

Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

/ LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES

LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES

TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT)

A. Aspectos generales del SISESAT

El SISESAT administrado por la Superintendencia de Seguridad Social, se crea con la finalidad de contar con adecuada información nacional para la formulación de políticas públicas en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y fortalecer los procesos asociados a la prevención y fiscalización en el ámbito de la seguridad laboral en Chile.

En efecto, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2° letra g) de la Ley N°16.395, corresponde a la Superintendencia de Seguridad Social administrar y mantener actualizado el SISESAT el que deberá contener, a lo menos, la información de las denuncias de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales, los diagnósticos de enfermedad profesional, los exámenes y las evaluaciones realizadas, las calificaciones de los accidentes y enfermedades, y las actividades de prevención y fiscalización que correspondan, asegurando la privacidad de los datos personales y sensibles.

Por su parte, los organismos administradores del Seguro de la Ley 16.744, de acuerdo con lo establecido en el Art. N°74, del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, están obligados a contar con bases de datos que contengan, al menos, la información contenida en las Denuncias Individuales de Accidentes del Trabajo o de Trayecto (DIAT), en las Denuncias Individuales de Enfermedades Profesionales (DIEP), los diagnósticos de enfermedades profesionales, las incapacidades que afecten a los trabajadores, las indemnizaciones otorgadas y las pensiones constituidas, de acuerdo a las instrucciones que imparta la Superintendencia de Seguridad Social.

El SISESAT permite capturar, almacenar y gestionar la información remitida por los organismos administradores del Seguro de la Ley 16.744, desde los sistemas de información propios, mediante procesos electrónicos.

La primera etapa de este sistema, inició su operación en régimen el año 2010, con la captura de información de las denuncias individuales de accidentes del trabajo (DIAT) y de enfermedades profesionales (DIEP), remitidas por los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, vía Web Services, y posteriormente, considerando la implementación paulatina e incremental de los documentos que formarán parte de este sistema, se incorporó la información de la Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades (RECA); la Orden de Reposo Laboral o Licencia Médica (RELA); el Certificado de Alta Laboral (ALLA), y el Certificado de Alta Médica (ALME) y la información de la Resolución de Incapacidad Permanente (REIP), documentos que forman parte de lo que se ha denominado el Módulo de Accidentes y Enfermedades Profesionales.

Por otra parte, el SISESAT considera el diseño, desarrollo e implementación de documentos con información de las actividades de prevención que realizan los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 y de fiscalización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Considerando que uno de los objetivos específicos definidos para el SISESAT es la elaboración de las estadísticas de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales, además de la modernización y la estandarización de procedimientos e instrumentos de recolección de datos, el sistema exige la incorporación de prácticas de codificación en el tratamiento de los datos recogidos.

1. Objetivo del Sistema

El SISESAT se manifiesta en una plataforma electrónica que permite que los flujos de información entre los organismos administradores y la Superintendencia de Seguridad Social se puedan realizar de manera eficiente, facilitando el cumplimiento de las obligaciones que el marco normativo exige a los diversos actores institucionales involucrados en los procesos derivados de la operación del mismo y proporcionando elementos necesarios para el análisis y formulación de políticas públicas en relación con la materia.

Asimismo, permitirá que los organismos administradores puedan acceder a la información pertinente con las debidas restricciones a efectos de diseñar e implementar acciones preventivas referidas a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Adicionalmente, permitirá que los diversos actores que participan de los procesos vinculados a la operación del Seguro de la Ley N°16.744 (trabajadores, empleadores, entre otros) puedan acceder a la información pertinente con las debidas restricciones, según sus particulares necesidades y competencias.

2. Rol de los organismos administradores

Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 y las empresas con administración delegada, deben interactuar con el sistema de información a efectos de proporcionar toda la información relevante que surja con motivo de los procesos originados a partir de una denuncia de accidente del trabajo o de una enfermedad profesional. Los flujos de información están soportados en determinados documentos electrónicos, definidos en su formato y contenido, de acuerdo a la legislación vigente.

En los casos de aquellos documentos cuyo origen no necesariamente es el propio organismo administrador (denuncias, resoluciones de incapacidades permanentes, resoluciones de la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales [COMERE] o la Superintendencia de Seguridad Social, entre otras), corresponde de todos modos a éste integrar al sistema de información el contenido de las mismas. De modo similar, en el caso de aquellos documentos cuyo origen es una institución que participa en la provisión de las prestaciones médicas en el marco de un convenio con el organismo administrador, corresponde igualmente a éste integrar al sistema de información los documentos relacionados con las mismas (datos propios de la orden de reposo o licencia médica, alta laboral o alta médica).

Todos los documentos electrónicos que digan relación con un caso determinado constituirán, en su conjunto, un expediente electrónico.

Por otra parte, cada organismo administrador deberá contar con un Supervisor Técnico en relación a SISESAT, quien tendrá como principales funciones:

- a) Verificar la calidad y completitud de los documentos enviados;
- b) Revisar el cumplimiento de los plazos para el envío de los documentos, y
- c) Responder a los oficios que emanen de la Superintendencia de Seguridad Social, relacionados al módulo SIATEP de SISESAT.

El nombramiento del Supervisor Técnico deberá ser informado a la Superintendencia de Seguridad Social, a la dirección de correo electrónico sisesat@suseso.cl.

3. Descripción del modelo operativo

El SISESAT permite, como ya se señaló, la recepción y almacenamiento de la información proveniente de los organismos administradores que se genera a partir de distintos procesos:

- a) Aquellos iniciados con motivo de denuncias de accidentes del trabajo o de enfermedades profesionales y que se manifiesta en documentos que registran los pronunciamientos que ocurren en las distintas instancias del proceso.

En efecto, el proceso originado en una nueva denuncia de accidente del trabajo o enfermedad profesional implica que se deben desarrollar una serie de acciones, entre las cuales se cuentan: la calificación del origen del accidente o la enfermedad; el otorgamiento de la orden de reposo o licencia médica; el establecimiento del diagnóstico; el otorgamiento del alta laboral; el otorgamiento del alta médica y la resolución de la incapacidad permanente, acciones que, en su mayoría, deben ser efectuadas por el organismo administrador, quedando registradas en los respectivos documentos.

Asimismo, considerando que todas las resoluciones o certificaciones posteriores a la denuncia son potencialmente reclamables ante la COMERE y las resoluciones de ésta, apelables a su vez ante la Superintendencia de Seguridad Social, cuando se trata de resoluciones de incapacidad permanente en materias de orden médico, estas entidades pueden dictar resoluciones modificatorias de aquellas pronunciadas por los organismos administradores o por la respectiva COMPIN, los cuales están obligados a cumplirlas, debiendo generar como consecuencia nuevos documentos.

Es responsabilidad del organismo administrador incorporar al sistema de información el contenido de dichos certificados y resoluciones, teniendo presente que podrán existir tantas resoluciones como pronunciamientos hayan existido por parte de las instituciones señaladas, debiéndose registrar todas ellas en el sistema.

- b) Aquellos asociados a las actividades de prevención que realizan los organismos administradores, como son los programas de vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores y las actividades de capacitaciones dirigidas a los trabajadores de las entidades empleadoras adheridas o afiliadas.
- c) Registro de las actividades de fiscalización de las entidades públicas y la intervención de los organismos administradores, entre las que se encuentran, los antecedentes del proceso asociado a las infracciones y deficiencias en materia de higiene y seguridad constatadas por la Dirección del Trabajo en las entidades empleadoras y el registro de los accidentes laborales fatales.

Para efectos de proporcionar plena validez legal a los documentos electrónicos generados por los sistemas de información internos de los organismos administradores, y con el fin de facilitar la interacción entre ellos y la Superintendencia de Seguridad Social, se establece como parte de las especificaciones del sistema de información, la definición oficial de los respectivos documentos electrónicos en formato XML, los cuales son especificados sobre la base del principio de equivalencia de medios.

Los organismos administradores deben registrar en sus propios sistemas, los datos necesarios para la construcción de los respectivos documentos electrónicos XML, de acuerdo a las especificaciones que entregue la Superintendencia de Seguridad Social.

Será obligación de los organismos administradores remitir al SISESAT los documentos electrónicos respectivos.

A continuación, se presenta figura con el Modelo Operativo General SISESAT.



Modelo Operativo General SISESAT

4. Descripción del Modelo Tecnológico

El sistema está basado en una Arquitectura Orientada a Servicios (SOA), en la cual existen Web Services que permiten el envío de documentos electrónicos en XML por parte de los organismos administradores y la recepción de ellos por parte de la Superintendencia de Seguridad Social.

Los Web Services, cuyas interfaces pueden ser invocadas por los organismos administradores o la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda, deberán contar con los mecanismos de autenticación que permitan validar al usuario que lo utiliza.

5. Formato de los documentos electrónicos

El formato de los documentos electrónicos es XML, debiendo ser generados cada uno de ellos en consistencia con sus respectivos XML Schema, según lo establecido por el D.S. N°81, de 2004, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

En virtud de lo anterior, cada documento electrónico principal tiene un XML Schema base contra el cual se deberá generar el documento instancia en XML. Este XML Schema base estará formado por aquellos XML Schema Zona que correspondan para cada documento principal, cada uno de los cuales estará referenciado al XML Schema, que permite la validación de todos los datos.

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que permiten conformar cada uno de los documentos electrónicos se encuentran en la dirección <http://www.suseso.cl>.

