



CIRCULAR N° 2091

SANTIAGO, 26 NOV 2003

**SUBSIDIOS MATERNALES. IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE
EL MANEJO DE LOS RECURSOS FISCALES QUE SE
TRASPASAN A LAS ENTIDADES PAGADORAS DE SUBSIDIOS
POR REPOSO MATERNAL Y POR PERMISO POR ENFERMEDAD
GRAVE DEL HIJO MENOR DE UN AÑO Y SOBRE LA
INFORMACIÓN FINANCIERA, ESTADÍSTICA Y DE RESPALDO
QUE DEBEN REMITIR MENSUALMENTE A ESTA
SUPERINTENDENCIA**

INDICE

MATERIA	PAGINA
I. MANEJO DE LOS RECURSOS FISCALES.....	3
1- CUENTA CORRIENTE EXCLUSIVA ...	3
2- REGISTROS CONTABLES SEPARADOS	4
3- NORMAS TRANSITORIAS	4
4- TRANSFERENCIA DE RECURSOS FISCALES..	5
5- PAGO DE SUBSIDIOS Y REEMBOLSO A EMPLEADORES	5
6- PAGO DE COTIZACIONES	6
7- PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO A COBRO DE SUBSIDIOS	6
II. REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN.....	7
1- INFORME FINANCIERO	7
2- NOMINAS DE RESPALDO DEL GASTO EN SUBSIDIOS Y COTIZACIONES	9
3- RESUMEN DE COTIZACIONES PREVISIONALES A LOS FONDOS DE PENSIONES, DE SALUD Y OTROS..	11
4- FOTOCOPIAS DE LAS CARÁTULAS DE LAS PLANILLAS DE PAGO DE COTIZACIONES. . .	12
5- NÓMINA DE CHEQUES CADUCADOS Y DE CHEQUES EMITIDOS EN REEMPLAZO DE CHEQUES CADUCADOS QUE HAYAN SIDO ANULADOS	12
6- INFORMACIÓN ESTADÍSTICA.....	13
III. VIGENCIA Y PLAZOS.....	14
1- VIGENCIA..	14
2- PLAZOS	14
IV. ANEXOS	16

La Superintendencia de Seguridad Social en uso de las atribuciones que le confiere su Ley Orgánica y el D.F.L. N°150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y conforme a lo establecido en la Ley N° 18.418, imparte las siguientes instrucciones respecto del manejo de los recursos fiscales que ella traspasa del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía a las entidades pagadoras de subsidios por reposo maternal y por permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año y respecto de la información que deben remitirle mensualmente dichas entidades.

I. MANEJO DE LOS RECURSOS FISCALES

1.- CUENTA CORRIENTE EXCLUSIVA

Por Circular N° 1.740, de 1999, esta Superintendencia instruyó a las entidades que operan con el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, que debían abrir una cuenta corriente en el Banco del Estado de Chile para que el citado Fondo depositara en ella los recursos financieros asignados a la respectiva entidad, en el Presupuesto y Programa de aquél. Se señaló además, que dicha cuenta corriente debía ser utilizada sólo para el fin indicado.

Con el objeto de asegurar que los recursos traspasados por el Fondo se destinen exclusivamente a los fines para los cuales ellos han sido transferidos, en esta oportunidad se instruye a las entidades pagadoras de subsidios maternales que dichos recursos deberán ser manejados a través de una o más cuentas corrientes que se utilicen sólo para tales efectos, de manera que el pago de los beneficios deberá hacerse directamente con cargo a dichas cuentas.

Por lo tanto, las entidades que operen con el citado Fondo Único por la administración del sistema de Subsidios Maternales, deberán abrir una o más cuentas corrientes exclusivas para la administración de éste. Dichas cuentas corrientes podrán ser abiertas en cualquier banco comercial de la plaza en que se encuentre ubicada la casa matriz de la respectiva Caja de Compensación de Asignación Familiar, Institución de Salud Previsional o Servicio de Salud, según se trate.

Las cuentas corrientes a que se refiere el párrafo anterior deberán ser diferentes a la que las citadas entidades tienen abierta en el Banco del Estado de Chile para el traspaso de recursos desde el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía. Estas nuevas cuentas corrientes deberán destinarse exclusivamente al pago de los subsidios por reposo maternal pre y post natal y por enfermedad grave del hijo menor de un año y sus correspondientes cotizaciones, las que se financian con cargo a los recursos fiscales que les traspasa el citado Fondo.

De esta forma, los recursos fiscales serán traspasados por el Fondo a la cuenta corriente que actualmente tiene cada entidad en el Banco del Estado de Chile para tales efectos, y luego cada entidad traspasará dichos recursos a la o las cuentas corrientes que abran para el manejo exclusivo de los recursos fiscales traspasados para el pago de los subsidios maternales y sus cotizaciones.

El impuesto de timbre y estampillas a que queden afectos los cheques y eventualmente los costos de mantención de las cuentas corrientes serán de cargo de las entidades pagadoras de subsidios, las que deberán reintegrar a la o las cuentas corrientes exclusivas dentro del mes en que se haga el cargo respectivo, las sumas que el Banco haya cargado en ellas por dichos conceptos.

Los giradores de las referidas cuentas corrientes deberán ser los mismos giradores de la cuenta corriente que las entidades tienen abiertas en el Banco del Estado para el traspaso de los recursos fiscales, debiendo, por tanto, tener la respectiva póliza de fianza.

Una vez abiertas las cuentas corrientes a que se ha hecho referencia, las entidades deberán informar a esta Superintendencia el número de la o las cuentas corrientes y el nombre del Banco a que corresponden.

En todo caso, el informe anterior deberá remitirse a esta Superintendencia a más tardar el **19 de diciembre de 2003**, con el objeto que a contar del 1º de enero de 2004 empiecen a operar las cuentas corrientes exclusivas, es decir, los depósitos que el Fondo efectúe el día 5 de enero de 2004 deberán ser traspasados por todas las entidades pagadoras de subsidios a las respectivas cuentas exclusivas.

Las Entidades deberán remitir mensualmente, conjuntamente con el Informe Financiero, la conciliaciones bancarias de cada una de las cuentas corrientes destinada al manejo de los recursos fiscales del sistema de Subsidios Maternales, con el detalle que se indica en el formato adjunto (Anexo N°1), acompañadas de los certificados de saldo, emitidos por el Banco, al último día del mes informado. Además, el detalle de los cheques girados y no cobrados que se solicita en el formato de conciliación bancaria deberá remitirse por e-mail en planilla excel a las siguientes direcciones:

Los Servicios de Salud,: fupfss@suseso.gov.cl

Las CCAF,: fupfccaf@suseso.gov.cl

Las Isapre, : fupfisap@suseso.gov.cl

En el detalle solicitado se deberá registrar el número del cheque, su fecha de emisión, y el monto y el nombre y Rut del beneficiario.

Las Entidades deberán dar acceso a esta Superintendencia a la información que ella solicite y que diga relación con el manejo de los respectivos recursos.

2.- REGISTROS CONTABLES SEPARADOS

Las Entidades deberán llevar registros contables separados de los movimientos de ingresos y egresos correspondientes al sistema de Subsidios Maternales, los cuales se deberán contabilizar usando cuentas o subcuentas separadas considerando, a lo menos, los ítems que aparecen en el Informe Financiero de dicho sistema, que mensualmente deberán remitir a esta Superintendencia.

Al respecto, las Entidades deberán informar a ésta, el nombre y codificación de las cuentas o subcuentas contables que digan relación con la administración del sistema de Subsidios Maternales. Además, deberán tener en todo momento a disposición de este Organismo Fiscalizador los registros contables al día y el análisis del saldo de las citadas cuentas al último día de cada mes

3.- NORMAS TRANSITORIAS

De existir excedentes del mes de diciembre de 2003 o saldos a favor del Fondo por períodos anteriores al 1º de enero de 2004, éstos deberán depositarse en la cuenta corriente N° 901721-6, del Banco del Estado en el plazo establecido para ello, según corresponda. En todo caso, dado que a la fecha en que corresponda que las entidades depositen los excedentes del mes de diciembre de 2003, esta Superintendencia ya habrá depositado la provisión para el pago de los subsidios del mes de enero de 2004, se deja claramente establecido que las entidades pagadoras de subsidios no pueden hacer uso de los recursos correspondientes a dicha provisión para devolver al Fondo el excedente del citado mes de diciembre. Es decir, las Entidades no podrán girar de las cuentas exclusivas, las sumas que devuelvan al Fondo por concepto de excedentes correspondientes al mes de diciembre de 2003 o saldos a favor de éste de períodos anteriores, pues éstos deberán girarse de las cuentas corrientes en que las Entidades manejan sus recursos propios.

Los déficit que presenten las Entidades por períodos anteriores al 1º de enero de 2004 se depositarán, luego que sea aprobado el Informe Financiero correspondiente, en las cuentas corrientes del Banco del Estado destinadas a recepcionar los recursos que les traspasa el Fondo, debiendo las Entidades retirarlos y llevarlos a las cuentas corrientes en las que manejen sus propios recursos, ya que éstos les pertenecen.

4.- TRANSFERENCIA DE RECURSOS FISCALES

El día 5 de cada mes, o el primer día hábil siguiente si éste fuese sábado, domingo o festivo, la Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo, traspasará electrónicamente desde la cuenta corriente 901721-6 del Banco del Estado de Chile-Sistema de Subsidios Maternales, a las cuentas corrientes de las entidades pagadoras de subsidio, las provisiones para el pago de los subsidios y cotizaciones. El monto que en dicha oportunidad se traspase a cada Entidad estará formado por dos provisiones: una para el pago de los subsidios líquidos del mes y la otra para el pago de las cotizaciones de los subsidios del mes anterior, que deben enterarse en las entidades previsionales dentro de los 10 primeros días del mes en que se efectúa la transferencia.

Además, a más tardar el día 20 de cada mes, las entidades pagadoras de subsidios podrán solicitar a la Superintendencia de Seguridad Social una provisión complementaria, si de acuerdo con sus programaciones de pago de subsidios del mes, las provisiones depositadas por la Superintendencia el día 5 resultan insuficientes para pagar los subsidios del mes correspondiente y las cotizaciones de los subsidios del mes anterior. Dicha solicitud deberá venir firmada por el Gerente o encargado de Finanzas y acompañada con un detalle diario del calendario de pago de subsidios y cotizaciones del mes, que contenga a lo menos, los montos de subsidios y cotizaciones ya pagados y los montos de los subsidios programados a pago.

La Superintendencia analizará la información y, de ser pertinente, traspasará las provisiones complementarias en el curso del mismo mes.

En caso de producirse excedentes en períodos posteriores al 31 de diciembre de 2003, éstos deberán girarse de las cuentas exclusivas y depositarse en la cuenta corriente N° 901721-6 del Banco del Estado de Chile a más tardar el día 15 del mes siguiente al que corresponda la información o el día hábil siguiente, si el día 15 es sábado, domingo o festivo.

