

RUMBO A LOS 40 AÑOS

ASAMBLEA GENERAL

SINDICATO GRUPO CONSORCIO



CREADO POR

Pamela Walters



www.TUSINDICATOCONSORCIO.CL



TABLA

- PROTOCOLO LEY KARIN
- PROTOCOLO POR DESPIDO
- SEGURO POR MUERTE E INVALIDEZ
- REFORMA DE ESTATUTOS
- ASAMBLEAS PARCIALES
- ANIVERSARIO 40 AÑOS



ORGANIZATI





Protocolo Ley Karin



LEY KARIN

PODER SIMPLE

(No requiere ser firmado ante Notario Público)

Yo, _____, RUT N° _____, confiero poder especial a don (lla) PAMELA MARÍA WALTERS CASTELL, RUT N.º 10.548.889-0 domiciliada para estos efectos en Luis Thayer Ojeda 0122 oficina 901, Providencia, para que me represente con amplias facultades, en denuncia deducida en contra de la señora _____ confiriéndole expresamente la facultad de representación en conformidad a lo establecido por el artículo 220 número 2 del Código del Trabajo.

(Firma del Trabajador que confiere poder)
Nombre de trabajador/a



Recepción de denuncia
CONSORCIO

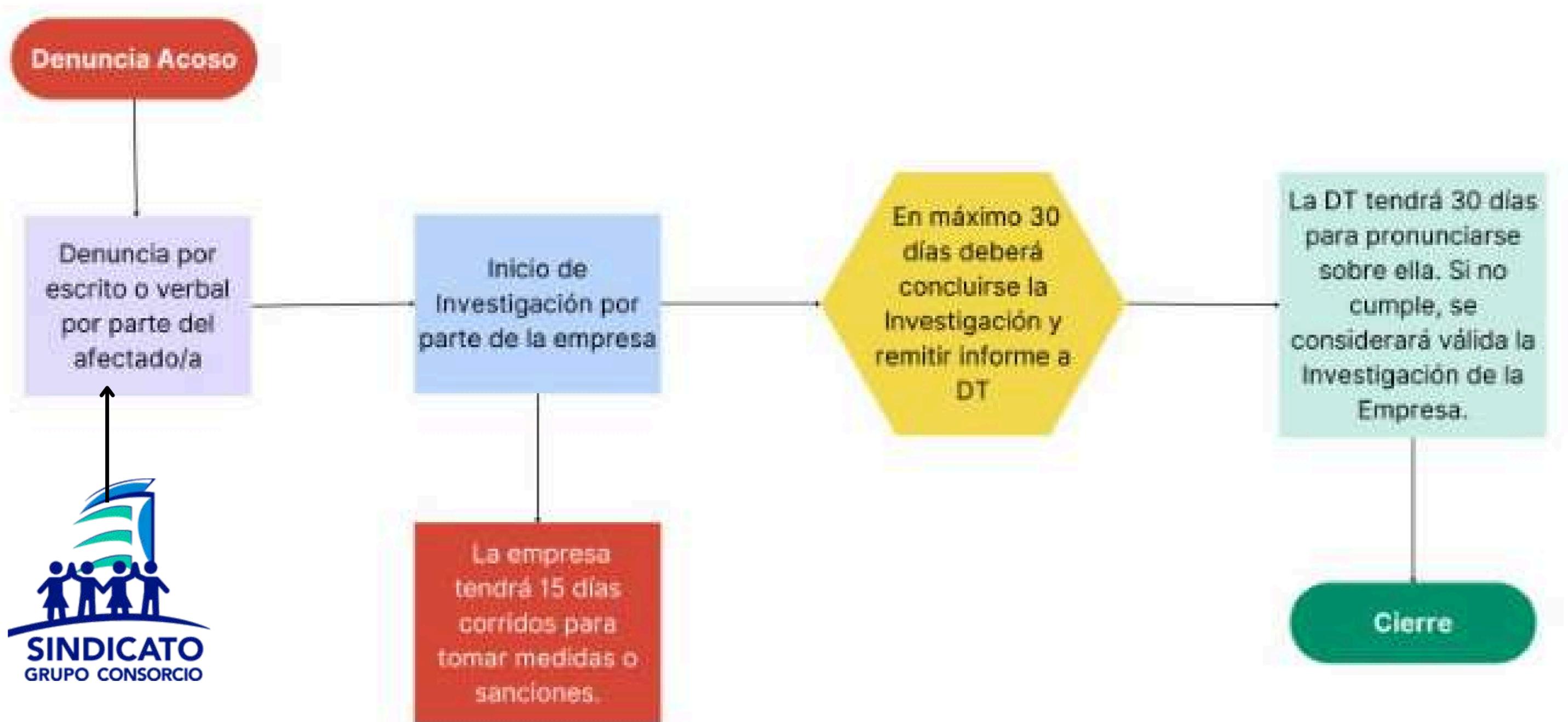
I. Identificación de persona afectada.