6. Seguridad de los documentos electrónicos

La seguridad de los documentos electrónicos está resguardada en la medida que éste cumpla con los atributos de autenticidad, integridad, confidencialidad y no repudio. Para ello, deberá considerarse lo siguiente:

- Autenticidad: Los receptores de los documentos electrónicos deberán poder verificar la identidad del emisor del documento.
- Integridad: Los documentos electrónicos no deberán poder ser alterados por un tercero sin que esto sea detectable.
- No repudio: El emisor de los documentos electrónicos no deberá poder negar la autoría del documento.
- Confidencialidad: Los documentos electrónicos o parte de ellos, no podrán ser leídos por actores no autorizados para hacerlo. Para estos efectos los organismos administradores podrán utilizar cualquiera de las siguientes alternativas, o

bien alguna combinación de ellas:

- i) Mecanismo de autenticación biométrica, acompañados al menos de hash de los elementos que se garantizan.
- ii) Utilización de infraestructura de llave pública (PKI) utilizando XML Signature para firmar.
- iii) Utilización de infraestructura de llave pública (PKI) utilizando XML Encryption para cifrar.

En los casos en que el documento original ha sido generado electrónicamente se exige la aplicación de mecanismos que permitan asegurar la autenticidad y no repudio de dichos documentos en relación con sus correspondientes emisores.

Por la especial naturaleza de la información, los organismos administradores deberán capturarla, almacenarla y tratarla siguiendo todos los estándares de seguridad, impidiendo además que la información pueda ser accedida o conocida por terceros no autorizados. En el mismo sentido, deberán efectuar el tratamiento de los datos con absoluta e irrestricta sujeción a las normas existentes en materia de confidencialidad y protección de datos, razón por la cual deberán guardar cautela, privacidad y secreto de toda la información que manejen en sus sistemas computacionales y que sea conocida por sus funcionarios o personas relacionadas con éstos. Este compromiso incluye a todo el personal que trabaje con y para los organismos administradores.

Cada organismo administrador deberá velar por la protección de los datos personales contenidos en la versión impresa de los documentos que se instruyen en este libro, en los términos establecidos en la Ley N°19.628, sobre protección de la vida privada.

B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales

CAPÍTULO I. Aspectos generales

1. Información contenida en el módulo

Este módulo contempla los siguientes documentos que deben ser remitidos por los organismos administradores al SISESAT, con independencia de la forma en que se hayan originado:

- a) Denuncia individual de accidente del trabajo (DIAT)
- b) Denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP)
- c) Resolución de calificación del origen del siniestro (RECA)
- d) Orden de reposo Ley N°16.744 (RELA)
- e) Alta laboral Ley N°16.744 (ALLA)
- f) Alta médica Ley N°16.744 (ALME)
- g) Resolución de incapacidad permanente (REIP)

2. Contenido de los documentos electrónicos

El contenido de cada uno de los documentos antes mencionados se ha estructurado por zonas, con el propósito de identificar de manera única y uniforme la información de cada uno de ellos.

Las zonas de identificación que se han definido son las siguientes:

- a) Zona de identificación del Documento
- b) Zona de identificación del Empleador
- c) Zona de identificación del Trabajador
- d) Zona de identificación del Accidente
- e) Zona de identificación de la Enfermedad
- f) Zona de identificación del Denunciante
- g) Zona de identificación del Diagnóstico
- h) Zona de identificación de la Resolución
- i) Zona de identificación de la Incapacidad temporal
- j) Zona de identificación de Indicaciones de alta laboral
- k) Zona de identificación de Indicaciones de alta médica
- l) Zona de identificación del Médico

- m) Zona de identificación de la Incapacidad permanente
- n) Zona de identificación del ministro de fe y presidente de comisión
- o) Zona de seguridad.

En consecuencia, a modo de ejemplo, el documento electrónico DIAT queda definido en su contenido a partir de las zonas de identificación del DOCUMENTO, EMPLEADOR, TRABAJADOR, ACCIDENTE, DENUNCIANTE Y SEGURIDAD.

El Anexo N°1 "Definición en Llenado de Campos de SISESAT", contiene definiciones específicas para el llenado de campos del módulo de accidentes y enfermedades, en los que se han detectado problemas en la calidad del registro.

3. Significado del contenido de las zonas y códigos de obligatoriedad

Respecto del significado del contenido de las zonas de identificación y de los códigos de obligatoriedad de los datos de los documentos electrónicos, se deberá tener presente:

- a) Glosa: Nombre del elemento del documento electrónico.
- b) Descripción: Explicación comprensiva del elemento.
- c) Tag: Nombre del tag en el documento electrónico del <elemento> o "atributo".
- d) Tipo: Tipo de dato que puede tomar el valor del campo. Estos pueden ser:
 - i) Alfanumérico (String), algunos caracteres como '&' y '<' deben ser reemplazados por la secuencia de escape que el estándar que se utilizará define para dichos caracteres.
 - ii) Numérico (Integer), no debe incluirse separador de miles.
 - iii) Decimal (decimal), los decimales se separan con punto y se indican sólo cuando el valor que se desea incluir contiene decimales significativos.
 - iv) Fecha (Date), tipo de dato estándar en formato AAAA-MM-DD.
 - v) Hora (Time), tipo de dato estándar en formato HH:MM:SS.
 - vi) Fecha Hora (DateTime), tipo de dato estándar en formato AAAA-MMDDTHH:MM:SS.
 - vii) STXXX, tipos simples definidos a partir de tipos de datos estándares.
 - viii) CTXXX, tipos complejos definidos a partir de tipos de datos estándares.
- e) Validación: Validación para el atributo definido.
- f) Código de impresión del campo
 - i) Si el código es I, el campo debe ser impreso.

La impresión de un dato no debe necesariamente ser igual al formato que se especifica en el presente documento. Por ejemplo, una fecha no tiene necesariamente que imprimirse en el formato AAAA-MM-DD, sino que puede ser impresa con el mes en letras o cambiando el orden en que aparecen el año, el mes y día, de manera de facilitar su lectura. Adicionalmente, se puede optar porque un dato cuya impresión es obligatoria, esté pre impreso.
 - ii) Si el código es IE, el elemento representa un Código, se deberá utilizar en la representación impresa la etiqueta equivalente.
 - iii) Si el código es N, no es obligatorio que el campo aparezca impreso en el documento.
- g) Código de obligatoriedad
 - i) Si el código es 1, el dato es obligatorio. El dato debe estar siempre en el documento.
 - ii) Si el código es 2, el dato es condicional. El dato no es obligatorio en todos los documentos, pero pasa a ser obligatorio para determinados denunciadores emisores, cuando se cumple una cierta condición que emana del propio formulario.
 - iii) Si el código es 3, el dato es opcional, puede o no estar en los documentos.

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que permiten conformar cada documento electrónico por medio del cual los organismos administradores remiten la información de la Orden de Reposo Ley N° 16.744 (RELA), el certificado de Alta Laboral (ALLA) y el certificado de Alta Médica (ALME), la Resolución de Calificación (RECA), la Resolución de Incapacidad Permanente (REIP), se encuentran en la página web <http://www.suseso.cl>.

Para acceder a toda la información y documentación referida al Sistema de Información, se puede hacer a través del

mismo sitio web.

4. Formato de los documentos electrónicos

Al respecto, rige lo señalado en el N°5, de la Letra A, de este Título.

5. Seguridad de los documentos electrónicos

De igual modo, aplican en esta materia lo señalado en el N°6, de la Letra A, de este Título.

CAPÍTULO II. Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (DIAT y DIEP)

1. Antecedentes legales de los formularios DIAT y DIEP

El D.S. N°73, de 2005, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, introdujo modificaciones al D.S. N°101, de 1968, del mismo Ministerio, respecto a los formularios de denuncia, tanto en su denominación, como en lo relativo al procedimiento para fijar su contenido, formato y el registro que deben llevar los organismos administradores. Se estableció que el formulario se denominará Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) y Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), para los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, respectivamente.

El citado D.S. N°101, en su artículo 73, señala que será el Ministerio de Salud, a través de las autoridades correspondientes, quien establecerá los datos que deberán contener la DIAT y la DIEP, para cuyo efecto solicitará informe a la Superintendencia de Seguridad Social. Respecto de los formatos de DIAT y DIEP, de uso obligatorio para todos los organismos administradores, se señala que serán establecidos en conjunto, por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Seguridad Social.

2. Contenido de los Formularios DIAT y DIEP

Con independencia de la forma en que se origina la DIAT o la DIEP, es decir, en formulario de papel o electrónico, ambos tendrán el mismo valor en cuanto a los efectos jurídicos, validez o fuerza obligatoria.

Mediante un trabajo coordinado entre el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), en representación del Ministerio de Salud, y la Superintendencia de Seguridad Social, se definieron los datos que contienen los nuevos formularios de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) y de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), y consensuó un diseño y contenido de los formularios, según informó el Ministerio de Salud, mediante el ORD. B52 N°/192, de 16 de enero de 2009, de la Subsecretaría de Salud Pública.

a) La estructura de los formularios DIAT y DIEP está dividida en las siguientes áreas o zonas: "Encabezamiento" que corresponde a la Identificación del Documento, incluye los datos que identifican al documento y al caso específico; "Identificación del Empleador", datos del empleador del trabajador/a accidentado o enfermo/a, según corresponda; "Identificación del Trabajador/a", datos del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a, según corresponda; "Datos del Accidente o de la Enfermedad", registro de la fecha o periodo, el lugar y las circunstancias en que ocurrió el accidente o se originó la enfermedad e "Identificación del Denunciante", datos de la persona que materializó la denuncia del accidente o de la enfermedad.

b) Los datos que contienen los nuevos formularios DIAT y DIEP, son los siguientes.

i) En el ENCABEZAMIENTO:

- Código del Caso: cada organismo asignará un código específico al caso, mientras no esté en funcionamiento el sistema de información Base de Datos Ley N°16.744. Este código deberá identificar a todos los documentos que emitan durante todo el proceso de tratamiento y resolución del caso.
- Fecha de Emisión: Fecha en que se llena el formulario, DIAT o DIEP, según corresponda.
- Folio de la DIAT o la DIEP: Debe ser asignado por el respectivo organismo administrador.

ii) En IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR:

- Nombre o Razón Social de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- RUT de la entidad empleadora o empleador.
- Dirección del domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz.
- Comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
- Número de teléfono del domicilio oficial de la entidad empleadora.
- Actividad Económica que desarrolla la entidad empleadora.
- N° de Trabajadores que se desempeñan en la entidad empleadora, precisando cuántos hombres y cuántas mujeres son.