5.- PAGO DE SUBSIDIOS Y REEMBOLSO A EMPLEADORES

a) Pago de subsidios

Las Entidades deberán pagar a los beneficiarios los subsidios maternales con un cheque nominativo girado directamente de las cuentas corrientes que en esta oportunidad se solicita se abran o destinen exclusivamente a los efectos indicados.

Las entidades pagadoras de subsidios no podrán utilizar un medio de pago diferente al cheque para pagar los subsidios correspondientes al Sistema de subsidios maternales y deberán mantener los documentos que acrediten que el cheque fue retirado por los beneficiarios.

b) Reembolso a empleadores

Tratándose de los subsidios y cotizaciones a reembolsar a las entidades del sector público y municipal o de los subsidios a reembolsar a entidades empleadoras del sector privado que tengan un convenio para el pago directo de dicho beneficio a sus trabajadores, las entidades pagadoras de subsidios deberán efectuar el pago correspondiente dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se haya ingresado la presentación de cobro respectiva.

Al respecto, cabe tener presente que las entidades pagadoras de subsidios no deberán emitir cheques de reembolso con anterioridad a la recepción de la solicitud de cobro.

Los reembolsos a empleadores que comprendan subsidios de uno o más trabajadores, por los que se emita un solo cheque por el conjunto de beneficios pagados, deberán estar respaldados con una nómina en que se indique el número del cheque extendido (el que debe ser nominativo y a nombre de la entidad empleadora) y la fecha de él y se identifique a cada beneficiario con su RUT, nombres y apellidos y se señale el monto del subsidio pagado a cada uno de ellos y de las cotizaciones en los casos que corresponda.

6.- PAGO DE COTIZACIONES

Es necesario tener presente que el texto vigente del artículo 22 del DFL N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y el del artículo 17 del D.L. N° 3.500, de 1980, exigen cotizar durante los períodos de incapacidad laboral, lo que incluye los tres primeros días de licencia, aun cuando éstos constituyan un período de carencia del subsidio.

Cabe señalar que el artículo 19 del D.L. N° 3.500, dispone que las entidades pagadoras de subsidio deben declarar y pagar las cotizaciones dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al que se autorizó la licencia médica, o al día siguiente hábil, si el último es sábado, domingo o festivo. Como el subsidio por incapacidad laboral se devenga diariamente, la entidad pagadora deberá efectuar las cotizaciones dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a cada período mensual de pago de subsidios, o al siguiente día hábil, en su caso.

En lo que dice relación con el entero de las cotizaciones de los períodos de incapacidad laboral de trabajadores afiliados al Antiguo Sistema de Pensiones, las cotizaciones respectivas deben integrarse dentro de los diez primeros días del mes siguiente a la fecha en que se devenga el subsidio, o al día siguiente hábil si dicho plazo venciere en día sábado, domingo o festivo.

Por otra parte, debe considerarse que las entidades pagadoras de subsidios por incapacidad laboral deben, cuando corresponda, descontar de los subsidios, en este caso de los subsidios maternos, y enterar en la Sociedad Administradora del Seguro de Cesantía, la cotización para dicho Seguro que es de cargo del trabajador (0,6% de la última remuneración imponible para el Seguro de Cesantía, a que se refiere la Ley N° 19.728, correspondiente al mes anterior a aquel en que se haya iniciado la licencia médica o en su defecto la estipulada en el respectivo contrato de trabajo).

Dado que esta cotización se descuenta del subsidio, no debe incluirse dentro de las cotizaciones que debe rembolsar el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía.

7.- PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO A COBRO DE SUBSIDIOS

Cabe hacer presente que de acuerdo con lo establecido en el inciso segundo del artículo 24 de la Ley N°18.469, el derecho de los trabajadores a impetrar el cobro del subsidio prescribe en seis meses contados desde el término de la respectiva licencia.

Conforme al N°3 de la Circular N°1.106, de 1988, de esta Superintendencia, en el caso de las licencias por maternidad, tal plazo debe contarse desde la fecha de término de la última de las licencias concedidas sin interrupciones y de origen maternal.

De acuerdo con lo dispuesto en el inciso tercero del citado artículo 24, el derecho de los servicios públicos e instituciones empleadoras a solicitar los pagos y devoluciones que deben efectuar los Servicios de Salud y las Cajas de Compensación prescribe en el mismo plazo de seis meses. Al respecto, el plazo señalado rige solamente para solicitar el reembolso a las citadas entidades, rigiendo el plazo de cinco años que establece el Código Civil para cobrar materialmente el subsidio.

Si la entidad pagadora del subsidio es una Isapre, los servicios públicos e instituciones empleadoras disponen de un plazo de cinco años para solicitar y cobrar materialmente el subsidio.

En consecuencia, las entidades pagadoras de subsidios no deben pagar subsidios o efectuar reembolso de los mismos cuando el plazo para cobrarlo se encuentre vencido. Si de todas formas la entidad pagadora efectúa el pago o reembolsa el subsidio, no podrá cobrarlo al Fondo.

II. REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN

Las entidades pagadoras de subsidios deberán remitir mensualmente a esta Superintendencia la información financiera y estadística y los antecedentes de respaldo que se solicitan a continuación:

1.- INFORME FINANCIERO

El Informe Financiero debe contener los ingresos y gastos en subsidios por reposo maternal y permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año y sus respectivas cotizaciones.

Con el objeto de facilitar la presentación de la información, se ha confeccionado un nuevo formulario de Informe Financiero, el que se acompaña a esta Circular en el Anexo N°2. A continuación se instruye respecto de la información que se solicita en el referido Informe.

a) Ingresos

En la partida A.- "Ingresos" se deben considerar los siguientes conceptos:

Provisión subsidios liquidados del mes: Se deben informar los recursos fiscales recibidos por la Entidad para pagar los subsidios del mes que se informa y que corresponde a aquélla previamente establecida.

Provisión cotizaciones de subsidios del mes: Deberán informarse los recursos fiscales recibidos por la Entidad el día 5 (o el día hábil siguiente cuando corresponda) del mes siguiente al del Informe, para pagar las cotizaciones correspondientes a los subsidios del mes informado, que deben ser pagadas los 10 primeros días del mes siguiente al informado, provisión también preestablecida.

Provisión complementaria: Se deben informar los recursos fiscales recibidos en forma extraordinaria, con posterioridad al 5 del mes del Informe, para suplir la falta de recursos prevista dadas las provisiones traspasadas y las proyecciones de gastos del mes.

Reintegro por cobro indebido: Se refiere a los montos de subsidios y cotizaciones previsionales cobrados en meses anteriores al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía por las entidades pagadoras de subsidios y que éstas han recuperado de los beneficiarios, entidades empleadoras o instituciones previsionales, ya que habrían sido primitivamente mal pagados o enterados, por lo que han debido ser reintegrados al Fondo ya referido. También deberán considerarse los reintegros por sanciones al empleador, por ejemplo, casos en que el empleador presenta la licencia fuera de plazo y que no obstante la Entidad paga el subsidio, posteriormente lo recupera del empleador, debiendo por lo tanto reintegrar el monto recuperado al Fondo.

Conjuntamente con el informe financiero, las entidades pagadoras de subsidios deberán remitir una nómina de respaldo de los reintegros y otra con los subsidios que habiendo sido pagados por dichas Entidades, deben ser recuperados de las entidades empleadoras y que al último día del mes del informe no hayan sido aún recuperados. Dichas nóminas deberán ajustarse a los formatos de archivo plano N°s 1 y 2 del Anexo N°3.

b) Egresos

Subsidios: Se deberá informar el gasto efectivo en subsidios maternos, mostrando en forma separada el gasto correspondiente a los subsidios por reposo pre natal, del correspondiente a los subsidios por reposo postnatal o por enfermedad grave del hijo menor de un año.

Se entenderá por gasto efectivo, el correspondiente a los subsidios por reposo pre natal, post natal y por permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año, derivados de licencias médicas autorizadas por la entidad pagadora del subsidio, por los cuales se haya emitido el cheque con fecha de pago en el mes informado, aún cuando, encontrándose a disposición del beneficiario, éste no hubiese sido retirado de la Entidad. En todo caso, no podrán pagarse subsidios que correspondan a períodos posteriores al mes que se está informando.

El gasto que se informe en el ítem "subsídios" deberá corresponder al que se obtenga del monto de los subsidios de cálculo, antes del descuento de la cotización para el seguro de cesantía, en los casos que corresponda.

Las cantidades registradas en estos ítems del Informe Financiero deben estar respaldadas por las nóminas que se solicitan en el punto II.2. de la presente Circular.

Descuento por cheques caducados: En este ítem deberán informarse los cheques que durante el mes del informe cumplieron el plazo de caducidad (60 días o 90 días en el caso de ser de otra plaza), sin haber sido retirados, o que habiendo sido retirados no fueron cobrados.

Una vez producida la caducidad de los cheques no retirados de la entidad pagadora de subsidios, éstos deben anularse y descontarse de la información financiera del mes durante el cual se produce tal caducidad, indicando el monto en el ítem "descuento por cheques caducados".

Asimismo, en este ítem deberán informarse los cheques retirados pero no cobrados dentro del plazo de caducidad correspondiente.

En caso de pérdida del cheque, el beneficiario deberá dar aviso por escrito a la entidad pagadora de subsidios y practicar las diligencias que establece el artículo 29 de la ley sobre cuentas corrientes y cheques, esto es, dar aviso por escrito al Banco, quien suspenderá el pago del cheque por 10 días, publicar el aviso del hecho en un diario de la localidad durante tres días y requerir a la entidad pagadora del subsidio la anulación del cheque extraviado y el otorgamiento de otro nuevo a su favor. Una vez cumplido lo anterior, la entidad pagadora del subsidio podrá, luego de transcurrido a lo menos una semana, reemplazar el documento perdido.

Las cantidades registradas en este ítem deben estar respaldadas por las nóminas que se solicitan en el punto II.5. de la presente Circular.

Subsidios revalidados: Si con posterioridad a la caducidad de un cheque se presenta el beneficiario a cobrarlo, éste deberá extenderse nuevamente y cargarse al gasto del mes en que se emitió un nuevo cheque, en el ítem "Subsidios Revalidados".

Corresponderá que la entidad pagadora de subsidios extienda nuevamente el cheque si el beneficiario solicita por escrito una nueva emisión del documento de pago antes que venzan los plazos de prescripción correspondientes, esto es, antes de transcurridos 6 meses desde el término de la licencia. Si el cheque caduca en poder del beneficiario, éste deberá devolver el documento a la entidad pagadora, antes que prescriba su derecho a impetrar el beneficio, para que ésta proceda a anularlo y a emitir un nuevo cheque. Tanto en este caso como en el que el cheque caducó en poder de la entidad pagadora de subsidios, el cheque anulado debe quedar como respaldo de la emisión del nuevo documento de pago.