Nombre completo	
Cédula de Identidad N°	
Cargo y empresa	
Correo electrónico Personal	

II. Identificación denunciante (en caso de ser una persona distinta a la persona afectada).

Nombre completo	Pamela María Walters Castell
Cédula de Identidad N°	10548889-0
Correo electrónico personal	Pamela.walters.castell.1070@gmail.com
En caso de ser tercero que representa al afectado, anexo poder simple que acredite representación	Sindicato Grupo Consorcio Se hace parte

LEY KARIN



LEY KARIN



Ref.: NOTIFICA INFORME DE INVESTIGACIÓN

EMPRESA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA CONSORCIO
NACIONAL DE SEGUROS S.A.

Fecha informe: 24 de diciembre 2024

PRESENTE

I) Nombre, correo electrónico y RUT de la empresa.

COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS S.A.

RUT Nº99.012.000.5

Correo electrónico: alfredo.molinari@consorcio.cl - christian.gonzalez@consorcio.cl

II) Individualización de la persona denunciante y denunciada, con a lo menos la indicación de correo electrónico y cédula de identidad o de pasaporte.

Persona Denunciante:

Nombre: [CHRISTIAN GONZALEZ](#)

Correo electrónico: christian.gonzalez@consorcio.cl

Se recepción denuncia con fecha 13 de noviembre de 2024, a través del Canal Interno de Denuncias Consorcio.

Posteriormente, con fecha 13 de noviembre de 2024, se presenta la denuncia y otros antecedentes, en esta oportunidad representada la denunciante en esta instancia por Sindicato Grupo Consorcio, a través de poder simple presentado ante la Gerencia de Personas, con fecha 13 de noviembre de 2024.

A través de este poder se hace entrega con esa misma fecha, de la denuncia y sus anexos, la cual es recepcionada por Gerente de Gestión y Relaciones Laborales Sr. Alfredo Molinari.

LEY KARIN

- SEPARACIÓN FÍSICA
- MODIFICACIÓN TEMPORAL DE JEFATURA
- APOYO PSICOLÓGICO INMEDIATO
- PROTECCIÓN CONTRA REPRESALIAS
- SANCIONES TEMPORALES



Santiago, 09 de Enero de 2025

A:

Guillermo Valenzuela Brito
Gerente de Personas

De:

Sindicato de Trabajadores Interempresa del Grupo Consorcio

Ref: Medidas de Resguardo para denunciantes.

Estimado Guillermo, junto con saludar muy cordialmente y en relación al tema de la referencia, por medio de la presente venimos en solicitar formalmente la aplicación de medidas de resguardo señaladas a fin de que estas cumplan con el propósito por el cual fueron dispuestas.

Como es de público conocimiento, las medidas de resguardo son acciones preventivas que las empresas deben adoptar inmediatamente tras recibir una denuncia de acoso o violencia en el trabajo. Su objetivo es justamente proteger a la víctima y garantizar que el ambiente laboral siga siendo seguro mientras se realiza la investigación. Las medidas de resguardo deben implementarse sin esperar los resultados de la investigación, ya que buscan evitar que la situación empeore o que se produzcan represalias.

PROGRAMA ORIENTA



PR
¡IM
TI



Llamar al
800261060



+549 1149378911



eapconsultas@
eaplatina.com

REUNIÓN CON SUPERINTENDENTE

Buscar soluciones eficaces en materia psicológica y de reparación para los trabajadores que han denunciado por ley Karin.



Superintendencia
de Seguridad
Social

CIRCULAR N° 3766 /

“ 20-09-2023

COMPLEMENTA INSTRUCCIONES SOBRE PROTOCOLO PARA LA CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE ENFERMEDADES MENTALES

MODIFICA LA LETRA C. PROTOCOLO DE ENFERMEDADES MENTALES, DEL TÍTULO III. CALIFICACIÓN ENFERMEDADES PROFESIONALES, DEL LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES, DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SEGURO SOCIAL DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA LEY N°16.744



PROTOCOLO LEY KARIN

OBJETIVO:
AUNAR CRITERIOS DE PROCEDIMIENTO PARA SABER COMO ACTUAR SI SOY VÍCTIMA DE ACOSO LABORAL O SEXUAL.