- Propiedad de la empresa, informar si es pública o privada.
- Tipo de empresa, informar si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios. Y en caso de que sea contratista o subcontratista, se debe señalar la actividad que desarrolla la empresa principal.

iii) En IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A:

- Nombre del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Documento de identidad del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a. (Se sustituye "RUN o RUT" por "documento de identidad", a contar del 1 de abril de 2018).
- La estructura de este campo se conforma por: a) Origen de la identificación, el cual tiene dos posibles valores (1) Nacional y (2) Extranjero; b) Identificador, el cual corresponde a string de máximo 15 caracteres. Cuando el origen de la identificación sea del tipo (1), se aplicará la validación del módulo 11 al identificador. Cuando el origen de la identificación sea del tipo (2), se aceptará el identificador sin la validación del módulo 11.
- Cuando el identificador tenga más de 15 caracteres, se colocarán los primeros 15, contando del extremo izquierdo.
- El orden de prelación de ingreso de los documentos, en el caso de no contar con número de cédula de identidad, es primero el documento de identidad equivalente para los países de Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Uruguay, Paraguay y Perú; en segundo lugar, el número de pasaporte y en tercer lugar, cualquier otro documento.
- En caso que el organismo administrador tome conocimiento de que el trabajador obtuvo número de cédula de identidad, se deberá enviar una nueva versión de los documentos DIAT/DIEP-OA, RECA, ALLA y ALME a SISESAT, bajo el mismo CUN. En el caso del documento RELA se podrá realizar cualquiera de las siguientes acciones: a) Anular los documentos RELA enviados al SISESAT y enviar las nuevas versiones con el número de cédula de identidad, b) Enviar una nueva RELA que resuma los envíos anteriores; y c) Enviar una nueva versión de todas las RELA sin anular las anteriores.
- Dirección del domicilio del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Número telefónico del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Sexo del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Fecha de Nacimiento del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Pueblo originario al que pertenece el trabajador/a accidentado/a o enfermo/a, cuando corresponda.
- Nacionalidad del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Profesión u Oficio del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Antigüedad en la empresa cuando se accidentó o enfermó.
- Tipo de Contrato del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Tipo de ingreso que percibe el trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.
- Categoría Ocupacional del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a.

iv) En DATOS DEL ACCIDENTE: (sólo DIAT)

- Fecha en que ocurrió el accidente.
- Hora en que ocurrió el accidente.
- Hora de ingreso al trabajo del trabajador/a accidentado/a.
- Hora de salida del trabajo del trabajador/a accidentado/a.
- Dirección donde ocurrió el accidente.
- Comuna en que se encuentra la dirección en que ocurrió el accidente.
- Señalar qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente.
- Señalar el lugar preciso donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, o si fue en el

traslado hacia o desde su casa al trabajo u otro lugar).

- Describir ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?
- Señalar cuál era el trabajo habitual del trabajador/a accidentado/a.
- Señalar si al momento del accidente el trabajador/a accidentado/a desarrollaba su trabajo habitual.
- Clasificación del Accidente: como "grave" o "fatal" (según inciso cuarto del art.76 de la Ley N°16.744), o como "Otro", si no lo es.
- Tipo de Accidente: del Trabajo o de Trayecto.
- Para un Accidente de Trayecto, indicar tipo de Accidente de Trayecto de que se trata, el medio de prueba que se presenta, y detalles de éste.

v) En DATOS DE LA ENFERMEDAD: (sólo DIEP)

- Describir las molestias o síntomas que tiene al momento de la denuncia el trabajador/a.
- Indicar el número de días o meses o años que el trabajador/a ha tenido las molestias o síntomas.
- Indicar si había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente.
- Informar la Parte del cuerpo afectada.
- Describir el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias.
- Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias.
- Indicar si existen compañeros de trabajo con las mismas molestias.
- Indicar qué cosas o agentes del trabajo cree que le causan estas molestias.
- Indicar cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo.

vi) En IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE:

- Nombre de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
- RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante
- Número de teléfono del Denunciante.
- Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley N°16.744: empleador o su representante, el propio trabajador/a accidentado/a, un familiar del trabajador/a accidentado/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a accidentado/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
- Firma de la persona que denuncia.

3. Tipos de presentación de los formularios DIAT y DIEP

La DIAT y DIEP podrán originarse utilizando un formulario papel o un formulario electrónico, los cuales tienen un contenido equivalente y sólo cambia su forma de presentación.

a) Formulario papel

Los organismos administradores deberán mantener un stock permanente de formularios de denuncias DIAT y DIEP impresos, a disposición de sus empresas adheridas o afiliadas, así como en sus centros de atención al público, en sus centros asistenciales y en aquellos con los que tengan convenios de atención. Asimismo, las empresas con administración delegada deberán imprimir y mantener un stock adecuado de los formularios DIAT y DIEP en sus centros de atención asistencial.

Dichos organismos deberán, además, mantener los elementos que permitan completar los formularios DIAT y DIEP, a quien lo requiera, y obtener las copias necesarias.

Por otra parte, las personas que atiendan público o reciban consultas, en los centros señalados en el párrafo anterior, deberán estar capacitados acerca del procedimiento de denuncia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, a fin de atender adecuadamente las consultas que se les formulen.

El Instituto de Seguridad Laboral proveerá los formularios DIAT y DIEP en papel a los Servicios de Salud, para que éstos los mantengan en sus centros de atención asistencial.

Sin perjuicio de lo anterior, dichos organismos deberán mantener en sus respectivos sitios web institucionales, a

disposición del público, los formularios de DIAT y DIEP y ponerlos a disposición de sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas, según corresponda, para que éstas puedan imprimirlos y denunciar los accidentes o enfermedades que les ocurran, a causa o con ocasión del trabajo, a sus trabajadores así como también puedan hacerlo los trabajadores independientes cotizantes del Seguro de la Ley N°16.744.

Los formularios DIAT y DIEP en formato papel, ya sea aquéllos que forman parte del stock de impresos que deben mantener los organismos administradores o aquéllos que pueden ser impresos desde los respectivos sitios web de los organismos administradores, deberán ajustarse al contenido señalado en el N°2 precedente. Para los efectos de facilitar y optimizar la impresión de estos formularios de denuncia, en el Anexo N°2 "Denuncia individual de accidentes del trabajo", se adjuntan las especificaciones técnicas para la impresión de dichos formularios, así como una muestra impresa de ambos.

b) DIAT Y DIEP Electrónica

En relación a la DIAT y DIEP como documento electrónico, ya sea que ésta se haya originado electrónicamente o se refiera al formato a través del cual los organismos administradores deberán remitir los datos al SISESAT, deberá ajustarse a la descripción que forma parte del Anexo N°3 "DIAT y DIEP electrónica".

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que permiten conformar la DIAT y DIEP electrónica se encuentran en la dirección <http://www.suseso.cl>.

4. Remisión de la DIAT y DIEP al SISESAT

Los organismos administradores deben remitir al SISESAT todas las denuncias originadas respecto del mismo caso, sin perjuicio que dicho organismo deba luego remitir una denuncia consolidada que dé cuenta sistematizadamente de los datos contenidos en los formularios de denuncia que se refieran al mismo caso concreto. Será este último documento electrónico consolidado al que se le aplicarán las validaciones del sistema de información.

Los organismos administradores deben registrar en sus propios sistemas, la identificación del caso, los datos del trabajador, los datos del empleador, los datos relacionados con el accidente o enfermedad, más todos aquellos datos relevantes de las actividades de proceso anteriormente mencionadas; debiendo construir en base a ello los documentos electrónicos XML señalados, de acuerdo a las especificaciones que se entregan.

Será obligación de los organismos administradores remitir al SISESAT el documento electrónico respectivo (XML), ajustándose al esquema definido para estos efectos en el N°2 anterior, para lo cual podrán darse dos posibilidades:

- a) Que el documento original sea generado en soporte papel, en este caso será responsabilidad del organismo administrador integrar los datos de éste en el documento electrónico respectivo y luego remitirlo al sistema de información. Dicho proceso resulta de especial relevancia, puesto que en esta actividad se estará generando una copia electrónica del original en papel, bajo la responsabilidad de la entidad que efectúe dicho proceso. Es por ello que, para todos los efectos, se requiere que el documento original en soporte papel sea debidamente almacenado y custodiado por el respectivo organismo administrador, según la normativa legal vigente, o
- b) Que el documento original sea generado electrónicamente, en cuyo caso será responsabilidad del organismo administrador recepcionar, almacenar y remitir al sistema de información el documento electrónico respectivo. En este caso, además de cumplir con las especificaciones propias del esquema oficial, se deberán cumplir las normas asociadas al uso de documento electrónico que establece nuestra legislación.

Cuando un organismo administrador remita una denuncia, el SISESAT le asignará un Código Único Nacional (CUN), de forma tal que luego será responsabilidad del propio organismo administrador enviar todo documento electrónico que diga relación con tal denuncia, referenciándolo al código señalado, a efectos de poder conformar el expediente respectivo.