En el caso de cheques por reembolso a empleadores, corresponderá emitir el nuevo cheque sólo si la solicitud de revalidación se recibe dentro de los plazos de prescripción señalados en el punto I.7. precedente, esto es, dentro de los seis meses contados desde el término de la licencia si la entidad pagadora del subsidio es un Servicio de Salud o una Caja de Compensación, o dentro de cinco años si se trata de una Isapre.

Las cantidades registradas en este ítem deben estar respaldadas por las nóminas de respaldo que se solicitan en el punto II.5. de la presente Circular.

Cotizaciones: En cuanto al gasto efectivo en cotizaciones previsionales, a registrarse en los ítems "Cotizaciones a Fondos de Pensiones", "Cotizaciones de Salud" y "Cotizaciones desahucio e indemnización" según sea el caso, corresponde a las cotizaciones que deben efectuar las entidades pagadoras de subsidios durante los 10 primeros días del mes siguiente al del Informe, por los subsidios pagados en el mes del Informe.

Es importante señalar que dado que las referidas cotizaciones tienen por finalidad mantener la continuidad previsional del beneficiario, la entidad pagadora de subsidio debe enterar las cotizaciones previsionales correspondientes aún cuando el subsidio no haya sido efectivamente cobrado por el trabajador. En consecuencia, al caducar un cheque no cobrado no deberá anularse la cotización correspondiente.

Las cantidades registradas en estos ítems del Informe Financiero deben estar respaldadas por las nóminas de pago de subsidios, los resúmenes de cotizaciones y las fotocopias de las carátulas que se solicitan en los puntos II.2., II.3. y II.4., respectivamente, de la presente Circular.

c) Observaciones

Cuando se produzcan variaciones importantes en los componentes de los egresos en relación al comportamiento registrado por éstos en períodos anteriores, deberán explicarse en el espacio destinado a las observaciones.

d) Informe Financiero Complementario

Cualquier reliquidación o regularización que afecte al gasto de meses anteriores al del informe deberá presentarse en Informes Financieros Complementarios respecto de cada uno de los meses a que correspondan las regularizaciones o reliquidaciones, adjuntando a éstos las correspondientes nóminas de respaldo y, si procede, el resumen de cotizaciones que refleje las regularizaciones efectuadas.

e) Otros

Se hace presente que sin perjuicio que la carta o el oficio con el cual se remita toda la información solicitada en la presente Circular debe ser firmado por la autoridad máxima de la entidad pagadora de subsidios, el Informe Financiero deberá firmarlo el gerente o encargado de finanzas de la entidad, señalando su nombre y con el timbre de la entidad.

Cabe indicar que el gerente o encargado de finanzas debe contratar póliza de seguro de fianza a favor del Contralor General de la República, en los términos establecidos en la Circular N° 1.740, antes citada.

2.- NÓMINAS DE RESPALDO DEL GASTO EN SUBSIDIOS Y COTIZACIONES

Las nóminas de respaldo del gasto en subsidios y cotizaciones deberán ajustarse a los formatos de archivo plano N°s 3, 4, 5, 6, 7 y 8 del Anexo N° 3, en los que se solicita se proporcionen nóminas separadas para los subsidios por reposo pre natal, subsidios por reposo post natal y subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año. Además, se requiere que en cada uno de los tipos de subsidio indicados se muestre la información separada según se trate de pagos directos o de reembolsos. En las nóminas de pago directo, se deberán incluir los subsidios efectivamente pagados (conforme a los conceptos establecidos en el punto II.1 anterior) a los beneficiarios de subsidios y las cotizaciones correspondientes a dichos subsidios. Deberán incluirse también las cotizaciones correspondientes a subsidios pagados por empleadores del sector privado con convenio de pago de subsidios, las cuales han debido ser pagadas directamente por la entidad pagadora de subsidios.

En las nóminas de reembolso se deberán incluir los subsidios y cotizaciones que se reembolsen a empleadores del sector público y municipal y los montos de los subsidios que se reembolsen a empleadores del sector privado con convenio con la Entidad.

Las nóminas deberán comprender todos los cheques emitidos en el mes. Por lo tanto, las sumas de los distintos campos de las nóminas deberán coincidir exactamente con las correspondientes partidas del Informe Financiero.

- a) Las nóminas de respaldo deben indicar el RUT del subsidiado, el apellido paterno de éste, el apellido materno y después los nombres, debiendo informarse en forma separada los casos de licencias por reposo pre natal, los de licencia post natal y aquellos por permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año.

En las referidas nóminas deberán incluirse todas las personas que se encuentren haciendo uso de licencia médica, aún cuando por tratarse de licencias por 3 días o menos, el imponente no tenga derecho a subsidio, ya que conforme a las disposiciones legales vigentes y a las instrucciones impartidas por esta Superintendencia, durante los períodos de carencia de subsidios se deben efectuar las cotizaciones previsionales que

correspondan. Por tanto, aunque no se pague subsidio durante dicho periodo, deberán pagarse y cobrarse al Fondo Unico las cotizaciones previsionales de las licencias correspondientes a permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año y por enfermedad grave de menores en adopción, que se encuentren en dicha situación.

Cabe hacer presente, que en las referidas nóminas deberán listarse una a una las licencias que dieron origen a los subsidios y cotizaciones reembolsados a las entidades públicas y municipales y a los empleadores del sector privado con convenio para el pago de subsidios, por las cuales la entidad pagadora de subsidios ha emitido un cheque con fecha de pago en el mes informado.

- b) Respecto a la información de las licencias médicas, en las nóminas se deben incluir los siguientes campos:

“Número de la licencia médica”: En este campo se indicará el número de folio de la licencia.

“Periodo de duración de la licencia”: En este campo se deben anotar las fechas en que se inicia y termina la incapacidad laboral (las indicadas en la sección B del Formulario de Licencias Médicas). Dichas fechas deben incluir el día, mes y año.

“Número de días de licencia”: Se debe indicar el número total de días de duración de la licencia (los indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).

“Código de diagnóstico”: Este campo sólo se incluye en las nóminas de respaldo del pago de subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año, y se debe completar de acuerdo con la clasificación CIE 10.

- c) Respecto del pago de subsidios, las nóminas deben incluir los siguientes campos:

“Número de días de subsidio pagados”: Se indicarán los días que efectivamente se pagaron al subsidiado en el mes que se informa.

“Monto del subsidio del DFL N° 44, de 1978”: Se debe registrar el monto del subsidio diario que resulte del cálculo realizado de acuerdo con las normas legales vigentes, multiplicado por los días de licencia a pagar en el mes que se informa.

“Monto del subsidio pagado”: En este campo se debe reflejar el monto que efectivamente debió recibir el subsidiado en el mes que se informa, luego que se descontó de él el monto de la cotización para el seguro de cesantía en los casos que corresponda. Cuando no proceda descontar cotización para el seguro de cesantía el monto indicado en este campo deberá coincidir con el del campo “monto del subsidio DFL N° 44, de 1978.”

En el nuevo formato de nóminas se han incluido además los siguientes campos:

“Número del cheque”: Se debe anotar el número de serie del cheque.

“Fecha de emisión del cheque”: Corresponde a la fecha señalada en el cheque, la que no puede ser diferente de la fecha asignada para el pago del subsidio.

- d) En lo referente a las cotizaciones a las cuales se encuentran afectos los subsidios, en las nóminas se incluyen los siguientes campos:

“Número de días de cotizaciones pagadas”: Corresponderá al número efectivo de días de cotización pagados y deberá coincidir con el número de días de licencia devengados en el mes que se informa.

“Monto de cotizaciones a fondos de pensiones”: En este campo se debe incluir el monto que resulte de aplicar el porcentaje de cotización al fondo de pensiones que tenga establecido la institución previsional en la cual se encuentre afiliado el subsidiado (Administradora de Fondos de Pensiones o ex Caja de Previsión), sobre la remuneración imponible (si es un trabajador dependiente) o la renta imponible (si es un trabajador independiente) del mes anterior al que se inicia la licencia médica, dividida por 30 y multiplicada por el número de días indicados en el campo anterior.

“Monto de cotización para salud (7%)”: En este campo se incluirá el equivalente al 7% de la remuneración o renta imponible del mes anterior al inicio de la licencia, correspondiente al número de días de incapacidad laboral.

“Monto de cotización adicional para salud”: Se informará la diferencia entre el monto correspondiente a aquella cotización superior que el trabajador haya pactado con su Isapre y el monto equivalente a la cotización del 7%.

“Monto cotizaciones desahucio e indemnizaciones”: Se debe indicar, cuando corresponda, el monto de la cotización personal a la cual el subsidiado se encuentre afecto en relación con el referido beneficio.

“Monto total de cotizaciones de cargo del FUPF Y S.C.”: Se debe indicar el monto correspondiente a la suma de los 4 campos anteriores.

“Monto cotización seguro de cesantía”: Se deberá indicar, cuando corresponda, la cantidad descontada del subsidio por concepto del 0,6% de cotización para el seguro de cesantía, recaudada por las Administradoras de Fondos de Pensiones para la A.F.C..

- e) Para los efectos de dar cumplimiento a lo señalado en la letra b) del punto 5 del Título I, en cuanto al respaldo que debe tener cada cheque por reembolso a empleadores, en las nómina de reembolso se incorporó una sección especial para registrar “información general del reembolso” en la cual deberá informarse, ordenado por empleador, el Rut y el nombre de la entidad empleadora a la que se le efectuó el reembolso del subsidio o del subsidio y cotización según proceda, el monto del reembolso y el número del cheque por el cual éste se efectuó, a continuación de lo cual deben venir los datos solicitados en el formato de la nómina de los beneficiarios incluidos en el referido reembolso.

En los casos que a un empleador se le haya efectuado más de un reembolso en el mismo mes informado, se deberá incluir este empleador tantas veces como reembolsos tenga, incluyéndose en cada caso a continuación los datos de los beneficiarios correspondientes

- f) Las nóminas en formatos de archivos planos, con todos los datos solicitados deberán remitirse por medio del portal internet de esta Superintendencia (www.suseso.cl), cuyas instrucciones de acceso y uso e entregarán a comienzos de enero de 2004.

3.- RESUMEN DE COTIZACIONES PREVISIONALES A LOS FONDOS DE PENSIONES, DE SALUD Y OTROS

Las entidades pagadoras de subsidios deberán confeccionar mensualmente un resumen de las cotizaciones previsionales que han enterado en las diferentes entidades que administran los distintos regímenes previsionales (pensiones, salud y desahucio e indemnización). En este resumen se deberá informar también la cotización para el seguro de cesantía. Para tal efecto, deberán ceñirse al formato que se señala en el Anexo N° 4 adjunto.