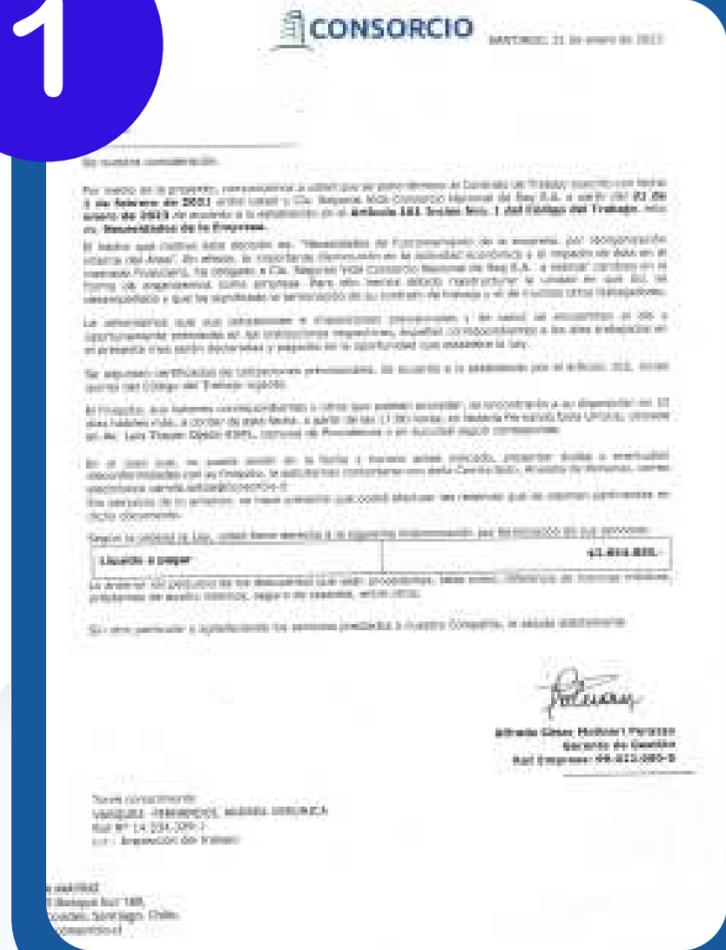


PROTOCOLO POR DESPIDO



PASO A PASO

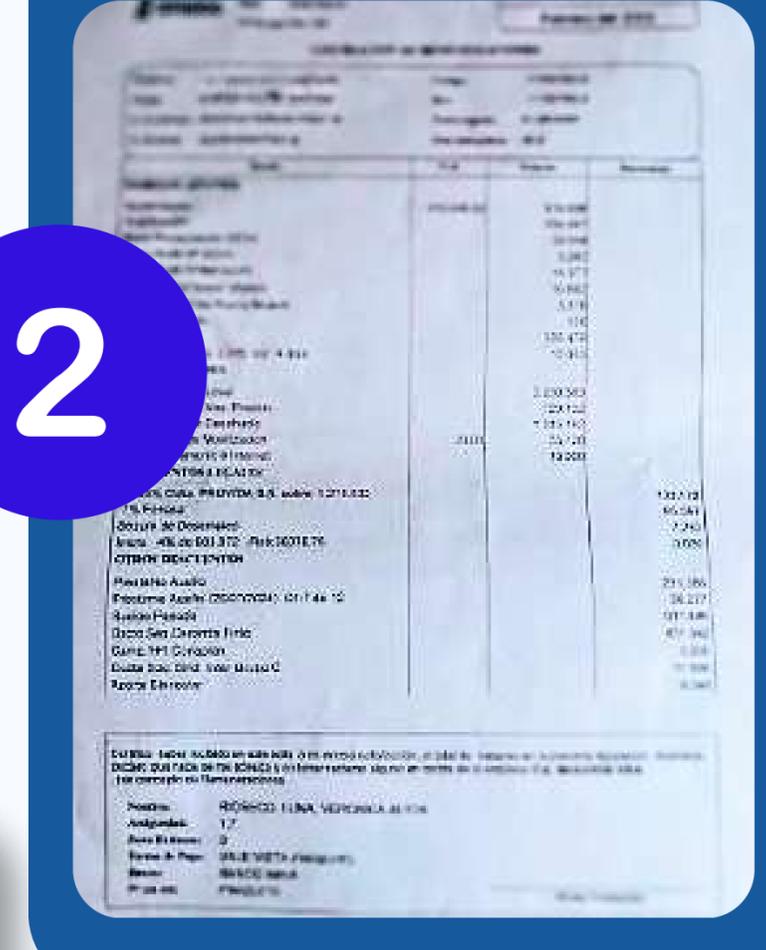
1



FIRMAR CARTA DE AVISO

GUARDARLA YA QUE EN ESTA SE SEÑALA LA CAUSAL DE DESPIDO

2

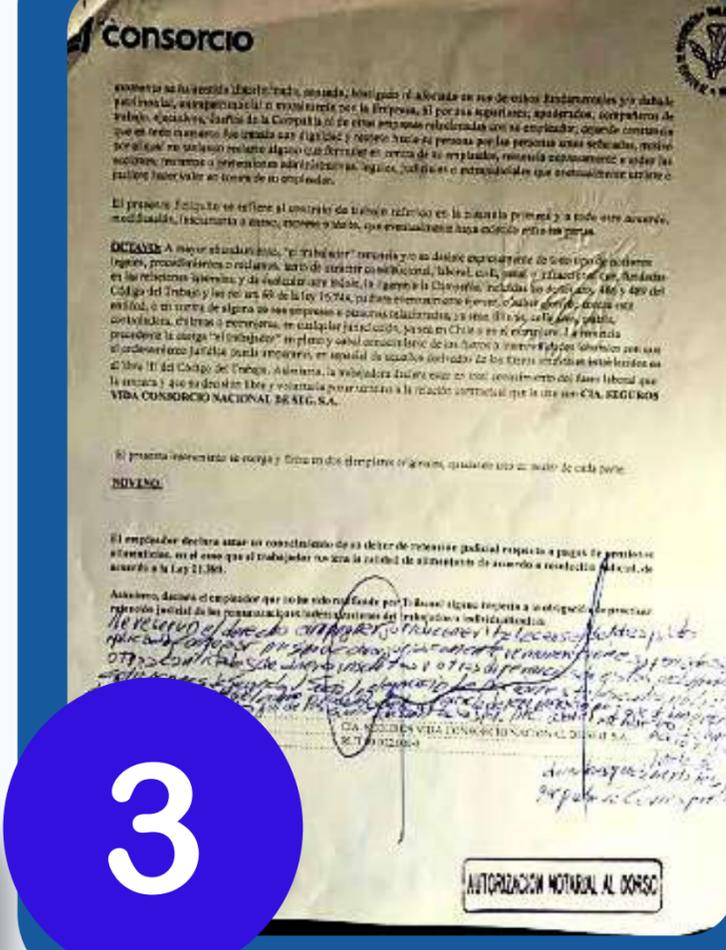


REUNIR DOCUMENTACIÓN

GUARDAR DE MANERA PERMANENTE

- CONTRATO DE TRABAJO
- LIQUIDACIONES
- ANEXOS
- CORREOS

3



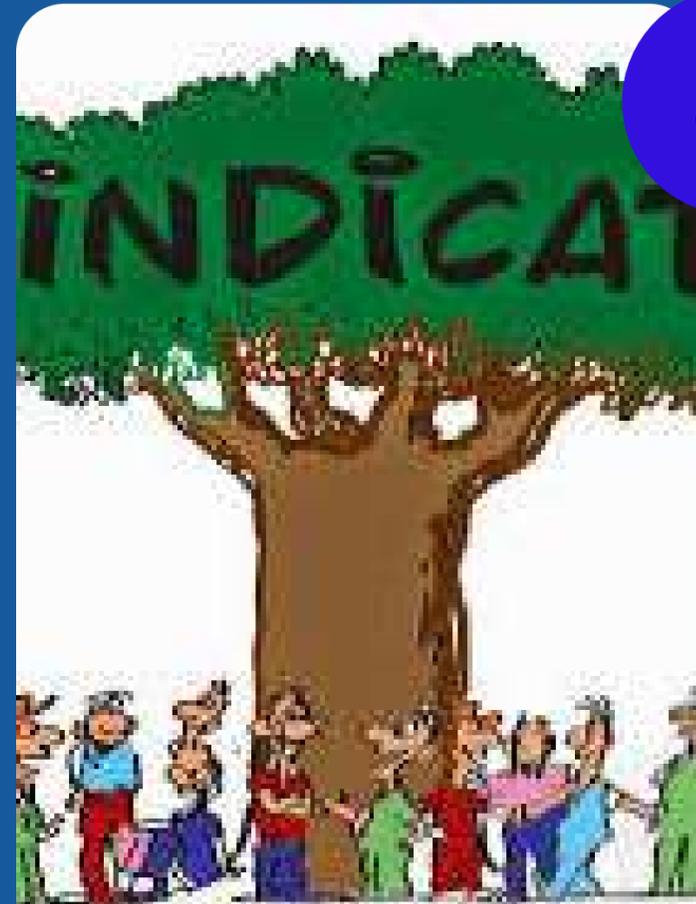
FIRMAR FINIQUITO

ESCRIBIR RESERVA DE DERECHO AL FINAL DEL ÚLTIMO PÁRRAFO Y ANTES DE LAS FIRMAS

¿QUÉ HACER FRENTE A UN DESPIDO?

PASO A PASO

4



SOLICITAR REUNIÓN

EN ESTA EVALUAREMOS SU CASO PARA ASESORARTE RESPECTO DE LOS VALORES DEL FINIQUITO.

5



TU SINDICATO TE ORIENTA

TUS DIRIGENTES TE INDICARÁN LAS OPCIONES A SEGUIR CON SUS PRO Y CONTRAS PARA QUE PUEDES DECIDIR

6



**ACOMPañAMIENTO
CON INDEPENDENCIA DE LA
DECISIÓN ESCOGIDA:**

- ACUERDO EXTRAJUDICIAL
- DT
- TRIBUNALES

¿QUÉ HACER FRENTE A UN DESPIDO?

PROTOCOLO POR DESPIDO

RESERVA DE DERECHO

Me reservo el derecho a impugnar judicialmente la causal del despido aplicada, como asimismo cobrar judicialmente remuneraciones, feriado y otras cantidades de dinero insolutas o diferencias de estas, incluyendo cotizaciones de seguridad social y el ejercicio de acciones tales como nulidad de despido y el eventual cobro producto de la diferencia de remuneraciones que deban enterarse por el periodo trabajado y el de las sumas descontadas por AFC. Además, me reservo cualquier acción de tutela de derechos fundamentales que pudiera corresponder.



CARTA DE AVISO



FINIQUITO



LIQUIDACIONES



CONTRATO Y ANEXOS

SEGUROS



Fallecimiento



invalidez 2/3
Invalidez x Accidente



Seguro Catastrófico

SEGUROS

BENEFICIO GANADO X NEGOCIACIÓN COLECTIVA

VIGÉSIMO PRIMERO: SEGURO DE VIDA

Las partes acuerdan que la Empresa contratará una póliza de Seguro de Vida, que incluirá el riesgo de invalidez permanente del trabajador y doble cobertura en caso de muerte accidental.

Estos beneficios estarán regidos por las Condiciones Generales inscritas en el Registro de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo los códigos "POL 2 92 098" (Seguro Colectivo Temporal de Vida), de acuerdo con las cláusulas adicionales "CAD 2 92 135" (Invalidez Permanente Dos Tercios) y "CAD 2 92 139" (Beneficio por Accidente).