5. Plazo de remisión de las denuncias al sistema

Los organismos administradores tienen la obligación de remitir, de manera adicional a las denuncias originadas por el empleador, trabajador o un tercero (denominadas en el SISESAT, DIAT_OE o DIAT_OT y DIEP_OE o DIEP_OT, respectivamente), las denuncias denominadas DIAT_OA y DIEP_OA, que es el documento electrónico que consolida y complementa la información recepcionada en las denuncias mencionadas previamente, y que es originada directamente por el propio organismo administrador, para lo cual éste debe incorporar información de sus sistemas, codificar y consolidar datos.

Éstas deben ser remitidas en el plazo de 10 días corridos contados desde el día en que se haya ingresado la primera denuncia de accidente o enfermedad en el Sistema de Información y por lo tanto, se le ha asignado el número correlativo con el cual se abrió el expediente respectivo, que se denomina Código Único Nacional o "CUN".

CAPÍTULO III. Orden de Reposo Ley N°16.744 (RELA)

1. Concepto

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 73, letra d) del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se considerará como "Orden de Reposo Ley N°16.744" o "Licencia Médica", el documento extendido por el médico a cargo de la atención del trabajador, en todos los casos en que a consecuencia del accidente o enfermedad

presumiblemente laboral, el trabajador requiera guardar reposo durante uno o más días, mientras no se encuentre en condiciones de reintegrarse a sus labores y jornadas habituales estén o no sujetos al pago de subsidios.

2. Documento electrónico de la Orden de Reposo Ley N°16.744 o Licencia Médica

La información del Reposo Laboral (RELA) que debe ser remitida como documento electrónico se encuentra definida en el Anexo N°4 "Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con reposo laboral (RELA)".

Los organismos que utilicen licencia médica deberán utilizar los datos de ésta para completar el documento electrónico RELA, sin que sea necesario que emitan órdenes de reposo, mientras así lo establezca nuestra legislación.

3. Requisitos mínimos de la versión impresa de la Orden de Reposo Ley N°16.744

Las RELA que cada organismo administrador deba emitir, deberán contener como mínimo la información que se incluye en el Anexo N°5 "Orden de Reposo Ley N°16.744".

La RELA se deberá emitir en tres copias, para ser entregada al trabajador, al empleador y para control del respectivo organismo administrador.

4. Plazo de remisión de la RELA al sistema

Los organismos administradores deberán remitir al SISESAT, por medio de documento electrónico, la información asociada a la orden de reposo laboral (RELA), otorgada a trabajadores con incapacidad temporal producto de los accidentes y enfermedades denunciados, en el plazo máximo de 10 días corridos, contado desde la fecha de emisión de la orden de reposo o licencia médica extendida por el médico.

Para el ingreso de esta información es necesario que haya sido ingresada previamente una DIAT o DIEP, y, por lo tanto, el caso cuente con el respectivo CUN, código que debe ser incorporado en la RELA.

5. Consideraciones respecto del RELA

- a) Se deben emitir todas las Órdenes de Reposo Ley N°16.744 o Licencias Médicas que sean necesarias hasta que el trabajador se encuentre en condiciones de reintegrarse a su trabajo o hasta que se le otorgue una pensión de invalidez.
- b) Cada Orden de Reposo ingresada al Sistema deberá reflejar los días de reposo prescritos por el médico tratante, así como ocurre con la licencia médica.
- c) Cuando el médico establezca la reducción de los días de reposo laboral de una orden de reposo ya emitida, se deberá extender y remitir una nueva orden de reposo asociada al mismo CUN.
- d) Asimismo, en aquellos casos en que el trabajador se encuentre hospitalizado se deberá emitir una Orden de Reposo Ley N°16.744 o Licencia Médica, según corresponda.
- e) En aquellos casos en que el trabajador haya sido dado de alta y manifiesta molestias que le impiden reintegrarse a sus labores y jornadas habituales, no siendo atendido por el organismo administrador, viéndose obligado a solicitar atención en otra entidad de salud, donde se le otorga una licencia médica, y la Superintendencia de Seguridad Social determina que el alta que le otorgó el organismo administrador fue prematura, dicho organismo deberá contabilizar, en sus sistemas, los días de reposo indicados en dicha licencia e informarlos al SISESAT.
- f) Igual procedimiento que el señalado en la letra e) anterior deberá seguirse en aquellos casos que al organismo le corresponda dar atención a un trabajador por la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

CAPÍTULO IV. Certificado de Alta Laboral (ALLA)

1. Concepto

De acuerdo con lo establecido en letra g), del artículo 73, del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se entenderá por "Alta Laboral", la certificación del organismo administrador de que el trabajador está capacitado para reintegrarse a su trabajo, en las condiciones prescritas por el médico tratante.

2. Documento electrónico del Alta Laboral (ALLA)

La información del ALLA que debe ser remitida como documento electrónico se encuentra contenida en el Anexo N°6 "Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con alta laboral (ALLA)".

3. Requisitos mínimos de la versión impresa del ALLA

Los certificados de ALLA que cada organismo administrador debe emitir, deberán contener como mínimo la información que se incluye en el Anexo N°7 "Certificado de alta laboral Ley N°16.744".

Este documento se debe emitir en tres copias, para ser incluido en la ficha médica del trabajador y ser entregado a éste

y a su empleador.

4. Plazo de remisión de la ALLA al sistema

Los organismos administradores deberán remitir al SISESAT, por medio de documento electrónico, la información asociada a la ALLA, otorgado a trabajadores por accidentes y enfermedades denunciados, en el plazo máximo de 10 días corridos, contado desde el día en que se extienda el certificado de Alta Laboral al trabajador.

5. Consideraciones respecto del ALLA

- a) Se deberá emitir el certificado de Alta Laboral cuando el médico considera que el trabajador se encuentre en condiciones de reintegrarse a su jornada de trabajo y labor habitual.
- b) En aquellos casos en que el profesional de la salud que atiende o evalúa al trabajador en la primera atención médica, determina que éste no requiere guardar reposo y que puede reintegrarse de inmediato a su trabajo, es decir, el mismo día de la atención, se deberá registrar en el ALLA que se ha otorgado un "Alta Inmediata".
- c) La fecha del Alta Laboral corresponde al día siguiente a la fecha de término de la última licencia médica u orden de reposo extendida al trabajador. Lo anterior, es sin perjuicio que efectivamente este día sea o no un día laboral.

CAPÍTULO V. Certificado de Alta Médica (ALME)

1. Concepto

De acuerdo a lo establecido en el artículo 75 del D.S. N°101, "Se entenderá por "Alta Médica", la certificación del médico tratante del término de los tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y otros susceptibles de efectuarse en cada caso específico."

Dicha certificación debe pronunciarse en torno a la existencia o no de secuelas producto de un accidente o de la irrecuperabilidad de una enfermedad, que deban ser evaluadas.

2. Documento electrónico del ALME

La información del ALME que debe ser remitida como documento electrónico, se encuentra definida en el Anexo N°8 "Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con alta médica (ALME)".

3. Requisitos mínimos de la versión impresa del ALME

El médico tratante del respectivo organismo administrador deberá emitir el ALME, el que deberá contener como mínimo la información que se señala en el Anexo N°9 "Certificado de alta médica Ley N°16.744".

4. Plazo de remisión de la ALME al sistema

Los administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán remitir al SISESAT, por medio de documento electrónico, la información asociada a la ALME, otorgado a los trabajadores que han recibido atención médica por accidentes y enfermedades denunciados, en el plazo máximo de 10 días corridos, contado desde el día en que el médico extienda el certificado de Alta Médica al trabajador.

Este documento se debe emitir en tres copias, para ser entregada al trabajador, al empleador y para el expediente del respectivo organismo administrador, debiendo considerar su inclusión en el expediente que debe preparar para enviar a la COMPIN o las Comisiones Evaluadoras de Incapacidades de las mutualidades de empleadores, cuando el caso deba ser evaluado.

El Certificado de Alta Médica deberá imprimirse en el caso que se haya emitido al trabajador por el término de los tratamientos. No es obligación imprimir el ALME cuando corresponda a un cierre de caso por derivación por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, por abandono de tratamiento, por fallecimiento del trabajador u otro motivo.

5. Consideraciones respecto del ALME

- a) Se instruye el envío del Alta Médica en los casos en que el médico tratante certifique el término de los tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y otros susceptibles de efectuarse en cada caso específico (artículo 75 del D.S. 101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social). Se incluyen, en consecuencia, aquellos casos que cumpliendo la definición anterior cuenten con la emisión de un Alta Laboral.
- b) En aquellos casos calificados de origen común no corresponde el envío del Alta Médica.
- c) Cuando al cabo de 52 semanas de extensión del subsidio o 104 semanas, en su caso, no se hubiere logrado la curación y/o rehabilitación del trabajador, se presumirá que éste presenta un estado de invalidez (artículo 31, Ley N°16.744), y se deberá extender el ALME.
Se entiende por invalidez "el estado derivado de un accidente del trabajo o enfermedad profesional que produzca una incapacidad presumiblemente de naturaleza irreversible, aun cuando deje en el trabajador una capacidad

residual de trabajo que le permita continuar en actividad" (artículo 3º, D.S. N°109, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social).

El organismo administrador deberá solicitar o iniciar, según el caso, la declaración, evaluación o reevaluación de las incapacidades permanentes, a más tardar dentro de los 5 días hábiles siguientes al "Alta Médica" (artículo N°75, D.S. N°101).

CAPÍTULO VI. Resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA)

1. Conceptos

La resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales RECA, es el documento emitido por el respectivo organismo administrador (mutualidades, Instituto de Seguridad Laboral, Servicios de Salud y Seremis de Salud), así como las empresas con administración delegada, luego de determinar el origen común o laboral del accidente o la enfermedad.