En dicho formato se han separado las cotizaciones según el tipo de subsidios al cual correspondan. De esta forma se deben indicar en la columna “Prenatal” sólo las cotizaciones correspondientes a los subsidios por reposo maternal prenatal, en la columna postnatal, las correspondientes a los subsidios por reposo postnatal, y en la columna “permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año” aquellas cotizaciones correspondientes a los subsidios por la causa indicada. En consecuencia, la columna total deberá corresponder para cada entidad previsional al total de cotizaciones enterado por la entidad pagadora del subsidio en la entidad previsional de que se trate según el régimen previsional que corresponda, y deberán, por tanto, coincidir las cantidades allí indicadas con las que se registren en las planillas de declaración y pago de cotizaciones.

Los subtotales de las cotizaciones de los subsidios por reposo prenatal, postnatal y por permiso por enfermedad grave del hijo menor de 1 año, para los distintos fondos y el total de las cotizaciones previsionales de cargo del Fondo Único, deben coincidir con las sumas de las correspondientes columnas de las nóminas de respaldo. Asimismo, dichas sumatorias deben coincidir exactamente con las cantidades indicadas en el Informe Financiero por los

misimos conceptos. De no existir igualdad, la institución pagadora de subsidios debe explicar las razones que existen para que no se cumpla con ella.

Cabe agregar que en el rubro "Instituciones Públicas" se deben anotar aquellas cotizaciones efectuadas a los distintos fondos previsionales, durante periodos de licencia médica de sus trabajadores, por las instituciones empleadoras en que éstos se encuentran regidos por la Ley N°18.834 (antiguo D.F.L. N°338, de 1960), o por normas especiales que les otorguen derecho a remuneración durante los periodos de licencia médica, dichas cotizaciones deben ser restituidas por la institución pagadora de subsidios a la institución pública conjuntamente con el subsidio.

En el punto 4 del Resumen de Cotizaciones Previsionales, se debe registrar el total de las cotizaciones destinadas al Seguro de Cesantía.

4.- FOTOCOPIAS DE LAS CARÁTULAS DE LAS PLANILLAS DE PAGO DE COTIZACIONES

Las instituciones pagadoras de subsidios deben acompañar al Informe Financiero fotocopias de las carátulas de las planillas de pago de cotizaciones previsionales en las distintas entidades administradoras de regimenes previsionales (Administradoras de Fondos de Pensiones, Instituto de Normalización Previsional, Cajas de Compensación de Asignación Familiar, Cajas de Previsión, Instituciones de Salud Previsional y Administradora de Fondos de Cesantía), con el correspondiente timbre de pagado.

Si el pago se ha efectuado por medios electrónicos, se deberá acompañar la información equivalente que respalde el pago de las referidas cotizaciones previsionales, el cual deberá ser certificado por las empresas o entidades por medio de las cuales se efectuare el pago electrónico. Dicha certificación se entenderá cumplida mediante el envío electrónico de la información definida en el Anexo N° 5 adjunto, el cual se refiere a la confirmación del pago electrónico de las cotizaciones enteradas en las A.F.P., en el I.N.P., en Fonasa, en las C.C.A.F., en las Isapres o en la A.F.C., según corresponda.

Las carátulas o su equivalente electrónico, constituyen el respaldo de lo informado en el Resumen de Cotizaciones, por lo tanto, el monto que se señale como pagado debe coincidir con la información del Cuadro Resumen de Cotizaciones Previsionales en la columna Total.

Las planillas de pago de cotizaciones indicadas deberán incluir la nómina de las personas por las cuales se están enterando las cotizaciones, la información que permita identificar en cada caso el período por el cual éstas se están enterando y el monto de las cotizaciones pagadas por cada trabajador subsidiado. Tratándose del pago electrónico de cotizaciones, también deberá remitirse dicha nómina junto con la certificación ya mencionada. Para estos efectos, se adjunta en los archivos N°s 9, 10 y 11 del Anexo N° 3, el formato con la información que como mínimo debe contener la nómina solicitada.

En el caso que el pago se realice por medios electrónicos, los convenios mediante los cuales se acuerde dicho servicio de pago, deberán incluir la entrega de la nómina y su correspondiente información solicitada en el párrafo anterior.

La certificación del pago electrónico de cotizaciones y la nómina correspondiente a dicho pago, confeccionada en planilla Excel, deberán ser enviadas a esta Superintendencia por e-mail a las direcciones electrónicas indicadas en el punto 11. de la presente Circular.

5.- NÓMINA DE CHEQUES CADUCADOS Y DE CHEQUES EMITIDOS EN REEMPLAZO DE CHEQUES CADUCADOS QUE HAYAN SIDO ANULADOS

Las entidades pagadoras de subsidios deberán enviar nóminas de los cheques correspondientes al pago de subsidios maternos (por reposo pre y post natal y por permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año) caducados en el mes informado, esto es, aquellos que en el mes cumplieron 60 días de emitidos y no fueron cobrados (en el caso de ser de otra plaza son 90 días). Se deberán informar en forma separada aquellos cheques que caducaron en poder de la entidad pagadora de subsidios de aquellos que habiendo sido

retrados no fueron oportunamente cobrados por el beneficiario (Detalle en archivos planos N° 12 y N° 13 de Anexo N° 3).

Las Entidades deberán remitir además, una nómina que considere los nuevos cheques emitidos en el mes en reemplazo de los cheques informados como caducados en el mismo mes o en meses anteriores (archivo plano N° 14 del Anexo N° 3).

Respecto de los cheques que caducaron, se debe informar el Rut y el nombre del beneficiario, el monto del subsidio pagado, el número del cheque caducado, la fecha de emisión del cheque caducado, la fecha de caducidad y el tipo de licencia

En relación a los cheques emitidos en reemplazo de cheques caducados y previamente anulados, la información solicitada debe contemplar además el número del nuevo cheque que reemplaza al caducado y la fecha de emisión de éste.

Se deberán informar además, en una nómina separada (archivo plano N° 15 del Anexo 3), los cheques anulados por cualquier razón diferente de la caducidad, siempre y cuando éste haya sido incluido dentro de las sumas cobradas al Fondo Único y en otra nómina (archivo plano N° 16 del Anexo 3), los cheques emitidos en el mes, en reemplazo de los cheques informados como anulados en el mismo mes o en meses anteriores.

Los cheques anulados antes de ser cobrados al Fondo deberán mantenerse en poder de la entidad pagadora adjuntos a la chequera correspondiente

La información antes solicitada deberá ser confeccionada en planilla Excel y deberá ser enviada a esta Superintendencia por e-mail a las mismas direcciones indicadas en el punto anterior.

6.- INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

La información estadística relativa a subsidios por reposo pre y post natal y por enfermedad grave del hijo menor de un año, originados en licencias médicas que inician su pago en el mes informado, se remitirá mensualmente conforme al desglose y formato que se indica en el formulario que se adjunta a esta Circular en el Anexo N°6 que contiene 6 cuadros.

En el referido formulario se solicita la siguiente información:

a) Cuadro N°1: Número de licencias y días de licencia según tipo de ésta y sexo del beneficiario

En este cuadro se indicará, según el tipo de licencia (prenatal, postnatal y por enfermedad grave del hijo menor de un año), el número de licencias tramitadas, es decir, el número de licencias que terminaron su trámite en el mes informado, ya sea que se hayan autorizado o rechazado; el número de licencias autorizadas sin modificación, entendiendo por tales aquellas en que el Servicio de Salud o la Isapre respectiva aprueba el número de días de licencia otorgados por el profesional; el número de licencias autorizadas con modificación, entendiendo por tales aquellas en que el Servicio de Salud o la Isapre haya modificado el número de días de licencia indicado por el profesional, y el número de licencias rechazadas, es decir, aquellas tramitadas que no fueron autorizadas.

En este cuadro se deberá señalar además el número de días de licencia que corresponda al total de licencias tramitadas en el mes informado, el número de días autorizados, separados conforme correspondan a licencias autorizadas sin modificación o a licencias modificadas y el número de días de licencia rechazados, es decir, el número de días que correspondan a las licencias rechazadas y el número de días rechazados de las licencias modificadas.

b) Cuadro N°2: Número de subsidios iniciados y de días de subsidio pagados según tipo de éste y sexo de beneficiario

En este cuadro se indicará, según el tipo de subsidio y sexo del beneficiario, el total de subsidios iniciados y el número total de días de subsidio pagados.

En la columna "número de subsidios iniciados", se informarán todos los subsidios originados en una primera licencia médica que inician su pago en el mes informado, independientemente de la fecha en que se inició la licencia y del mes en que ésta fue

autorizada. Estos subsidios deberán informarse frente a la fila que le corresponda dependiendo del tipo de licencia de que se trate (prenatal, postnatal, enfermedad grave del hijo menor de un año) y en el caso de los postnatales y por enfermedad grave del hijo menor de un año según el sexo de quién hace uso de ella e identificando además los casos de menores en adopción.

En la columna "número de días de subsidio pagados", se informará frente al tipo de subsidio de que se trate y dependiendo del sexo de quién hace uso de la licencia, el número total de días que efectivamente se pagaron en el mes informado, incluyendo los días que corresponden a subsidios que comenzaron a pagarse en meses anteriores.

Cabe destacar que cuando se hace referencia a días efectivamente pagados, no se deben considerar los días de carencia. Por su parte, el total de días informado en este cuadro deberá ser coincidente con el total de días informado en el listado de respaldo que se envía conjuntamente con la información financiera.

c) Cuadro N°3: Número de subsidios iniciados según actividad económica y tipo de subsidio

En este cuadro se incluirá el total de subsidios informados en la segunda columna del cuadro N°2, distribuidos según la actividad económica en que se desempeñe el beneficiario y el tipo de subsidio.

d) Cuadro N°4 Número de subsidios iniciados según regiones y tipo de subsidio

En este cuadro se incluirá el total de subsidios informados en la segunda columna del cuadro N°2, distribuido según la región en que trabaja el beneficiario y el tipo de subsidio.

e) Cuadro N° 5: Número de días de subsidio pagados, según actividad económica y tipo de subsidio

Aquí se deberá informar el total de días de subsidio pagados, distribuidos según la actividad económica en que se desempeñe el beneficiario y el tipo de subsidio.

Es importante destacar que el total de este cuadro deberá ser el mismo que el informado en la tercera columna del cuadro N°2.

f) Cuadro N°6: Número de días de subsidio pagados, según regiones y tipo de subsidio

En este cuadro se incluirá el total de días de subsidio informados en la tercera columna del cuadro N°2 distribuidos según la región en que trabajaba el beneficiario.

III. VIGENCIA Y PLAZOS

1.- VIGENCIA

Las presentes instrucciones comenzarán a regir a contar del 1° de enero de 2004. En consecuencia, a contar de dicha fecha queda derogada la Circular N° 1.161, de 1990 y el punto II.4 de la Circular N° 1.740, de 1999.