También se contratará, para los Trabajadores, la Póliza de Prestaciones Médicas, según las condiciones generales registradas en la Comisión para el Mercado Financiero, bajo el código "POL 2 99 003", y el condicionado particular que lo define.

Fallecimiento e invalidez



Cobertura

COBERTURAS VIDA	CAPITAL VARIABLE	INGRESO	PERMANENCIA
FALLECIMIENTO	40 RENTAS	64 AÑOS Y 364 DÍAS	AL CUMPLIR 70 AÑOS
MUERTE ACCIDENTAL	40 RENTAS	63 AÑOS Y 364 DÍAS	AL CUMPLIR 70 AÑOS
INVALIDEZ ACCIDENTAL	UF 1200	63 AÑOS Y 364 DÍAS	AL CUMPLIR 70 AÑOS
INVALIDEZ TOTAL Y PERM.ANENTE 2/3	UF 600	63 AÑOS Y 364 DÍAS	AL CUMPLIR 65 AÑOS

Financiamiento de la Prima

50% Empresa Contratante – 50 % Trabajador



GASTOS MEDICOS MAYORES POR EVENTO



Asegurados

Titular :

Serán asegurados los empleados que mantengan contrato de trabajo vigente con el Contratante, que hayan sido aceptados por la Compañía y que se encuentren en nómina que forma parte de este contrato.

Dependientes :

- 1.- Cónyuge o Conviviente o en su defecto la Pareja del titular (relaciones excluyentes entre sí y sin excepciones).
- 2.- Hijos del asegurado titular.



SEGURO DE GASTOS
MÉDICOS MAYORES

GASTOS MEDICOS MAYORES POR EVENTO



Cobertura

Tope Máximo anual 5.000,00 UF
Valor deducible por evento 100,00 UF



Financiamiento de la Prima

COSTO MENSUAL PARA EL TRABAJADOR	VALOR
TRABAJADOR SIN CARGAS	UF 0,1678
TRABAJADOR CON UNA CARGA	UF 0,3021
TRABAJADOR CON DOS CARGAS	UF 0,4364
TRABAJADOR CON TRES CARGAS	UF 0,5707
TRABAJADOR CON CUATRO O MÁS CARGAS	UF 0,7049



¿CÓMO ME INSCRIBO?

consorcio SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGUROS COLECTIVOS

FORMA MODIFICAR

FORMA INCORPORAR **FORMA CANCELAR**

IMPORTANTE: Este es el formulario de inscripción para incorporarse a una póliza o contrato de seguro colectivo según condiciones. No debe usarse para el CATARANTE. Alcanzados con la Compañía de Seguros. **TODO DEBE EMPEZAR CON EL CATARANTE.**

1. TIPO DE COLECTIVO

2. DATOS DE LA EMPRESA

3. DATOS DE LA PÓLIZA

4. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

5. FORMA DE PAGO DE LAS PRIMEAS DE RIESGO

6. ANTecedentes del asegurado Titular

7. REFERENCIAS MEDICAS DE VIDA

8. DECLARACIONES DE VIDA

Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo **ZURICH**

Cobertura	N° de póliza		
<input type="checkbox"/> Vida			
<input type="checkbox"/> Salud Complementario		Cobertura	N° de póliza
<input checked="" type="checkbox"/> Catastrófico	178.049-3	<input type="checkbox"/> Dental	

<input checked="" type="checkbox"/> Incorporación
<input type="checkbox"/> Modificación
<input type="checkbox"/> Exclusiones

RUT Empresa: 70704900-6 Nombre Contratante: CORPORACION DE BIENESTAR DE TRABAJADORES CONSORCIO

Datos Asegurable titular

RUT: Nombre Completo:

Género: Fecha de nacimiento: Estado civil:

Casado Soltero Divorciado Viudo Unión civil

Dirección de contacto: Comuna: Ciudad:

Teléfono de contacto: Correo electrónico (*):

Información del capital asegurado inicial

Capital (UF):

Datos bancarios Asegurable Titular para depósitos de reembolsos N° de Cuenta Banco

Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente Vista / Rut

(*): Autorizo a la Compañía para dirigirme electrónicamente las comunicaciones que, con motivo de la contratación de este seguro y cualquier seguro contratado, me deban ser enviadas, como asimismo autorizo a enviar tales comunicaciones a mi teléfono celular.

Grupo familiar para la cobertura de salud (Cónyuge e hijos menores de 22 años y 365 días)

RUT	Nombre Completo	Género	Fecha de Nacimiento	Parentesco
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	

¿Tú, o alguno de los dependientes identificados en este cuestionario, a los cuales representa, ha padecido, tiene conocimiento de padecer, ha requerido tratamiento, o tiene una situación o condición de salud, o que actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología representada en alguno de los siguientes grupos de enfermedades: Sí No

1 Tumores, Cáncer, leucemia, linfoma	9 Endocrinológicas, metabólicas	16 De Oídos, Nariz, Garganta
2 Cardíacas, Circulatorias, aneurismas	10 Resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, Diabetes	17 Neurológicas, cerebrovasculares
3 Hipertensión Arterial (HTA)	11 Dermatológicas	18 Psiquiátricas
4 Vasculares, sanguíneas	12 Osteoarticulares, Musculares	19 Obesidad, delgadez extrema
5 Respiratorias	13 Tabaquismo, consumo de drogas y alcohol	20 Embarazo actual
6 Digestivas		21 Sistema reproductor

BIENESTAR



TRABAJADOR



CARGAS LEGALES

BIENESTAR



Financiamiento de la Prima

Trabajadores con renta fija :
1,16% del sueldo base

Trabajadores con renta variable:
1,16% del sueldo base + variable

- Ambos con tope legal vigente

Cargas acreditadas en Caja de Compensación:
0,03 U.F.

