Parentesco o vínculo con víctima niño, niña o adolescente de ser el caso	

FISCALIA

DENUNCIA DIRECTA

IV. HECHOS QUE SE DENUNCIAN

Fecha en que ocurrieron los hechos	
Hora aproximada	
Lugar (indique ubicación)	
Comuna	
Región	
En qué consistieron los hechos que denuncia: *	

TESTIGOS DE LOS HECHOS			
¿Existen testigos? (marcar con una "x", en caso de respuesta "SI" completar lo solicitado)	SI		Nombres/Apellidos/Apodos:
			Domicilio o datos para posterior ubicación:
	NO		Observaciones:
	NO SABE		
OTRAS EVIDENCIAS			
¿Posee otras evidencias? (marcar con una "x", en caso de respuesta "SI" completar lo solicitado)	SI		Videos
			Fotografías
			Otros
	NO		Observaciones:

Nombres y apellidos del denunciante: _____

RUT/Pasaporte : _____

Página 4 de 4

2.- ESTABLÉZCASE, que el presente Reglamento comenzará a regir a contar del 01 de diciembre de 2024.

3.- MANTENGASE, copia del presente Reglamento en la unidad de personal del Departamento de Salud Municipal de Parral y distribúyase por la misma unidad al personal del Departamento de Salud Municipal de Parral.-

4.- DÉJESE SIN EFECTO, cualquier reglamento anterior respecto de esta materia a contar de esa fecha.-

5.- PUBLIQUESE, en la página WEB Municipal de parral.cl

“Por orden del Alcalde”

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE

ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
Secretaria Municipal
Secretaria Municipal

FRANCISCO PINOCHET ROMERO
Alcalde Subrogante
Alcaldia

Francisco Pinochet/Francisco Nuñez/Javier Alegria/Marcela Soto

Distribución:

JURIDICO SALUD
Marcela Soto Mejia
RRHH SALUD
Javier Alegria Ortega
DEPARTAMENTO SALUD
Javier Alegria Ortega

Documento firmado con Firma Electrónica Avanzada, el documento original disponible en:
https://parral.ceropapel.cl/validar/?key=20082859&hash=43d85