2.- PLAZOS

- a) El plazo para abrir las cuentas corrientes para el manejo exclusivo de los recursos fiscales para el pago de los subsidios maternos e informar al respecto a esta Superintendencia, vence el 19 de diciembre de 2003.

Dentro del mismo plazo deberá informarse respecto de los códigos de cuentas o subcuentas solicitados en el punto I.2. de la presente Circular.

b) Información Financiera y respaldos de éstas

Las entidades pagadoras de subsidio deberán remitir a esta Superintendencia a más tardar el día 15 del mes siguiente al cual corresponde la información, el Informe Financiero, la conciliación bancaria y los antecedentes de respaldo solicitados en ésta Circular.

c) Información Estadística

La información estadística relativa a las licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral del Sistema de Subsidios Maternales que se solicita en el Anexo N° 6, deberá remitirse a esta Superintendencia a más tardar el día 20 del mes siguiente al cual corresponde la información.

- d) Los nuevos formatos de información que se adjuntan en los Anexos, serán obligatorios para todas las instituciones pagadoras de subsidios a contar de la información del mes de enero de 2004, que debe enviarse a esta Superintendencia durante el mes de febrero de dicho año.

Estas instrucciones son complementarias a las contenidas en la Circular N°1.740, de 23 de agosto de 1999, y reemplazan a partir del 1° de enero de 2004 a las impartidas por la Circular N°1.161, de 9 de marzo de 1990, y sus modificaciones.

[Handwritten signature]

JPM/MEGA/HRR/JSS/EQA

DISTRIBUCIÓN

Cajas de Compensación de Asignación Familiar
Instituciones de Salud Previsional
Servicios de Salud



A.C. RIVERÓN GONZÁLEZ
SUPERINTENDENTE

IV. ANEXOS

ANEXO N° 1

SISTEMA DE SUBSIDIOS MATERNALES

CONCILIACION BANCARIA

INSTITUCION

MES Y AÑO DE LA INFORMACION

CUENTA CORRIENTE BANCARIA N°

BANCO

DETALLE	TOTALES EN (\$)
---------	-----------------

ESTADO MENSUAL SEGUN CONTABILIDAD

SALDO MES ANTERIOR

más:

DEPOSITOS DEL MES

menos:

GIROS DEL MES

SALDO CONTABLE DEL MES

más:

CHEQUES GIRADOS Y NO COBRADOS (Nómina adjunta con el número del cheque, su fecha de emisión y monto y el nombre y Rut del beneficiario)

DEPOSITOS O ABONOS DEL BANCO NO CONTABILIZADOS (Detallar)

menos:

GIROS O CARGOS DEL BANCO NO CONTABILIZADOS (Detallar)

DEPOSITOS O CARGOS CONTABILIZADOS NO REGISTRADOS POR EL BANCO (Detallar)

SALDO SEGUN CERTIFICADO DEL BANCO AL (*)

.....
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTADOR

.....
NOMBRE Y FIRMA GERENTE DE FINANZAS

TIMBRE DE LA ENTIDAD

(*) Adjuntar certificado de saldo

SISTEMA DE SUBSIDIOS MATERNALES
Informe Financiero

NOMBRE INSTITUCION

MES Y AÑO DE LA INFORMACION

(en pesos)

INGRESOS

1.- Provision subsidios liquidos del mes	₺	
2.- Provision cotizaciones de subsidios del mes, traspasada el mes siguiente	\$	
3.- Provision complementaria	\$	
4.- Reintegro por cobro indebido	\$	
TOTAL INGRESOS (A)		\$

EGRESOS

1.- Subsidios por reposo pre natal	\$	
2.- Subsidios por reposo post natal	\$	
3.- Subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año	\$	
4.- Descuento por cheques caducados (-)	\$	
5.- Subsidios revalidados	\$	

SUB-TOTAL GASTO EN SUBSIDIOS

₺

5.- COTIZACIONES A FONDOS DE PENSIONES

Subsidios por reposo pre natal	\$	
Subsidios por reposo post natal	\$	
Subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año	₺	

6.- COTIZACIONES DE SALUD

Subsidios por reposo pre natal	\$	
Subsidios por reposo post natal	\$	
Subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año	\$	

7.- COTIZACIONES DESAHUCIO E INDEMNIZACION

Subsidios por reposo pre natal	\$	
Subsidios por reposo post natal	\$	
Subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año	\$	

SUB-TOTAL GASTO EN COTIZACIONES

\$

TOTAL EGRESOS (B)**\$****EXCEDENTE - DEFICIT (A-B)**

(Tarjar lo que no corresponda)

\$

NOMBRE Y FIRMA DEL GERENTE DE FINANZAS
TIMBRE DE LA ENTIDAD

Observaciones

**ANEXO N° 3
FORMATO DE ARCHIVOS PLANOS**

ARCHIVO N° 01 NOMINA DE SUBSIDIOS RECUPERADOS		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
BENF_RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO O AFILIADO
DV BENF_RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEFICIARIO
BENF_NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES)
LMEI NUMERO	CHAR(10)	N DE LICENCIA MEDICA
LMEI_RUT	NUMBER(8)	RUT ENTIDAD QUE REINTEGRO EL SUBSIDIO
DV ENTIDR	CHAR(1)	DV RUT ENTIDAD QUE REINTEGRO EL SUBSIDIO
ENTIDR_NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE ENTIDAD QUE REINTEGRO EL SUBSIDIO
MONTO RECUPERADO	NUMBER(8)	MONTO RECUPERADO (\$)
ARCHIVO N° 02 NOMINA DE SUBSIDIOS PAGADOS PENDIENTES DE RECUPERAR DE EMPLEADORES		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
FECHA ENVIO_AL	CHAR(8)	FECHA HASTA LA CUAL SE ESTA INFORMANDO (AAAAMMDD)
BENF_RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF_RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEFICIARIO
BENF_NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES)
LMEI NUMERO	CHAR(10)	N DE LICENCIA MEDICA
LMEI DESDE	CHAR(8)	DURACION LICENCIA DESDE (AAAAMMDD)
LMEI_HASTA	CHAR(8)	DURACION LICENCIA HASTA (AAAAMMDD)
NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(3)	N DIAS LICENCIA
DOM TIPO LICENCIA	NUMBER(1)	TIPO DE LICENCIA
MONTO PAGADO	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE
NUM CHEQUE	NUMBER(20)	N° CHEQUE
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA EMISION DEL CHEQUE (AAAAMMDD)
MONTO COTIZ_FU	NUMBER(8)	MONTO TOTAL DE COTIZ CARGO DEL FONDO UNICO (\$)
MONTO COTIZ_SC	NUMBER(8)	MONTO COTIZ SEGURO DE CESANTIA (\$)
ENTIDR_RUT	NUMBER(8)	RUT ENTIDAD QUE DEBE REINTEGRAR SUBSIDIO
DV ENTIDR	CHAR(1)	DV RUT ENT
ENTIDR_NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE ENTIDAD QUE DEBE REINTEGRAR SUBS
MONTO REINTEGRADO	NUMBER(8)	MONTO A REINTEGRAR (\$)
MES NOMINA	NUMBER(6)	MES Y AÑO DE NOMINA EN QUE SE INFORMO PAGO DE SUBS. (AAAAMM)
ARCHIVO N° 03 NOMINA DE SUBSIDIOS POR REPOSO PRE NATAL (PAGOS DIRECTOS)		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
BENF_RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF_RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEFICIARIO
BENF_NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES)
LMEI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA
LMEI DESDE	CHAR(8)	DURACION LICENCIA DESDE (AAAAMMDD)
LMEI_HASTA	CHAR(8)	DURACION LICENCIA HASTA (AAAAMMDD)
NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(3)	N° DIAS LICENCIA
NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS SUBSIDIOS PAGADOS
MONTO DFL44_1978	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO DFL 44 DE 1978 (\$)
MONTO PAGADO	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE
NUM CHEQUE	NUMBER(20)	N° CHEQUE
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA EMISION DEL CHEQUE (AAAAMMDD)
NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS COTIZACION PAGADAS
MONTO FP	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)
MONTO SALUD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SALUD (7°) (\$)
MONTO SALUD_AD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)
MONTO DESAHUCIO	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION DESAHUCIO E INDEMNIZACION (\$)
MONTO COTIZ_FU	NUMBER(8)	MONTO TOTAL DE COTIZ CARGO DEL FONDO UNICO (\$)
MONTO COTIZ_SC	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)

ARCHIVO N° 04		
NOMINA DE SUBSIDIOS POR REPOSO PRE NATAL (REEMBOLSOS)		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
ENTID_RUT	NUMBER(8)	RUT ENTIDAD A LA QUE SE LE EFECTUA EL REEMBOLSO
DV ENTIDR	CHAR(1)	DV RUT ENT
ENTIDR NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE SE LE EFECTUA EL REEMB
MONTO REEMBOLSO	NUMBER(8)	MONTO DEL REEMBOLSO (\$)
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE
NUM CHEQUE	NUMBER(15)	N° CHEQUE DE REEMBOLSO
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA EMISION DEL CHEQUE DE REEMBOLSO (AAAAMMDD)
BENF_RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF_RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEFICIARIO
BENF NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)
LMEDI NUMERO	CHAR(10)	N° LICENCIA MEDICA
LMEDI DESDE	CHAR(8)	DURACION LICENCIA DESDE (AAAAMMDD)
LMEDI HASTA	CHAR(8)	DURACION LICENCIA HASTA (AAAAMMDD)
NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(3)	N° DIAS LICENCIA
NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS SUBSIDIOS PAGADOS
MONTO DFL44 1978	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO DFL 44 DE 1978 (\$)
MONTO SUB PAGADO	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)
NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS COTIZACION PAGADAS
MONTO FP	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)
MONTO SALUD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SALUD (7%) (\$)
MONTO SALUD AD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)
MONTO DESAHUCIO	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION DESAHUCIO E INDEMNIZACION (\$)
MONTO COTIZ FU	NUMBER(8)	MONTO TOTAL DE COTIZACION CARGO DEL FONDO UNICO (\$)
MONTO COTIZ SC	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)
ARCHIVO N° 05		
NOMINA DE SUBSIDIOS POR REPOSO POST-NATAL (PAGOS DIRECTO)		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
BENF_RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF_RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEF
BENF NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)
LMEDI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA
LMEDI DESDE	CHAR(8)	DURACION LICENCIA DESDE (AAAAMMDD)
LMEDI HASTA	CHAR(8)	DURACION LICENCIA HASTA (AAAAMMDD)
NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(3)	N° DIAS DE LICENCIA
NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS SUBSIDIOS PAGADOS
MONTO DFL44 1978	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO DFL N° 44 DE 1978 (\$)
MONTO SUB PAGADO	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE
NUM CHEQUE	NUMBER(15)	N° CHEQUE
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA EMISION DEL CHEQUE (AAAAMMDD)
NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS COTIZACION PAGADAS
MONTO FP	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)
MONTO SALUD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SALUD (7%) (\$)
MONTO SALUD AD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)
MONTO DESAHUCIO	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION DESAHUCIO E INDEMNIZACION (\$)
MONTO COTIZ FU	NUMBER(8)	MONTO TOTAL DE COTIZACION CARGO DEL FONDO UNICO (\$)
MONTO COTIZ SC	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)
ARCHIVO N° 06		
NOMINA DE SUBSIDIOS POR REPOSO POST-NATAL (REEMBOLSOS)		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
ENTID_RUT	NUMBER(8)	RUT ENTIDAD A LA QUE SE LE EFECTUA EL REEMBOLSO
DV ENTIDR	CHAR(1)	DV RUT ENT
ENTIDR NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE SE LE EFECTUA EL REEMB
MONTO REEMBOLSO	NUMBER(8)	MONTO DEL REEMBOLSO (\$)
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE
NUM CHEQUE	NUMBER(15)	N° CHEQUE DE REEMBOLSO
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA EMISION DEL CHEQUE DE REEMBOLSO (AAAAMMDD)
BENF_RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF_RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEF
BENF NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)
LMEDI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA
LMEDI DESDE	CHAR(8)	DURACION LICENCIA DESDE (AAAAMMDD)
LMEDI HASTA	CHAR(8)	DURACION LICENCIA HASTA (AAAAMMDD)
NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(3)	N° DIAS LICENCIA
NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS SUBSIDIOS PAGADOS
MONTO DFL44 1978	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO DFL 44 DE 1978 (\$)
MONTO SUB PAGADO	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)
NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS COTIZACION PAGADAS
MONTO FP	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)
MONTO SALUD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SALUD (7%) (\$)
MONTO SALUD AD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)
MONTO DESAHUCIO	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION DESAHUCIO E INDEMNIZACION (\$)
MONTO COTIZ FU	NUMBER(8)	MONTO TOTAL DE COTIZACION CARGO DEL FONDO UNICO (\$)
MONTO COTIZ SC	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)