+ Aporte de la Compañía por cada trabajador inscrito



Inscripción

Inscripción con Maritza Astorga, enviándole los formularios o consultas.



Coberturas

NESTAR
consorcio



habla de Reembolsos

la para prestaciones y gastos realizados desde el 1 de agosto de 2024

CONSULTA MEDICA

% REEMBOLSO

TOPE POR EVENTO

consulta médica Isapre o Fonasa

70%

25.000

EXAMENES MEDICOS

examen laboratorio

70%

15.000

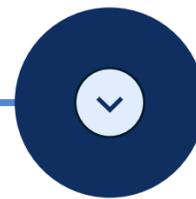
REFORMA ESTATUTOS



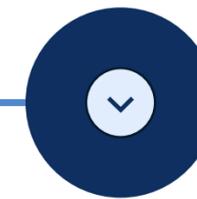
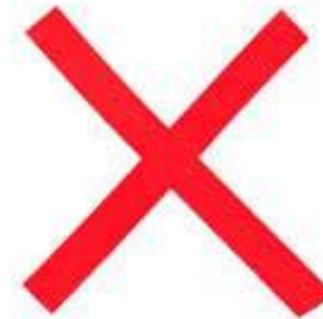
TOTAL DE SOCIOS QUE PARTICIPARON :



X APRUEBO 677 SOCI@S
85,15%



X RECHAZO 61 SOCI@S
7,67%



X BLANCOS O NULOS 57 SOCI@S
7,16%



REVISIÓN DE LEGALIDAD



ESTATUTO DEL SINDICATO DE TRABAJADORES INTEREMPRESAS DEL GRUPO CONSORCIO, SEGUROS, BANCO Y RELACIONADOS, SITRINSEB

TITULO I FINALIDAD Y PRINCIPIOS

ARTÍCULO 1.- Se fundó en la ciudad de Santiago, a 30 de octubre de 1985, EL Sindicato Nacional de Trabajadores de la Empresa Compañía de Seguros Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., con domicilio en Comuna de Providencia, Región Metropolitana y jurisdicción en todo el territorio nacional. Con fecha 27 de noviembre del 2003 se reforman sus estatutos pasando a denominarse Sindicato de Trabajadores de la Empresa Consorcio de Seguros de Vida S.A., manteniéndose, domicilio, y jurisdicción. Con fecha 09 de abril del 2013 se reforman sus estatutos, manteniéndose nombre, domicilio, y jurisdicción. Con fecha 05 de Septiembre del 2016 se reforman sus estatutos pasando a denominarse "SINDICATO DE TRABAJADORES DE EMPRESA CONSORCIO S.A.", manteniéndose, domicilio, y jurisdicción.

Con fecha 03 de octubre del 2017 el SINDICATO DE TRABAJADORES DE EMPRESA CONSORCIO, realizo la reforma de sus estatutos, manteniéndose, domicilio y jurisdicción.

Con fecha 10 de septiembre de 2019 la organización sindical ha procedido a reformar sus estatutos pasando a denominarse Sindicato de Trabajadores interempresas del Grupo Consorcio S.A., manteniendo su registro sindical único, domicilio y jurisdicción.

Con fecha 09 de diciembre de 2024 la organización sindical ha procedido a reformar sus estatutos pasando a denominarse SINDICATO DE TRABAJADORES INTEREMPRESAS DEL GRUPO CONSORCIO, SEGUROS, BANCO Y RELACIONADOS, SITRINSEB manteniendo su registro sindical único, domicilio y jurisdicción.

DECLARACION DE PRINCIPIOS.

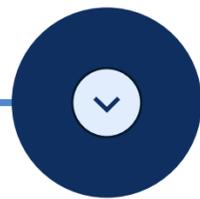
Este Sindicato se define como una organización pluralista y de unidad en acciones concretas por la defensa de los derechos de todos sus trabajadores asociados sin hacer distinción de ninguna clase.

Es autónoma en sus decisiones, las que emanan del seno de su institucionalidad. Por ello nuestra labor será permanente por hacer respetar el derecho al trabajo y su dignidad, con una justa retribución de las riquezas para quienes la crean.

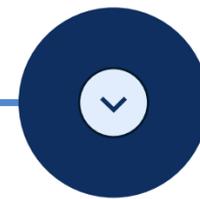




**MODIFICA CUOTA SOCIAL
DEL 5% AL 3,5 DE UNIMM**



**INCORPORACIÓN DE
POLÍTICAS DE GÉNERO**



**APERTURA DE TU SINDICATO A
TRABAJADORES DEL SECTOR**



Pueden ingresar trabajadores de todas las Cías, ejemplo...