En relación al procedimiento de calificación, las opciones que tiene el organismo administrador para informar el origen de los accidentes y enfermedades denunciados son:

- a) (1) Accidente del Trabajo
- b) (2) Accidente de Trayecto
- c) (3) Enfermedad Profesional
- d) (4) Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad
- e) (5) Enfermedad laboral sin incapacidad temporal ni permanente
- f) (6) Accidente Común
- g) (7) Enfermedad Común
- h) (8) Siniestro de trabajador no protegido por la Ley N° 16.744
- i) (9) Accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad
- j) (10) Accidente de dirigente sindical en cometido gremial
- k) (11) Accidente debido a fuerza mayor extraña ajena al trabajo
- l) (12) No se detecta Enfermedad
- m) (13) Derivación a otro organismo administrador
- n) (14) Incidente laboral sin lesión

Las definiciones son las siguientes:

a) Accidente del Trabajo

De acuerdo a lo establecido en el artículo 5º de la Ley N°16.744, se entiende por accidente del trabajo toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión de su trabajo, y que le produzca incapacidad temporal o permanente o muerte. Se excluyen los accidentes ocurridos a dirigentes sindicales en el desempeño de sus labores sindicales, y los accidentes de trayecto, los que se incluyen en otras opciones.

b) Accidente de Trayecto

Se entenderá por accidente de trayecto a toda lesión que un trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo o entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores, que le produzca incapacidad temporal o permanente o muerte.

c) Enfermedad Profesional

Se entenderá por enfermedad profesional a toda aquella causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad temporal o permanente o muerte. Incluye especialmente a las enfermedades que sin causar reposo laboral generan incapacidad permanente.

d) Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad

Se entenderá por accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad a toda lesión que un trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra a causa o con ocasión de su trabajo, cuando el profesional competente determina que el trabajador no requiere guardar reposo, no le produzca una incapacidad temporal ni permanente y puede reintegrarse de inmediato a su trabajo.

e) Enfermedad laboral sin incapacidad temporal ni permanente

Se entenderá por enfermedad laboral sin incapacidad temporal o permanente, a toda aquella enfermedad causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona cuando el profesional competente determina que ésta no le genera una incapacidad temporal ni permanente.

f) Accidente Común

Se entenderá por accidente común a toda lesión que un trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra a causa o con ocasión de situaciones, condiciones o factores no laborales, estando excluidos, por tanto, de esta clasificación aquellos que permitan su calificación como un accidente del trabajo o accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo con Alta Inmediata, o accidente de trayecto o accidente ocurrido en el trayecto con Alta Inmediata, independientemente de las consecuencias de dicha lesión.

g) Enfermedad Común

Se entenderá por enfermedad común a toda aquella causada por situaciones, condiciones o factores no laborales, es decir, no atribuibles en forma directa a las condiciones de trabajo, independientemente de las consecuencias de dicha enfermedad, estando excluidos, por tanto, de esta clasificación aquellas que permitan su calificación como una enfermedad profesional o enfermedad laboral sin incapacidad temporal ni permanente, independientemente de las consecuencias de dicha lesión.

h) Siniestro de trabajador no protegido por la Ley N°16.744

Se entenderá por siniestro de trabajador no protegido por la Ley N°16.744 a aquel accidente o enfermedad que tiene su origen en el trabajo, sin embargo, el accidentado o enfermo no es un trabajador dependiente, o es un trabajador independiente que no se encuentra cubierto por el Seguro de la Ley N°16.744.

i) Accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad

Se entenderá por accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad a toda lesión que un trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo o entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores, cuando el profesional competente determina que el trabajador no requiere guardar reposo, no le produzca una incapacidad temporal ni permanente y puede reintegrarse de inmediato a su trabajo.

j) Accidente de dirigente sindical en cometido gremial

Se entenderá por accidente de dirigente sindical en cometido gremial aquellos sufridos por los dirigentes de instituciones sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales. Esta clasificación es de excepción y su uso está regulado por la normativa y jurisprudencia vigente.

k) Accidente debido a fuerza mayor extraña ajena al trabajo

Se entenderá por accidente debido a fuerza mayor extraña ajena al trabajo aquellos que afecten a un trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 que no tengan relación alguna con el trabajo, sin embargo, afectan al trabajador durante el desempeño de su labor o mientras está en el lugar de trabajo. Esta clasificación es de excepción y su uso está regulado por la normativa y jurisprudencia vigente.

l) No se detecta Enfermedad

Se entenderá que no se detecta enfermedad cuando el médico tratante luego de analizar el caso considerando los resultados de las evaluaciones que estimó necesarios para determinar la existencia de alguna enfermedad, ya sea de origen laboral o común, no se detecta enfermedad.

m) Derivación a otro organismo administrador

Esta opción de calificación se deberá utilizar en aquellos casos en que la denuncia DIAT o DIEP realizada involucra a un trabajador de una empresa adherida o afiliada a un organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 distinto al que la informó originalmente al SISESAT.

En aquellos casos en que durante el proceso de calificación se advierta que la entidad empleadora no se encuentra afiliada o adherida al organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744, éste deberá calificar el caso utilizando la tipología 13 de "derivación a otro organismo administrador", sin resolver sobre el origen laboral o común de la denuncia.

Cuando se tenga conocimiento del organismo en que se encuentra afiliada o adherida la entidad empleadora del trabajador involucrado, el organismo administrador que realizó las primeras atenciones deberá enviar toda la información del caso al organismo administrador que le corresponde resolver, sin perjuicio de que este último pueda, de propia iniciativa, solicitar dichos antecedentes cuando reciba un trabajador derivado con calificación tipo 13.

n) Incidente laboral sin lesión

Se entenderá como incidente laboral sin lesión a aquel en que un trabajador recibe una primera atención por parte del organismo administrador, dada la naturaleza laboral del evento. No obstante, el médico tratante considerando los resultados de las evaluaciones que estimó necesarios, no detecta lesión física ni mental.

o) Definiciones complementarias

- i) Incapacidad temporal es aquella que le impide al trabajador reintegrarse temporalmente a su labor y jornada habitual.
- ii) Labores y jornadas habituales son aquellas que el trabajador realizaba normalmente antes del inicio de la incapacidad laboral temporal.
- iii) Incapacidad permanente o invalidez es aquella que le produce al trabajador una pérdida de capacidad de ganancia presumiblemente permanente o irrecuperable y que puede dar derecho a indemnización o pensión.

2. Documento electrónico que debe ser remitido al SISESAT por parte del organismo administrador

La información de la RECA que debe ser remitida como documento electrónico, cualquiera haya sido su origen -en formato electrónico o papel-, deberá ajustarse a la descripción que forma parte del Anexo N°10 "Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con la resolución de calificación (RECA)".

La inclusión de la Zona G "Diagnóstico", es obligatoria, debiéndose codificar el diagnóstico mediante el uso de CIE-10 y la clasificación de parte del cuerpo, en todas las resoluciones de calificación.

Se debe codificar el accidente utilizando el código forma, agente del accidente, código intencionalidad (CIE-10 causa externa); y la codificación de la enfermedad profesional según el código de agente de enfermedad, para todos los casos calificados como de origen laboral.

Con respecto a los casos calificados como de origen común, la codificación del accidente o de la enfermedad, se deberán suprimir los TAG correspondientes o en su defecto enviar el TAG con códigos genéricos que cumplan con la estructura definida.

Los datos del "Diagnóstico Médico" y "Ubicación de la lesión o enfermedad", deberán ser remitidos de manera cifrada.

La zona de identificación del accidente, así como la zona de identificación de la enfermedad en la RECA, son opcionales. No obstante, dichas zonas serán obligatorias en las siguientes situaciones:

- a) Si el caso corresponde a una denuncia de accidente (DIAT) y la contraloría del respectivo organismo administrador determina que se trata de una enfermedad, entonces se debe completar la zona de enfermedad.
- b) Si el caso corresponde a una denuncia de enfermedad (DIEP) y la contraloría del respectivo organismo administrador determina que se trata de un accidente, entonces se debe completar la zona de accidente.

Si el organismo decide enviar siempre las zonas, el sistema no impide su recepción.

En los casos señalados en las letras a) y b) anteriores, el organismo deberá ingresar siempre la denuncia (DIAT o DIEP) que corresponda a la naturaleza del siniestro (accidente o enfermedad) calificado.

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que permiten conformar el documento electrónico por medio del cual los organismos administradores remiten la información de la RECA, se encuentran en la página web <http://www.suseso.cl>.

Asimismo, para acceder a toda la información y documentación referente al Sistema de Información, los organismos administradores pueden acceder al mismo sitio web.

3. Requisitos mínimos de la versión impresa de la RECA

Es responsabilidad de cada organismo administrador determinar el formato de la versión impresa de la RECA, la que, en todo caso, deberá contener como mínimo la información que se incluye en el Anexo N°11 "Resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N° 16.744".

En la medida que el organismo administrador determine que la versión impresa contendrá datos adicionales a los indicados en el citado anexo, éste deberá velar por la protección de los datos personales, en los términos establecidos en la Ley N°19.628, sobre Protección de la Vida Privada. En virtud de lo anterior, por ejemplo, la versión impresa de la resolución que se remita al empleador no podrá contener información asociada al diagnóstico médico.

- a) No será exigible la obligación de registrar el CUN en la versión impresa del formulario RECA en aquellos casos en que se entrega la calificación al trabajador al momento de ser atendido, ya sea cuando el profesional competente determina que no requiere reposo médico y autoriza al trabajador a reintegrarse a su trabajo en forma inmediata, o define que es un siniestro de origen común.