ARCHIVO N° 07			NOMINA DE SUBSIDIOS POR PERMISO POR ENFERMEDAD GRAVE DEL HIJO MENOR DE UN AÑO (PAGOS DIRECTOS)
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION	
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)	
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD	
ENTID RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO	
DV ENTID	CHAR(1)	DV RUT BENEF	
ENTID NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)	
LMEI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA	
LMEI DESDE	CHAR(8)	DURACION LICENCIA DESDE (AAAAMMDD)	
LMEI HASTA	CHAR(8)	DURACION LICENCIA HASTA (AAAAMMDD)	
NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(3)	N° DIAS LICENCIA	
DIAGN CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE DIAGNOSTICO (CIE 10)	
NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS SUBSIDIOS PAGADOS	
MONTO DFL44 1978	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO DFL 44 1978 (\$)	
MONTO SUB PAGADO	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)	
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE	
NUM CHEQUE	NUMBER(15)	N° CHEQUE	
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA EMISION DEL CHEQUE (AAAAMMDD)	
NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS COTIZACION PAGADAS	
MONTO FP	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)	
MONTO SALUD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SALUD (7%) (\$)	
MONTO SALUD AD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)	
MONTO DESAHUCIO	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION DESAHUCIO E INDEMNIZACION (\$)	
MONTO COTIZ FU	NUMBER(8)	MONTO TOTAL DE COTIZ CARGO DEL FONDO UNICO (\$)	
MONTO COTIZ SC	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)	
ARCHIVO N° 08			NOMINA DE SUBSIDIOS POR PERMISO POR ENFERMEDAD GRAVE DEL HIJO MENOR DE UN AÑO (REEMBOLSOS)
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION	
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)	
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD	
ENTID RUT	NUMBER(8)	RUT ENTIDAD A LA QUE SE LE EFECTUA EL REEMBOLSO	
DV ENTID	CHAR(1)	DV RUT ENT	
ENTID NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE SE LE EFECTUA EL REEMB	
MONTO REEMBOLSO	NUMBER(8)	MONTO DEL REEMBOLSO (\$)	
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE	
NUM CHEQUE	NUMBER(15)	N° CHEQUE DE REEMBOLSO	
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA EMISION DEL CHEQUE DE REEMBOLSO (AAAAMMDD)	
BENF RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO	
DV BENF RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEF	
BENF NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO NOMBRES)	
LMEI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA	
LMEI DESDE	CHAR(8)	DURACION LICENCIA DESDE (AAAAMMDD)	
LMEI HASTA	CHAR(8)	DURACION LICENCIA HASTA (AAAAMMDD)	
NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(3)	N° DIAS LICENCIA	
DIAGN CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE DIAGNOSTICO (CIE 10)	
NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS SUBSIDIO PAGADOS	
MONTO DFL44 1978	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO DFL 44 DE 1978 (\$)	
MONTO SUB PAGADO	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)	
NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(3)	N° DIAS COTIZACION PAGADAS	
MONTO FP	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)	
MONTO SALUD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SALUD (7%) (\$)	
MONTO SALUD AD	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)	
MONTO DESAHUCIO	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION DESAHUCIOS E INDEMNIZACION (\$)	
MONTO COTIZ FU	NUMBER(8)	MONTO TOTAL DE COTIZ CARGO DEL FONDO UNICO (\$)	
MONTO COTIZ SC	NUMBER(8)	MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)	
ARCHIVO N° 09			NOMINA DE PAGO ELECTRONICO DE COTIZACIONES POR SUBSIDIOS MATERNALES (I)
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION	
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)	
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD QUE PAGA COTIZACIONES (SERV SALUD/CCAF/ISAPRE)	
ENTID RUT	NUMBER(8)	RUT ENTIDAD QUE RECIBE EL PAGO DE COTIZACIONES	
DV ENTID	CHAR(1)	DV	
ENTID NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE ENTIDAD QUE RECIBE PAGO COTIZ (AFP/INP/FONASA/CCAF/ISAPRE/AFIC)	
MES DE PAGO	NUMBER(6)	MES DE PAGO (AAAAMM)	
NUM FOLIO DECLARACION	NUMBER(8)	N° DE FOLIO DECLARACION	
ARCHIVO N° 10			NOMINA DE PAGO ELECTRONICO DE COTIZACIONES POR SUBSIDIOS MATERNALES (II)
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION	
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)	
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD QUE PAGA COTIZACIONES (SERV SALUD/CCAF/ISAPRE)	
ENTID RUT	NUMBER(8)	RUT ENTIDAD QUE PAGA COTIZ (SERV DE SALUD/CCAF/ISAPRES)	
DV ENTID	CHAR(1)	DV	
ENTID NOMBRE	CHAR(60)	ENTIDAD QUE PAGA COTIZ (SERV DE SALUD/CCAF/ISAPRES)	
MES DE PAGO	NUMBER(6)	MES DE PAGO (AAAAMM)	
NUM FOLIO DECLARACION	NUMBER(8)	N° DE FOLIO DECLARACION	

ARCHIVO N° 11		
NOMINA DE PAGO DE COTIZACIONES POR SUBSIDIOS		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD QUE PAGA COTIZACIONES (SERV SALUD/ CCAF/ ISAPRE)
BENF RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEF
BENF NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)
DOM TIPO LICENCIA	NUMBER(1)	TIPO DE LICENCIA
IMEDI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA
IMEDI DESDE	CHAR(8)	DURACION LICENCIA DESDE (AAAAMMDD)
IMEDI HASTA	CHAR(8)	DURACION LICENCIA HASTA (AAAAMMDD)
NUM DIAS PAGADOS	NUMBER(3)	DIAS PAGADOS
MONTO REMUN IMPONIBLE	NUMBER(6)	MONTO REM IMP P/CALCULO COTIZ (\$)
COTIZACIONES PAGADAS	NUMBER(6)	COTIZACIONES PAGADAS (\$)
ARCHIVO N° 12		
NOMINA DE CHEQUES CADUCADOS EN PODER DE LA ENTIDAD PAGADORA		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
CORRELATIVO	NUMBER(3)	N° CORRELATIVO
BENF RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEF
BENF NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)
MONTO SUB A PAGAR	NUMBER(6)	MONTO SUBSIDIO POR PAGAR (\$)
SERIE CHEQUE CADUCADO	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE CADUCADO
NUM CHEQUE CADUCADO	NUMBER(15)	N° CHEQUE CADUCADO
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA DE EMISION DEL CHEQUE (AAAAMMDD)
FECHA CADUCIDAD CHEQUE	CHAR(8)	FECHA DE CADUCIDAD (AAAAMMDD)
DOM TIPO LICENCIA	NUMBER(1)	TIPO DE LICENCIA
IMEDI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA
ENTID NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE SE REEMBOLSA
CODIGO BANCO	CHAR(10)	CODIGO DEL BANCO
ARCHIVO N° 13		
NOMINA DE CHEQUES CADUCADOS EN PODER DEL BENEFICIARIO		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
CORRELATIVO	NUMBER(3)	N° CORRELATIVO
BENF RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEF
BENF NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)
MONTO A PAGAR	NUMBER(6)	MONTO SUBSIDIO POR PAGAR (\$)
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE CADUCADO
NUM CHEQUE CADUCADO	NUMBER(15)	N° CHEQUE CADUCADO
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA DE EMISION DEL CHEQUE (AAAAMMDD)
FECHA CADUCIDAD CHEQUE	CHAR(8)	FECHA DE CADUCIDAD (AAAAMMDD)
DOM TIPO LICENCIA	NUMBER(1)	TIPO DE LICENCIA
IMEDI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA
ENTID NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE SE REEMBOLSA
CODIGO BANCO	CHAR(10)	CODIGO DEL BANCO
ARCHIVO N° 14		
NOMINA DE CHEQUES EMITIDOS EN REEMPLAZO DE CHEQUES CADUCADOS QUE HAN SIDO ANULADOS		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
CORRELATIVO	NUMBER(3)	N° CORRELATIVO
BENF RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEF
BENF NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)
MONTO A PAGAR	NUMBER(6)	MONTO SUBSIDIO POR PAGAR (\$)
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE CADUCADO
NUM CHEQUE CADUCADO	NUMBER(15)	N° CHEQUE CADUCADO
CODIGO BANCO	CHAR(10)	BANCO
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA DE EMISION DEL CHEQUE CADUCADO (AAAAMMDD)
SERIE NUEVO CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL NUEVO CHEQUE
NUM CHEQUE NUEVO	NUMBER(15)	N° DEL NUEVO CHEQUE
FECHA EMISION NUEVO CHEQUE	CHAR(8)	FECHA DEL NUEVO CHEQUE (AAAAMMDD)
DOM TIPO LICENCIA	NUMBER(1)	TIPO DE LICENCIA
IMEDI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA
ENTID NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE SE REEMBOLSA
MES NOMINA	CHAR(6)	MES DE LA NOMINA EN QUE SE INFORMO EL CHEQUE CADUCADO (AAAAMM)