FUNDADO 30.10.1985

AUTORIZACIÓN

Yo _____, autorizo al Departamento de Remuneraciones de ZURICH CHILE Seguros de Vida S.A., para que efectúe el descuento mensual equivalente al 3,5 % de un ingreso mínimo mensual (\$17.500 a febrero de 2025), correspondiente al aporte-socio desde el mes de _____ 2025. Estos aportes deben ser enterados mes a mes al: "SINDICATO DE TRABAJADORES INTEREMPRESAS DEL GRUPO CONSORCIO, SEGUROS, BANCO Y RELACIONADOS. SITRINSEB."

Además, autorizo que me descuente por única vez la cuota de incorporación equivalente al 4,0 % de un ingreso mínimo mensual de \$20.000.- en:
1 cuota ó 5 cuotas de \$4.000 c/u

También, autorizo cuando sea necesario, descontar monto por concepto de multa.

Doy a conocer la fecha de contrato trabajo, desde el mes enero año 2025

En _____ a _____ de _____ 2025

Favor enviar estos documentos escaneado al sindicato, a la brevedad a contacto@tusindicatoconsorcio.cl

Firma.....
R.U.T. _____

Formulario actualizado 05/2025



FUNDADO 30.10.1985

AUTORIZACIÓN

Yo _____, autorizo al Departamento de Remuneraciones de PENTA Vida Compañía de Seguros de Vida S.A., para que efectúe el descuento mensual equivalente al 3,5 % de un ingreso mínimo mensual (\$17.500 a febrero de 2025), correspondiente al aporte-socio desde el mes de _____ 2025. Estos aportes deben ser enterados mes a mes al: "SINDICATO DE TRABAJADORES INTEREMPRESAS DEL GRUPO CONSORCIO, SEGUROS, BANCO Y RELACIONADOS. SITRINSEB."

Además, autorizo que me descuente por única vez la cuota de incorporación equivalente al 4,0 % de un ingreso mínimo mensual de \$20.000.- en:
1 cuota ó 5 cuotas de \$4.000 c/u

También, autorizo cuando sea necesario, descontar monto por concepto de multa.

Doy a conocer la fecha de contrato trabajo, desde el mes enero año 2025

En _____ a _____ de _____ 2025

Favor enviar estos documentos escaneado al sindicato, a la brevedad a contacto@tusindicatoconsorcio.cl

Firma.....
R.U.T. _____

Formulario actualizado 05/2025



FUNDADO 30.10.1985

AUTORIZACIÓN

Yo _____, autorizo al Departamento de Remuneraciones de PRINCIPAL Compañía de Seguros de Vida Chile S.A., para que efectúe el descuento mensual equivalente al 3,5 % de un ingreso mínimo mensual (\$17.500 a febrero de 2025), correspondiente al aporte-socio desde el mes de _____ 2025. Estos aportes deben ser enterados mes a mes al: "SINDICATO DE TRABAJADORES INTEREMPRESAS DEL GRUPO CONSORCIO, SEGUROS, BANCO Y RELACIONADOS. SITRINSEB."

Además, autorizo que me descuente por única vez la cuota de incorporación equivalente al 4,0 % de un ingreso mínimo mensual de \$20.000.- en:
1 cuota ó 5 cuotas de \$4.000 c/u

También, autorizo cuando sea necesario, descontar monto por concepto de multa.

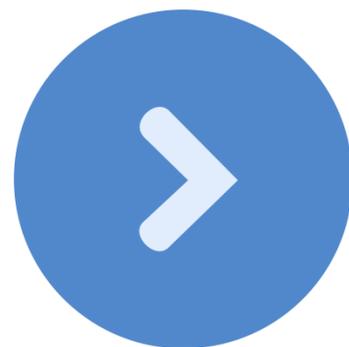
Doy a conocer la fecha de contrato trabajo, desde el mes enero año 2025

En _____ a _____ de _____ 2025

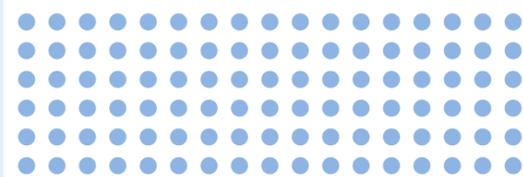
Favor enviar estos documentos escaneado al sindicato, a la brevedad a contacto@tusindicatoconsorcio.cl

Firma.....
R.U.T. _____

Formulario actualizado 05/2025



**SINDICATO DE TRABAJADORES
INTEREMPRESAS DEL GRUPO CONSORCIO,
SEGUROS, BANCO Y RELACIONADOS,
SITRINSEB**



CONCURSO

SITRINSEB





BASES CONCURSO DE CORPÓREO

“SITRINSEB”

SINDICATO DE TRABAJADORES INTEREMPRESAS DEL GRUPO CONSORCIO

SEGUROS, BANCO Y RELACIONADOS. SITRINSEB

RSU13011080

Alcances

El Sindicato Grupo Consorcio, dentro de su plan de expansión para incorporar personal que se desempeñen en el ámbito de Seguros, Banco y relacionados, realiza un concurso denominado “DISEÑA EL CORÓREO SITRINSEB Y GANA”, que se desarrollará entre el 1 de junio de 2025, ambas fechas inclusive, hasta las 23:59 horas, en adelante e indistintamente la “Concurso SITRINSEB”.

I.- FINALIDAD

Establecer las normas y bases para el desarrollo del concurso para el personal denominado “SITRINSEB”, actividad se desarrolla en marco de la apertura de nuestra organización Consorcio a todos los trabajadores del sector de seguros, banco y relacionados.