En estos casos, el organismo administrador entregará el formulario impreso sin registrar el número CUN y en caso de que el trabajador requiera conocer dicho código, cada organismo deberá establecer el mecanismo para responder en forma oportuna a este requerimiento.

- b) En el nombre del "Calificador" sólo debe indicarse el nombre del respectivo organismo administrador en la versión en papel de la RECA. No obstante, el nombre del "Calificador" debe quedar registrado en el documento electrónico y por tanto, en el SISESAT.
- c) En aquellos casos en que la Superintendencia de Seguridad Social haya resuelto acoger una apelación a una

Resolución de Calificación del origen de un accidente o una enfermedad, se deberá emitir una nueva Resolución de Calificación, registrando en el recuadro "Indicaciones para el Trabajador y/o Empleador" de la sección D. "Datos de la Resolución", el número y fecha del oficio mediante el cual fue instruida la modificación de ésta, sin anular la anterior resolución.

- d) Con el propósito de que el trabajador afectado, sus familiares y el empleador sepan que se puede apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la calificación establecida por el organismo administrador, se deberá incluir al final de la Resolución de Calificación del origen, versión impresa, un texto que indique dónde se puede apelar y en qué plazo.
- e) Considerando lo señalado, la versión impresa de la Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N° 16.744 (RECA), deberá contener como mínimo la información que se incluye en el Anexo N°11 "Resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N° 16.744".

4. Plazo de remisión de la RECA al sistema

Los organismos administradores (mutualidades de empleadores, Instituto de Seguridad Laboral y empresas con administración delegada), deberán remitir al sistema, por medio de documento electrónico, la información asociada a las resoluciones de calificación del origen de los accidentes denunciados, en el plazo máximo de 15 días corridos contado desde el día en que se ingresó en el sistema la primera DIAT. En el caso de los accidentes graves y fatales, los organismos administradores deberán constatar la concordancia de la última versión de la DIAT OA ingresada a SISESAT, en el campo "Tipo de accidente" (fatal, grave u otro), con la naturaleza del accidente determinado en el eDoc 7 RECA.

Tratándose de accidentes en los que el cuerpo del trabajador se encuentra desaparecido, el eDoc 7 RECA deberá mantenerse pendiente de envío y solo deberá emitirse una vez que se disponga del documento que acredite la muerte presunta del trabajador o la comprobación judicial de la muerte, según corresponda.

La información asociada a las resoluciones de calificación del origen de las enfermedades denunciadas mediante las DIEP electrónicas, deberá remitirse en el plazo máximo de 30 días corridos, contados desde el día en que se ingresó en el sistema la primera DIEP.

CAPÍTULO VII. Documento de Reingreso

1. El documento de reingreso Anexo N°12 "Documento electrónico por medio del cual se remite información del documento de reingreso.", complementa en el sistema la información de aquellos trabajadores que requieren prestaciones médicas, luego de otorgada un Alta Médica.
2. Consideraciones respecto al documento de reingreso

La remisión de este documento al SISESAT será obligatoria a contar del 1° de julio de 2018 y deberá cumplir lo siguiente.

- a) Se debe emitir en todos los casos en que un trabajador solicite ser reincorporado a tratamientos, posterior a la emisión de un alta médica.
- b) En dicho documento se deberá registrar si la solicitud de reingreso a tratamientos fue aceptada o rechazada, señalando adicionalmente los diagnósticos establecidos en dicha evaluación.
- c) En los casos en que se modifique la resolución de calificación, se deberá emitir un nuevo documento RECA a través de SISESAT.
- d) El documento de reingreso se deberá emitir en un plazo de 48 horas desde la fecha de presentación del trabajador.

CAPÍTULO VIII. Prescripción de Medidas, Verificación de Medidas y Notificación a la Autoridad para los casos de enfermedades profesionales (RECA tipo 3 y 5).

1. El documento de prescripción de medidas es el que emite el organismo administrador al empleador y que tiene como objetivo corregir las deficiencias detectadas en materia de seguridad y salud en el trabajo. El detalle de los campos se encuentra en el Anexo N°13 "Prescripción de medidas".
2. El documento de verificación del cumplimiento de medidas prescritas, muestra la revisión por parte del organismo administrador del cumplimiento de las medidas indicadas al empleador. El detalle de los campos se encuentra en el Anexo N°14 "Verificación de medidas".
3. El documento de notificación a la autoridad, corresponde a aquél que certifica la notificación por parte del organismo administrador a la Inspección del Trabajo o la SEREMI de Salud, en caso de que la entidad empleadora no implemente las medidas correctivas o no las realice en el tiempo y con la calidad esperada. Además, el organismo administrador deberá indicar las medidas que toma para sancionar a la entidad empleadora. El detalle de los campos se encuentra en el Anexo N°15 "Notificación a la autoridad".
4. La zona de "Centro de Trabajo" de los documentos de prescripción de medidas, verificación de medidas y notificación

a la autoridad, contiene los siguientes campos:

- a) CT Geolocalización se refiere a la ubicación geográfica del centro de trabajo (coordenadas: Latitud, Longitud).
- b) CUV: Código único de vigilancia, el cual será validado su existencia contra EVAST. En caso de que no exista CUV para el centro de trabajo, se deberá crear a través del documento N°51, y agregar el CUV generado a la RECA.
- c) Rut empleador_principal.
- d) Nombre_empleador_principal.
- e) Nombre_centro_trabajo.
- f) Tipo_empresa.
- g) Geolocalizacion: (incluye geo_latitud y geo_longitud).
- h) Direccion_centro_trabajo (incluye los elementos propios de una dirección).
- i) Descripcion_actividad_trabajador.
- j) N_trabajadores_propios_ct.
- k) N_trabajadores_hombre_c.
- l) N_trabajadores_mujer_ct.

La remisión de este documento al SISESAT, será obligatoria a contar del 1° de julio de 2018.

CAPÍTULO IX. Resolución de Incapacidad Permanente (REIP)

1. Concepto

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 76 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, la REIP es el documento emitido por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) y las Comisiones Evaluadoras de Incapacidades de las mutualidades de empleadores, para la declaración, evaluación, reevaluación o revisión de las incapacidades permanentes, que debe contener los antecedentes y ajustarse al formato, determinado por la Superintendencia de Seguridad Social.

2. Contenido de la REIP

La estructura del formulario consta de las siguientes áreas o zonas: Encabezamiento, que corresponde a la identificación del documento; A. Identificación del caso, en éste se debe indicar si la incapacidad que se evalúa se originó en un accidente o una enfermedad laboral y la fecha del accidente laboral o del diagnóstico de la enfermedad profesional; B. Identificación del Trabajador/a, datos del trabajador/a accidentado/a o enfermo/a, según corresponda; C. Identificación de la última entidad empleadora, datos del último empleador del trabajador/a accidentado o enfermo/a, según corresponda y nombre del organismo administrador al que dicho empleador se encontraba adherido o afiliado; D. Datos de la evaluación de la incapacidad permanente actual, registro de la fecha de solicitud de la evaluación, tipo de evaluación, diagnósticos, secuelas, entre otros; y, E. Identificación del Calificador, datos del Ministro de fe y Presidente de la Comisión.

Los datos que contiene el formulario en cada zona son los siguientes:

a) Encabezamiento

- Número de la Resolución: Número asignado por la COMPIN o la Comisión evaluadora de Incapacidades de las mutualidades de empleadores, según corresponda.
- Fecha de la resolución: Día, mes y año en que fue emitida la resolución (dd-mm-aaaa).

b) Zona A. Identificación del Caso

- Indicar si la incapacidad que se evalúa es producto de una Enfermedad Profesional, un Accidente del Trabajo o un Accidente de Trayecto.
- Fecha del accidente o del diagnóstico de la enfermedad: Día, mes y año (dd-mm-aaaa) en que ocurrió el accidente o se diagnosticó la enfermedad.

c) Zona B. Identificación del Trabajador/a

- Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno del trabajador/a o ex trabajador/a.
- RUN o RUT del trabajador/a o ex trabajador/a
- Dirección del trabajador/a: Datos del domicilio del trabajador/a o ex trabajador/a (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad).

- Comuna: Comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a o ex trabajador/a
- Número de teléfono: Número telefónico del trabajador/a o ex trabajador/a
- Sexo: Sexo del trabajador/a o ex trabajador/a
- Edad: Edad del trabajador/a o ex trabajador/a, en años y meses cumplidos a la fecha de la evaluación de la incapacidad.
- Profesión u Oficio: Profesión u oficio del trabajador/a o ex trabajador/a

d) Zona C. Identificación de la última Entidad Empleadora

- Nombre o Razón Social: Datos de la última entidad empleadora en que estuvo contratado el trabajador/a o ex trabajador/a accidentado o enfermo.
- RUT: RUT de la última entidad empleadora.
- Nombre del organismo administrador: Nombre del organismo administrador del Seguro Ley N°16.744 al cual está afiliada o adherida la última entidad empleadora o nombre de la empresa con administración delegada, según corresponda.

e) Zona D. Datos de la Evaluación de Incapacidad Permanente actual

- Fecha Solicitud de la Evaluación: Día, mes y año en que se solicitó la evaluación (dd-mm-aaaa).
- Evaluación Solicitada por: Entidad o persona que solicita la evaluación
- Tipo de evaluación. Las alternativas de tipos de evaluación son:
 - Primera Evaluación: Cuando la incapacidad laboral presumiblemente permanente que presenta la persona se evalúa por primera vez, no habiendo sido ésta evaluada previamente por alguna incapacidad de la Ley N°16.744.
 - Revisión: Nueva evaluación de la incapacidad permanente que se realiza por agravación, mejoría o error en el diagnóstico (art.63 Ley 1.744),
 - Reevaluación: Evaluación que se realiza a una persona que tiene una invalidez profesional que ya fue evaluada y que sufrió un nuevo accidente o enfermedad, también de origen profesional (art.61 Ley 16.744), o cuando a la primitiva invalidez le suceda otra u otras de origen no profesional (art.62 Ley 16.744).
 - Resolución COMERE: Resolución de la Comisión Médica de Reclamos de la Ley N°16.744 (COMERE) que modifica lo resuelto por la Comisión evaluadora que corresponda.
 - Dictamen SUSESO: Dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) que modifica lo resuelto por la Comisión evaluadora que corresponda.
- Informar si el accidente o la enfermedad se produjo u originó o no en la última entidad empleadora.