ARCHIVO N° 15		
NOMINA DE CHEQUES ANULADOS COBRADOS PREVIAMENTE AL FONDO		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
CORRELATIVO	NUMBER(3)	N° CORRELATIVO
BENF_RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF_RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEF
BENF_NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)
MONTO A PAGAR	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO POR PAGAR (\$)
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE ANULADO
NUM CHEQUE ANULADO	NUMBER(15)	N° CHEQUE ANULADO
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA DE EMISION DEL CHEQUE (AAAAMMDD)
FECHA ANULACION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA DE ANULACION (AAAAMMDD)
DOM TIPO LICENCIA	NUMBER(1)	TIPO DE LICENCIA
LMEDI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA
ENTIDR NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE SE REEMBOLSA
MES NOMINA	CHAR(6)	MES DE LA NOMINA EN QUE SE INFORMO EL CHEQUE ANULADO (AAAAMM)
CODIGO_BANCO	CHAR(10)	BANCO
ARCHIVO N° 16		
NOMINA DE CHEQUES EMITIDOS EN REEMPLAZO DE CHEQUES ANULADOS		
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION
MES INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)
ENTID CODIGO	CHAR(10)	CODIGO DE LA ENTIDAD
CORRELATIVO	NUMBER(3)	N° CORRELATIVO
BENF_RUT	NUMBER(8)	RUT BENEFICIARIO
DV BENF_RUT	CHAR(1)	DV RUT BENEF
BENF_NOMBRE	CHAR(60)	NOMBRE BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)
MONTO A PAGAR	NUMBER(8)	MONTO SUBSIDIO POR PAGAR (\$)
SERIE CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL CHEQUE ANULADO
NUM CHEQUE ANULADO	NUMBER(15)	N° CHEQUE ANULADO
FECHA EMISION CHEQUE	CHAR(8)	FECHA DE EMISION DEL CHEQUE ANULADO (AAAAMMDD)
SERIE NUEVO CHEQUE	CHAR(10)	SERIE DEL NUEVO CHEQUE
NUM CHEQUE NUEVO	NUMBER(15)	N° DEL NUEVO CHEQUE
FECHA EMISION NUEVO CHEQUE	CHAR(8)	FECHA DEL NUEVO CHEQUE (AAAAMMDD)
DOM TIPO LICENCIA	NUMBER(1)	TIPO DE LICENCIA
LMEDI NUMERO	CHAR(10)	N° DE LICENCIA MEDICA
MES NOMINA	CHAR(6)	MES DE LA NOMINA EN QUE SE INFORMO EL CHEQUE ANULADO (AAAAMM)

	ARCHIVO N° 99	ARCHIVO DE REGISTROS DE CONTROL Y TOTALES	
NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION	VALOR FIJO
PO REGISTRO	NUMBER(2)	NUMERO DE ARCHIVO ASOCIADO	01
ME INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAAM)	
OT REGISTROS	NUMBER(9)	TOTAL DE REGISTROS CONTENIDOS EN EL ARCHIVO DETALLE	
OT MONTO RECUPERADO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO RECUPERADO (\$)	
PO REGISTRO	NUMBER(2)	NUMERO DE ARCHIVO ASOCIADO	02
ME INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAAM)	
OT REGISTROS	NUMBER(9)	TOTAL DE REGISTROS CONTENIDOS EN EL ARCHIVO DETALLE	
OT MONTO PAGADO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)	
OT MONTO COTIZ FU	NUMBER(12)	TOTAL MONTO TOTAL DE COTIZ CARGO DEL FONDO UNICO (\$)	
OT MONTO COTIZ SC	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZ SEGURO DE CESANTIA (\$)	
OT MONTO REINTEGRADO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO A REINTEGRAR (\$)	
PO REGISTRO	NUMBER(2)	NUMERO DE ARCHIVO ASOCIADO	03
ME INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAAM)	
OT REGISTROS	NUMBER(9)	TOTAL DE REGISTROS CONTENIDOS EN EL ARCHIVO DETALLE	
OT NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS LICENCIA	
OT NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS SUBSIDIOS PAGADOS	
OT MONTO DFL44 1978	NUMBER(12)	TOTAL MONTO SUBSIDIO DFL 44 DE 1978 (\$)	
OT MONTO SUB PAGADO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)	
OT NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(12)	TOTAL N° DIAS COTIZACION PAGADAS	
OT MONTO FP	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)	
OT MONTO SALUD	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION SALUD (7%) (\$)	
OT MONTO SALUD AD	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)	
OT MONTO DESAHUCIO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION DESAHUCIO E INDEMNIZACION (\$)	
OT MONTO COTIZ FU	NUMBER(12)	TOTAL MONTO TOTAL DE COTIZ CARGO DEL FONDO UNICO (\$)	
OT MONTO COTIZ SC	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)	
PO REGISTRO	NUMBER(2)	NUMERO DE ARCHIVO ASOCIADO	04
ME INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAAM)	
OT REGISTROS	NUMBER(9)	TOTAL DE REGISTROS CONTENIDOS EN EL ARCHIVO DETALLE	
OT NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS LICENCIA	
OT NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS SUBSIDIOS PAGADOS	
OT MONTO DFL44 1978	NUMBER(12)	TOTAL MONTO SUBSIDIO DFL 44 DE 1978 (\$)	
OT MONTO SUB PAGADO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)	
OT NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS COTIZACION PAGADAS	
OT MONTO FP	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)	
OT MONTO SALUD	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION SALUD (7%) (\$)	
OT MONTO SALUD AD	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)	
OT MONTO DESAHUCIO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION DESAHUCIO E INDEMNIZACION (\$)	
OT MONTO COTIZ FU	NUMBER(12)	TOTAL MONTO TOTAL DE COTIZ CARGO DEL FONDO UNICO (\$)	
OT MONTO COTIZ SC	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)	
PO REGISTRO	NUMBER(2)	NUMERO DE ARCHIVO ASOCIADO	34
ME INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAAM)	
SUM NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(12)	SUMA N° DIAS LICENCIA	
SUM NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(12)	SUMA N° DIAS SUBSIDIOS PAGADOS	
SUM MONTO DFL44 1978	NUMBER(12)	SUMA MONTO SUBSIDIO DFL 44 DE 1978 (\$)	
SUM MONTO SUB PAGADO	NUMBER(12)	SUMA MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)	
SUM NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(12)	SUMA N° DIAS COTIZACION PAGADAS	
SUM MONTO FP	NUMBER(12)	SUMA MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)	
SUM MONTO SALUD	NUMBER(12)	SUMA MONTO COTIZACION SALUD (7%) (\$)	
SUM MONTO SALUD AD	NUMBER(12)	SUMA MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)	
SUM MONTO DESAHUCIO	NUMBER(12)	SUMA MONTO COTIZACION DESAHUCIO E INDEMNIZACION (\$)	
SUM MONTO COTIZ FU	NUMBER(12)	SUMA MONTO TOTAL DE COTIZ CARGO DEL FONDO UNICO (\$)	
SUM MONTO COTIZ SC	NUMBER(12)	SUMA MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)	
PO REGISTRO	NUMBER(2)	NUMERO DE ARCHIVO ASOCIADO	05
ME INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAAM)	
OT REGISTROS	NUMBER(9)	TOTAL DE REGISTROS CONTENIDOS EN EL ARCHIVO DETALLE	
OT NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS LICENCIA	
OT NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS SUBSIDIOS PAGADOS	
OT MONTO DFL44 1978	NUMBER(12)	TOTAL MONTO SUBSIDIO DFL N° 44 DE 1978 (\$)	
OT MONTO SUB PAGADO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)	
OT NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS COTIZACION PAGADAS	
OT MONTO FP	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)	
OT MONTO SALUD	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION SALUD (7%) (\$)	
OT MONTO SALUD AD	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)	
OT MONTO DESAHUCIO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION DESAHUCIO E INDEMNIZACION (\$)	
OT MONTO COTIZ FU	NUMBER(12)	TOTAL MONTO TOTAL DE COTIZ CARGO DEL FONDO UNICO (\$)	
OT MONTO COTIZ SC	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)	
PO REGISTRO	NUMBER(2)	NUMERO DE ARCHIVO ASOCIADO	06
ME INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAAM)	
OT REGISTROS	NUMBER(9)	TOTAL DE REGISTROS CONTENIDOS EN EL ARCHIVO DETALLE	
OT NUM DIAS LICENCIA	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS LICENCIA	
OT NUM DIAS SUB PAGADOS	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS SUBSIDIOS PAGADOS	
OT MONTO DFL44 1978	NUMBER(12)	TOTAL MONTO SUBSIDIO DFL N° 44 DE 1978 (\$)	
OT MONTO SUB PAGADO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO SUBSIDIO PAGADO (\$)	
OT NUM DIAS COTIZ PAGADOS	NUMBER(6)	TOTAL N° DIAS COTIZACION PAGADAS	
OT MONTO FP	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION A FONDOS DE PENSIONES (\$)	
OT MONTO SALUD	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION SALUD (7%) (\$)	
OT MONTO SALUD AD	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION ADICIONAL SALUD (\$)	
OT MONTO DESAHUCIO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION DESAHUCIO E INDEMNIZACION (\$)	
OT MONTO COTIZ FU	NUMBER(12)	TOTAL MONTO TOTAL DE COTIZ CARGO DEL FONDO UNICO (\$)	
OT MONTO COTIZ SC	NUMBER(12)	TOTAL MONTO COTIZACION SEGURO DE CESANTIA (\$)	

Especificaciones Generales de los Archivos Planos

1. Introducción

El propósito de este documento es definir el conjunto de archivos de textos a utilizar como medio de transferencia de información por las entidades externas, objeto de la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social en materias de las Nóminas de Subsidios Maternales.

La finalidad de estos archivos es poder recibir de parte de estas entidades la información necesaria para realizar el poblamiento de la Base de Datos

2. Nomenclatura del nombre de Archivo

2.1 Nombre de los Archivos

El formato completo del nombre del archivo es: EEEEEENN.MES

EEEEE = Código de la entidad
NN = Número identificatorio de la materia correspondiente al archivo, individualizado en el cuerpo del presente informe
MES = Extensión del archivo (variable), dependiendo de la periodicidad de envío de la información.

Nota:

Considerar en el MES las tres primeras letras del mes que se informa, por ejemplo:
Enero = ENE, Febrero = FEB, Marzo = MAR, Abril = ABR, Mayo = MAY, Junio = JUN,
Julio = JUL, Agosto = AGO, Septiembre = SEP, Octubre = OCT, Noviembre = NOV,
Diciembre = DIC.