El concurso tiene como propósito descubrir y estimular el talento artístico de los actores, socios de nuestra organización.

II.-OBJETIVO

Promover la creatividad y la expresión artística, las capacidades de los trabajadores a través de la participación de las socias y socios de nuestra organización, contribuyendo a la vida de los trabajadores, a través de manifestaciones artísticas y culturales que den cuenta de la vida que se vive en cada trabajador.



BASES

SE ENVIARÁN POR CORREO



PREMIO

GIFTCARD POR \$200.000



INVITACIÓN

CEREMONIA DE ANIVERSARIO

ASAMBLEAS PARCIALES



Se enviará un calendario con asambleas



40 ANIVERSARIO DE TU SINDICATO GRUPO CONSORCIO

30.10.1985



14.610 DÍAS DE TRABAJO
SINDICAL



30.10.2025



EL 30 DE OCTUBRE DE ESTE
2025
TU SINDICATO GRUPO
CONSORCIO
CUMPLE 40 AÑOS DE
EXISTENCIA.

EN UN PAÍS EN QUE EL
LAS EMPRESAS QUE
CUENTAN CON SINDICATO
APENAS ALCANZA AL 6,3% ,
ES UN ORGULLO DECIR QUE
NUESTRO SINDICATO HOY
CON CERCA DE 1500 SOCIOS
SE ERIGE COMO EL MÁS
IMPORTANTE DEL SECTOR,
CON UNA TRAYECTORIA Y
PRESTIGIO QUE NOS AVALAN.
ES POR ESTO QUE LO
CELEBRAREMOS EN GRANDE
BUSCANDO SIEMPRE
RECONOCER AL SER
HUMANO QUE HABITA EN
CADA TRABAJADOR.



40 AÑOS , SIEMPRE PENSANDO EN TI



ESTÁS

INVITADO@



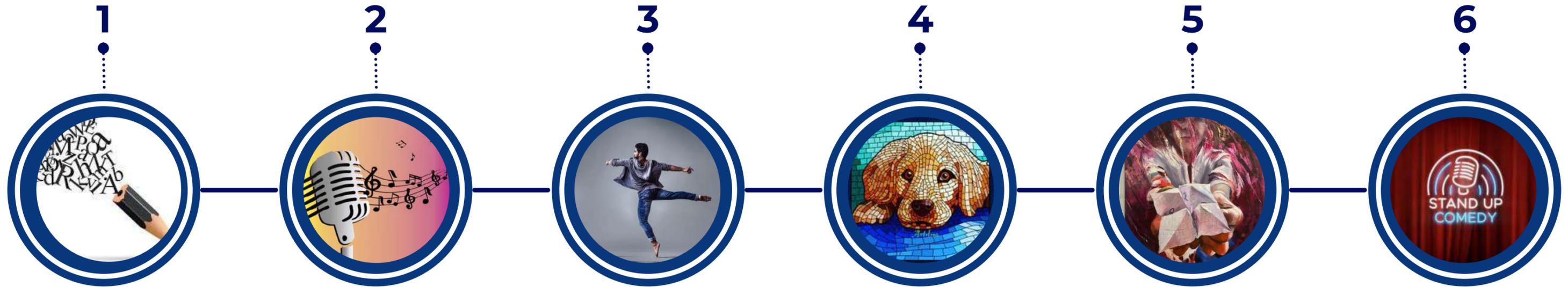
ACTIVIDADES

El ser humano que habita



en cada trabajador@

CONCURSOS



OBJETIVO:

Promover la sensibilidad y la expresión artística, las capacidades de comunicación y la participación de las socias y socios de nuestra organización, contribuyendo a la unión entre los trabajadores, a través de manifestaciones artísticas y culturales que den cuenta del ser humano que vive en cada trabajador.

PREMIOS



● "Quien mira afuera sueña, quien mira adentro despierta" C.Jung

CONCURSO GRUPAL



PREMIOS



\$100.000



\$300.000



\$200.000

● "Quien mira afuera sueña, quien mira adentro despierta" C.Jung





**SINDICATO
GRUPO CONSORCIO**

39 años siempre pensando en ti

todos

FESTEJAMOS



Celebración

Arica :

iquique:

Antofagasta:

Calama:

Copiapó:

La Serena:

Viña del Mar:

Rancagua:

Curicó:

Celebración

Talca :

Chillán:

Los Ángeles:

Concepción:

Temuco:

Valdivia:

Osorno:

Puerto Montt:

Punta Arenas:

Viña del Mar:

Santiago : 22 /11/2025

Requisitos para participar en la celebración



**SINDICATO
GRUPO CONSORCIO**

39 años siempre pensando en ti

1.- Haberse inscrito como socio antes del 31 de Julio de 2025.

Excepción: para trabajadores que hayan ingresado como trabajadores a Consorcio con posterioridad a la fecha indicada.

2.- Completar formulario de participación.

3.- Enviar formulario de participación completado a contacto@tusindicatoconsorcio.cl



**FAVOR ENVIAR SUS INQUIETUDES A
CONTACTO@TUSINDICATOCONSORCIO.CL**

**MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN**

SIEMPRE PENSANDO EN TÍ