En el caso que el accidente o la enfermedad no se haya producido en la última entidad empleadora, se debe informar el Nombre o Razón Social de la entidad empleadora en que ocurrió el accidente y, en caso de enfermedad donde estuvo expuesto al riesgo.

En caso de enfermedad, de existir distintas entidades empleadoras donde estuvo expuesto al riesgo, se debe indicar el Nombre o Razón Social de las entidades empleadoras anterior, el RUT y el período de exposición al riesgo en cada una de ellas, en el formato dd-mm-aaaa (por ejemplo: 01-10-2005 al 31-09-2011).

En caso de ser éstas más de dos entidades empleadoras, de debe agregar un anexo al formulario con la información de las otras entidades empleadoras en que estuvo expuesto al riesgo.

- Evaluación de invalideces múltiples: Informar si se trata o no de la evaluación de invalideces múltiples (art.26, D.S. N°109).
- Diagnósticos: Se deben señalar el o los diagnósticos médicos. En caso de accidente, se deben señalar las secuelas asociadas. Asimismo, se debe señalar el grado de incapacidad determinado para cada invalidez.

En caso de existir más de tres diagnósticos que generan incapacidad permanente, se debe agregar un anexo al formulario con la información de los otros diagnósticos.
- Ponderaciones: Se debe indicar si para la evaluación se consideraron ponderaciones por Sexo, Edad, Profesión habitual, y Otro, registrando los porcentajes correspondientes.
- Resolución: Señalar el Grado Total de la Incapacidad evaluada, la fecha de inicio de la incapacidad permanente y, si el invalido presenta o no Gran Invalidez.
- Observaciones: en este campo se debe indicar si existen posibilidades de cambios en el estado de invalidez, ya

sea por mejoría o agravación; el número y la fecha de la(s) Resolución(es) de incapacidad(es) previa(s), en caso de existir, así como las observaciones que se estime necesarias como, por ejemplo, si el trabajador se encuentra pensionado por otro sistema previsional.

f) Zona E. Identificación del Calificador

- Ministro de fe o Secretario de la Comisión: Se debe consignar el nombre, RUN y firma.
- Presidente de la Comisión: Se debe consignar el nombre, RUN y firma.

En el Anexo N°16 "Resolución de incapacidad permanente Ley N°16.744." se adjunta el formulario de la Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N°16.744.

3. Notificación de la REIP

Las REIP que emitan las COMPIN deberán ser notificadas a los organismos administradores que corresponda y al interesado, a más tardar dentro del plazo de 5 días hábiles desde su emisión, de acuerdo a lo establecido en el inciso tercero del artículo 76 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, las resoluciones de incapacidad permanente que emitan las comisiones evaluadoras de incapacidades de las mutualidades de empleadores, deberán ser notificadas a la o las áreas respectivas de la misma mutualidad y al interesado en el mismo plazo.

4. Remisión de la REIP al sistema

Los organismos administradores deberán remitir al SISESAT, por medio de documento electrónico, la información asociada a cada resolución de incapacidad permanente de los trabajadores que han sido evaluados por las secuelas o daños asociados a un accidente y/o una enfermedad, emitidas tanto por las COMPIN como por las comisiones evaluadoras de incapacidades de las mutualidades de empleadores. Al respecto, se debe tener presente que puede existir una REIP asociada a más de un siniestro, por ejemplo, cuando se reevalúa la incapacidad global de ganancia derivada de dos accidentes del trabajo o un accidente y una enfermedad profesional o viceversa.

5. Información del documento electrónico REIP que debe ser remitido

La información asociada a REIP que debe ser remitida como documento electrónico, se encuentra contenida en el Anexo N°17 "Documento electrónico por medio del cual se remite información de la resolución de incapacidad permanente (REIP)".

Respecto del contenido de las zonas de identificación y de los códigos de obligatoriedad de los datos de los documentos electrónicos, establecidos en el citado anexo, se deberá tener presentes las definiciones contenidas en el N°3, del Capítulo I, Letra B, de este Título.

6. Plazo de remisión de la REIP al sistema

El plazo máximo para remitir las REIP al SISESAT es de 10 días hábiles, contados desde que el organismo administrador recibe la notificación desde la respectiva COMPIN, o desde la fecha de emisión, para el caso de las resoluciones de incapacidad permanentes que sean emitidas por las comisiones evaluadoras de incapacidades de las mutualidades de empleadores.

C. Módulo de Registro de Accidentes Laborales Fatales (RALF)

El sistema RALF que administra la Superintendencia de Seguridad Social tiene como objetivos generales:

- Contribuir a identificar y corregir las situaciones de riesgo que provocaron dichos accidentes y así evitar la repetición de accidentes de iguales o similares características en la misma entidad empleadora.
- Colaborar con que las medidas prescritas, luego del análisis de la investigación del accidente, puedan ser replicadas en todas aquellas empresas que realicen trabajos similares al que generó el accidente.
- Coordinar el trabajo conjunto entre los organismos administradores, a quienes les compete la investigación en aquellos casos en que el accidente involucra a más de una empresa, ya sea mandante, contratista o subcontratista, para conseguir que la gestión preventiva se efectúe en todas ellas.
- Velar por la pronta calificación del origen del accidente ocurrido, como laboral o común, para que los derechohabientes del trabajador fallecido tengan un acceso oportuno a los beneficios pecuniarios que contempla la Ley N°16.744.

Las instrucciones contenidas en la presente Letra C., entrarán en vigencia el 1 de abril de 2018, quedando derogada a partir de entonces la Circular N°2.939, de 2013, de la Superintendencia de Seguridad Social.

1. Objetivos específicos del módulo RALF

El módulo RALF permite la captura, almacenamiento y gestión de información relevante de la investigación y causas de los accidentes laborales fatales y graves, de las medidas prescritas por los organismos administradores en esta materia y del

control del cumplimiento de dichas medidas por parte de las empresas.

Los objetivos de este módulo son:

- a) Optimizar el proceso de reporte de información de accidentes fatales y graves por parte de los organismos administradores, mediante un sistema integrado;
- b) Retroalimentar a los organismos administradores respecto al envío de información, tanto en lo relacionado a la cantidad como a la calidad de los datos;
- c) Mantener un registro electrónico actualizado de los accidentes fatales y graves, así como soporte electrónico y digital de los documentos e informes adjuntos, remitidos por los organismos administradores;
- d) Proporcionar información adecuada para cumplir con el rol fiscalizador de la Superintendencia de Seguridad Social y de otras instituciones, según sus respectivas competencias;
- e) Resolver eficientemente las reclamaciones y solicitudes de información realizadas a la Superintendencia de Seguridad Social, y
- f) Contar con información para el análisis estadístico de los accidentes fatales y graves por parte la Superintendencia de Seguridad Social.

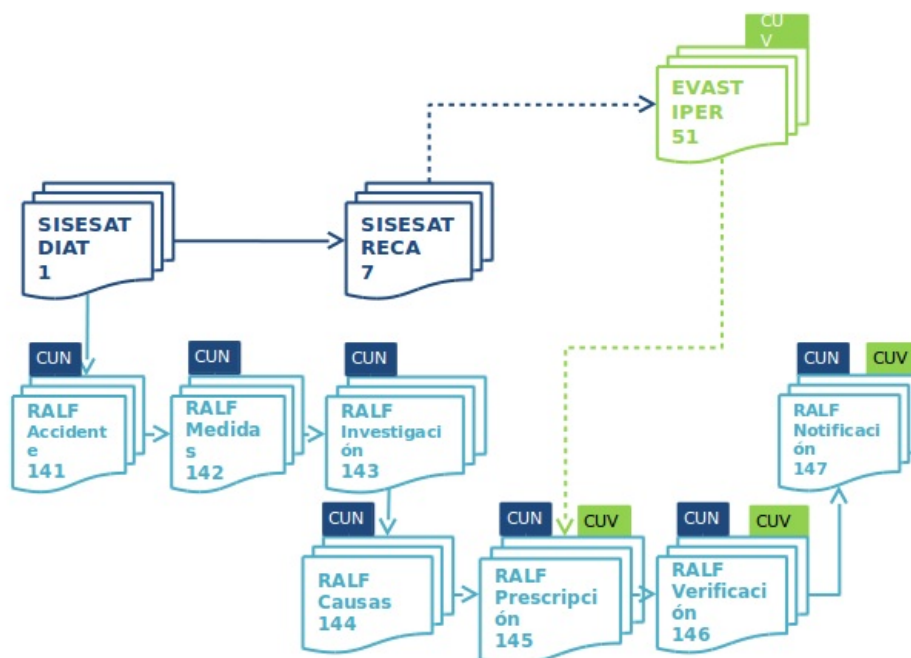
2. Descripción del modelo operativo general del módulo RALF

El modelo operativo considera el registro secuencial de las actividades de notificación, medidas inmediatas, investigación, determinación de causas, prescripción de medidas, la verificación y la notificación a la autoridad cuando corresponda.