EEEEE: Se distribuirá un catálogo de los códigos de las Entidades involucradas.

2.2 Formato de Campos

Para todos los archivos especificados, el carácter a utilizar como separador de campos será el carácter “;” (punto y coma).

Los campos de tipo “CHAR” deberán estar alineados a la izquierda y ser completados con espacios en blanco, a la derecha, si su contenido de información es menor que el largo especificado para el campo.

Los campos de tipo “NUMBER” deberán estar alineados a la derecha y ser completados con ceros a la izquierda, si su contenido de información es menor que el largo especificado para el campo.

En el caso de los campos fecha, cada elemento (Año, Mes, Día) deberá cumplir con lo especificado en el párrafo relativo a campos numéricos. (es decir, 20030109)

Los campos R.U.T. deberán estar alineados a la derecha y ser completados con ceros, a la izquierda, si su contenido de información es menor que el largo especificado para el campo.

3. Formato del archivo de Control

3.1 Registro de Control (Línea validación)

Cada archivo a enviar, lease desde el archivo N° 01 al 16, tiene un correspondiente registro de control en el archivo N° 99. Se destaca que el formato de los registro de éste archivo N° 99 es de largo y campos variables.

Por ejemplo : Para el archivo N° 1 su registro de control en el archivo N° 99 es :

NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION	VALOR FIJO
TIPO_REGISTRO	NUMBER(2)	NUMERO DE ARCHIVO ASOCIADO	01
TIPO_INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)	
TOTAL_REGISTROS	NUMBER(9)	TOTAL DE REGISTROS CONTENIDOS EN EL ARCHIVO DETALLE	
TOTAL_MONTO_RECUPERADO	NUMBER(12)	TOTAL MONTO RECUPERADO (\$)	

El campo " TIPO_REGISTRO" indica a que archivo de datos corresponde, en este caso el "Valor fijo" señalado es "01". Luego los otros campos que corresponden a datos del periodo y algunos totales.

Otro ejemplo : Para el archivo N° 11 su registro de control en el archivo N° 99 es :

NOMBRE CAMPO	FORMATO	DESCRIPCION	VALOR FIJO
TIPO_REGISTRO	NUMBER(2)	NUMERO DE ARCHIVO ASOCIADO	11
TIPO_INFORMACION	CHAR(6)	MES Y AÑO DE LA INFORMACION (AAAAMM)	
TOTAL_REGISTROS	NUMBER(9)	TOTAL DE REGISTROS CONTENIDOS EN EL ARCHIVO DETALLE	
TOTAL_NUM_DIAS_PAGADOS	NUMBER(6)	TOTAL DIAS PAGADOS	
TOTAL_MONTO_REMUN_IMPONIBLE	NUMBER(12)	TOTAL MONTO REM. IMP P/CALCULO COTIZ.(\$)	
TOTAL_COTIZACIONES_PAGADAS	NUMBER(12)	TOTAL COTIZACIONES PAGADAS (\$)	

En este otro caso, el campo " TIPO_REGISTRO" el "Valor fijo" señalado es "11" lo que indica que corresponde al archivo N° 11. Luego los otros campos que corresponden a datos del periodo y algunos totales.

Otro punto a considerar es que los registros de control con los "Valores Fijos" "34", "56" y "78" corresponden a sumalizaciones de los respectivos campos de los archivos "03" y "04", "05" y "06" finalmente de "07" y "08" respectivamente.

Finalmente : Cualquier consulta relacionado al uso y configuración de estos archivos planos pueden ser remitidas al mail hrojas@suseso.gov.cl o al fono 02-6204598.

ANEXO N° 4
RESUMEN DE COTIZACIONES PREVISIONALES
ENTERADAS EN EL MES DE

INSTITUCION.....

INSTITUCIONES	TIPOS DE SUBSIDIOS				N° de cheque	Banco
	PRE NATAL	POST NATAL	PERMISO POR ENFERMEDAD GRAVE DEL HIJO MENOR DE UN AÑO	TOTAL		
1. FONDOS DE PENSIONES						
LFP CUPRUM S A						
LFP HABITAT S A						
LFP MAGISTER S A						
LFP PLANVITAL S A						
LFP PROVIDA S A						
LFP SANTA MARIA S A						
LFP SUMMA-BANSANDER S A						
INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL						
INSTITUCIONES PUBLICAS (*)						
SUB-TOTAL						
2. FONDOS DE SALUD						
FONDO NACIONAL DE SALUD						
CAJAS DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR						
INSTITUTO DE SALUD PREVISIONAL						
INSTITUCIONES PUBLICAS (*)						
SUB-TOTAL						
3. COTIZACIONES DESAHUCIO E INDEMNIZACION						
INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL						
INSTITUCIONES PUBLICAS (*)						
SUB-TOTAL						
TOTAL CARGO FONDO UNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES Y SUBSIDIOS DE CESANTIA						
4. COTIZACION SEGURO DE CESANTIA						
AFF CUPRUM S A						
AFF HABITAT S A						
AFF MAGISTER S A						
AFF PLANVITAL S A						
AFF PROVIDA S A						
AFF SANTA MARIA S A						
AFF SUMMA-BANSANDER S A						
INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL						
TOTAL						

(*) Corresponde a las cotizaciones efectuadas por las instituciones empleadoras de imponentes afectos a la Ley N° 18 834, o a otras normas especiales que otorguen derecho a remuneración durante los periodos acogidos a licencias médicas, que son restituidas posteriormente por las entidades pagadoras de subsidios conjuntamente con dicho beneficio.

ANEXO N°5

PAGO ELECTRONICO DE COTIZACIONES

Nombre de la transferencia electrónica de información: CONFIRMACION

Descripción

Es la transferencia electrónica de información que es generada por la entidad previsional receptora de las cotizaciones (AFP, INP, FONSA, ISAPRE o AFC) y que tiene como destinatario al empleador, trabajador independiente o entidad pagadora de subsidio, para certificar que las cotizaciones previsionales han sido pagadas a las Entidades correspondiente.

Emisor de la transferencia electrónica	Nombre de la Entidad Previsional (A F P / INP/ FONASA/ C C.A.F./ ISAPRE/ AFC)
Receptor de la transferencia electrónica	Nombre entidad pagadora de subsidio

Registro

Item	Mandatario o Condiciona
Nombre de la transferencia electrónica	
Identificación Entidad Previsional originadora de la transferencia electrónica	
Fecha operación	
Hora operación	
Número folio de la DECLARACION	
RUT con DV de la entidad pagadora de subsidio	
Nombre de la entidad pagadora de subsidio titular de la cuenta corriente	
Número de la cuenta corriente de la entidad pagadora de subsidio	
Fecha de confirmación	
Hora de confirmación	
Monto pagado por cotizaciones de pensiones y otros	
Monto pagado por cotización de salud	
Monto pagado por cotización para cesantía	
Período de pago	
Número de afiliados	
Fecha de los cargos en cuenta corriente	
Identificación institución bancaria de efectuó el cargo	

Glosa:

La entidad previsional receptora de las cotizaciones _____, que certifica que el pago de las cotizaciones previsionales que ha sido enviado vía internet por la entidad pagadora de subsidios _____, RUT _____, correspondiente a los subsidios del mes __/__/__, ha sido recibida con fecha __/__/__

La declaración completa puede ser verificada en la entidad previsional correspondiente con la documentación respectiva mediante el número de folio _____ de su **DECLARACION** electrónica

CUADRO N°2

**NUMERO DE SUBSIDIOS INICIADOS Y DIAS DE SUBSIDIOS PAGADOS,
SEGUN TIPO DE SUBSIDIO Y SEXO DEL BENEFICIARIO**

TIPO DE SUBSIDIO Y SEXO DEL BENEFICIARIO	NUMERO DE SUBSIDIOS INICIADOS	NUMERO DE DIAS DE SUBSIDIO PAGADOS
Reposo Prenatal		
- Mujeres		
Reposo Postnatal		
- Hombres		
- Mujeres		
- Hombres por menores en adopción		
- Mujeres por menores en adopción		
Enf. Grave del hijo < de 1 año		
- Hombres		
- Mujeres		
- Hombres por menores en adopción		
- Mujeres por menores en adopción		
TOTAL		
- Hombres		
- Mujeres		
- Hombres por menores en adopción		
- Mujeres por menores en adopción		

CUADRO N° 3

**NUMERO DE SUBSIDIOS INICIADOS, SEGUN ACTIVIDAD ECONOMICA
Y TIPO DE SUBSIDIO**

ACTIVIDAD ECONOMICA	TIPO DE SUBSIDIO			TOTAL
	PRENATAL	POSTNATAL	ENF G DEL H MENOR	
Agricultura				
Mineria				
Industria				
Construcción				
Elect. Gas Agua				
Comercio				
Transporte				
Servicios				
Servicio Doméstico				
Otros				
TOTAL				

Nota . La información incluye en los respectivos tipo de Subsidios , los correspondientes a los beneficiarios con menores en adopción

CUADRO N° 4

**NUMERO DE SUBSIDIOS INICIADOS, SEGUN REGION
Y TIPO DE SUBSIDIO**

REGION	TIPO DE SUBSIDIO			TOTAL
	PRENATAL	POSTNATAL	ENF G DEL H MENOR	
Primera				
Segunda				
Tercera				
Cuarta				
Quinta				
Sexta				
Septima				
Octava				
Novena				
Décima				
Undécima				
Duodécima				
Area Metropolitana				
TOTAL				

Nota : La información incluye en los respectivos tipo de Subsidios , los correspondientes a los beneficiarios con menores en adopción.

CUADRO N° 5

NUMERO DE DIAS DE SUBSIDIO PAGADOS, SEGUN ACTIVIDAD ECONOMICA Y TIPO DE SUBSIDIO

ACTIVIDAD ECONOMICA	TIPO DE SUBSIDIO			TOTAL
	PRENATAL	POSTNATAL	NF. G. DEL H. MENO	
Agricultura				
Minería				
Industria				
Construcción				
Elect. Gas Agua				
Comercio				
Transporte				
Servicios				
Servicio Doméstico				
Otros				
TOTAL				

Nota : La información incluye en los respectivos tipo de Subsidios , los correspondientes a los beneficiarios con menores en adopción

CUADRO N° 6

NUMERO DE DIAS DE SUBSIDIO PAGADO, SEGUN REGION Y TIPO DE SUBSIDIO

REGION	TIPO DE SUBSIDIO			TOTAL
	PRENATAL	POSTNATAL	NF. G. DEL H. MENO	
Primera				
Segunda				
Tercera				
Cuarta				
Quinta				
Sexta				
Septima				
Octava				
Novena				
Décima				
Undécima				
Duodécima				
Area Metropolitana				
TOTAL				

Nota : La información incluye en los respectivos tipo de Subsidios , los correspondientes a los beneficiarios con menores en adopción