De esta manera el sistema permite la recepción y almacenamiento de la información proveniente de los organismos administradores y empresas con administración delegada y mantener bajo un sistema de registros consistente la documentación.

Este módulo mantiene interacciones con el módulo de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (SIATEP), compartiendo el CUN. Este identificador CUN, se genera a partir de la emisión de una DIAT, de acuerdo a las reglas establecidas. Asimismo, utiliza el documento RECA para definir la calificación del origen del accidente y otros documentos, en el caso de los accidentes graves, según corresponda.

Posteriormente, de forma obligatoria para los casos calificados como laborales y optativa para los calificados como comunes, el documento de prescripción de medidas cuenta con datos del centro de trabajo homologada con EVAST, incorporándose el identificador CUV (EVAST) en los documentos de prescripción, verificación y notificación. Se esquematiza el modelo en el siguiente esquema.



Modelo Operativo RALF SISESAT

3. Documentos electrónicos que conforman el módulo RALF

En el caso de accidentes fatales y graves y de aquellos no categorizados previamente como graves que produzcan el fallecimiento del trabajador dentro de los 30 días siguientes a la ocurrencia del accidente, los organismos administradores deberán remitir al SISESAT, en la forma que se señala, los documentos electrónicos individualizados en las letras a) a g) siguientes.

En el caso de trabajadores que sufren un accidente pero su cuerpo se encuentra desaparecido, el organismo administrador solo deberá remitir los siguientes documentos: eDoc 141, eDoc 142, eDoc 143, eDoc 144 y eDoc 145.

a) eDoc [141] RALF-Accidente

Formulario de Notificación Provisoria Inmediata de un accidente grave o fatal, corresponde al documento inicial de RALF el cual se debe emitir por todo accidente fatal o grave que ocurra a un trabajador. Este documento contiene información básica del accidente que permite identificar al trabajador, empleador y la información relevante del accidente.

El formulario de Notificación Provisoria Inmediata deberá ser informada a través de SISESAT enviando el eDoc 141 RALF-Accidente, en un plazo máximo de 24 horas de enviada la primera comunicación vía correo electrónico.

En el caso que un accidente del trabajo, inicialmente categorizados como grave produzca el fallecimiento como consecuencia del accidente, hasta 12 meses posterior a la fecha del mismo, será obligatorio el reenvío del documento eDoc 141 RALF-Accidente.

Tratándose de accidentes del trabajo graves, el formulario de Notificación Provisoria Inmediata deberá ser informada a través de SISESAT enviando el eDoc 141 RALF-Accidente, en un plazo máximo de 24 horas de tomado conocimiento del accidente.

b) eDoc [142] RALF-Medidas

Formulario de Medidas Inmediatas correctivas prescrita a empresa, corresponde al documento que entrega el organismo administrador al empleador para evitar de manera inmediata la ocurrencia de un nuevo accidente de similares características. Los elementos mínimos de la versión impresa de dicho documento se ilustran en el Anexo N°18 "Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [142] RALF-Medidas".

c) eDoc [143] RALF-Investigación

Informe de Investigación del Accidente, corresponde al documento que resume la información recolectada en el proceso de investigación que realizan los organismos administradores, con la finalidad de determinar todas las causas que intervinieron en su ocurrencia.

En el plazo máximo de 30 días corridos, contado desde la fecha en que fue enviado el eDoc 141 RALF-Accidente, el respectivo Organismo Administrador deberá remitir la investigación del accidente fatal o grave, mediante el envío del eDoc 143 RALF-Investigación a SISESAT, la cual se debe realizar siguiendo las siguientes orientaciones:

- i) El relato o descripción del accidente debe corresponder a un texto mucho más detallado al que aparece en el eDoc 141 RALF-Accidente y en la denuncia de accidente, debido a que la investigación debe reflejar un proceso de investigación que profundiza en la información.
- ii) El relato solo debe estar constituido por hechos, dejando excluidos los juicios de valor y opiniones respecto al accidente. En el caso de que se realicen interpretaciones de cualquier índole deben estar respaldadas por documentos. En la descripción de los hechos se debe precisar en la tarea que realizaba el trabajador al momento del accidente, las circunstancias y el agente que tiene participación directa en la generación del accidente y que provocó la lesión.
- iii) Se deberá complementar el informe de investigación del accidente con fotografías, croquis, declaración de testigos, certificado de defunción, parte policial, y cualquier otro elemento que permita entender lo ocurrido, además, de la prescripción de medidas correctivas con el plazo de implementación de cada una de ellas. Estos documentos complementarios, especialmente aquellos referidos como pruebas para la calificación del accidente, deberán ser adjuntados en SISESAT.

La remisión de este documento será obligatoria a partir del 1 de mayo de 2018, debiendo regularizarse dicho documento para los casos ingresados a partir del 1 de abril del mismo año.

d) eDoc [144] RALF-Causas

Formulario de Causas del Accidente, corresponde al documento donde se establecen las causas del accidente, obtenidas a partir del proceso de investigación, las cuales son determinadas y registradas mediante el método del árbol de causas. Las causas identificadas, deberán ser codificadas y definida la relación entre ellas, de forma de mostrar de manera gráfica la secuencia de causas que han provocado de manera directa o indirecta el accidente.

Las causas serán codificadas de acuerdo a la Matriz de Factores de Causas de Accidentes del Trabajo y la forma de establecer las relaciones entre ellas será mediante un diagrama de árbol de causas.

En el plazo máximo de 30 días corridos, contado desde la fecha en que fue enviado el eDoc 141 RALF-Accidente, el respectivo Organismo Administrador deberá remitir las causas del accidente fatal o grave, mediante el envío del eDoc 144 RALF-Causas a SISESAT, el cual se debe realizar siguiendo las siguientes orientaciones:

- i) La metodología para determinar las causas de los accidentes corresponde al método del Árbol de Causas. Se exceptúan del uso de esta metodología los accidentes de tránsito, sin embargo, se deberá recabar la mayor cantidad de información cuando se deba investigar este tipo de accidentes. El diagrama del Árbol de Causas deberá ser adjuntado al documento eDoc 144 RALF-Causas en SISESAT.

- ii) Las Causas deberán clasificarse de acuerdo a lo establecido en el documento "Matriz de factores de causas de accidentes del trabajo" contenido en el apéndice F, del Anexo N°19 "Documentos electrónicos".

La remisión de este documento será obligatoria a partir del 1 de mayo de 2018, debiendo regularizarse dicho documento para los casos ingresados a partir del 1 de abril del mismo año.

La codificación de las variables de acuerdo a la Matriz de Factores de Causas de Accidentes del Trabajo del apéndice F del Anexo N°19 "Documentos electrónicos", será obligatoria para los accidentes del trabajo fatales ingresados a RALF con posterioridad al 1 de abril de 2018. A partir del 1 de enero de 2019, también será obligatoria para los accidentes del trabajo graves.

e) eDoc [145] RALF-Prescripción

Formulario Medidas Prescritas a Empresa, corresponde al documento que emite el organismo administrador al empleador, medidas que tienen como objetivo corregir las deficiencias detectadas en materia de seguridad y salud en el trabajo. Las medidas prescritas están relacionadas con las causas determinadas. Los elementos mínimos de la versión impresa de dicho documento se ilustran en el Anexo N°20 "Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [145] RALF-Prescripción".

En el plazo máximo de 30 días corridos, contado desde la fecha en que fue enviado el eDoc 141 RALF-Accidente, el respectivo Organismo Administrador deberá remitir la prescripción de medidas correctivas del accidente fatal o grave, mediante el envío del eDoc 145 RALF-Prescripción a SISESAT. Las Medidas Correctivas Prescritas basadas en la investigación del accidente son aquellas orientadas a corregir un hecho que ya se materializó, con el objeto de evitar su repetición y tienen como finalidad evitar la ocurrencia de un nuevo accidente de similares características. Estas medidas provienen generalmente de un análisis del riesgo o de una no conformidad de una disposición o reglamentación y tienen como finalidad realizar recomendaciones a toda la entidad empleadora para evitar que el accidente se repita en otra parte de la organización. Se deberá adjuntar en SISESAT versión impresa firmada por el representante del empleador en la faena.

La remisión de este documento será obligatoria a partir del 1 de mayo de 2018, debiendo regularizarse dicho documento para los casos ingresados a partir del 1 de abril del mismo año.

f) eDoc [146] RALF-Verificación

Informe de Verificación del Cumplimiento de Medidas Prescritas, corresponde al informe de verificación del cumplimiento de las medidas prescritas, que da cuenta de la revisión y control por parte del organismo administrador del cumplimiento de las medidas indicadas. Los elementos mínimos de la versión impresa de dicho documento se ilustran en el Anexo N°21 "Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [146] RALF- Verificación".

El cumplimiento de las medidas debe ser codificado de acuerdo a:

- i) Cumple medida prescrita por el OA
- ii) Cumple implementando medida equivalente o superior, distinta a la prescrita por el OA (en este caso deberá evaluar que la medida tenga efectos equivalentes o superiores de eficiencia a la medida prescrita originalmente)
- iii) No cumple, no implementando o implementando deficientemente medida prescrita por el OA
- iv) No cumple, implementando medida deficiente distinta a la prescrita por el OA

El respectivo Organismo Administrador deberá verificar e informar a la Superintendencia el cumplimiento de las medidas correctivas prescritas del accidente fatal o grave, mediante el envío del eDoc 146 RALF-Verificación a SISESAT, en un plazo máximo de 90 días corridos desde que fue emitido el eDoc 145 RALF-Prescripción, mencionando en la columna "Observaciones" las razones de un eventual incumplimiento.

En el caso de que la entidad empleadora, justificadamente requiera de un plazo adicional al estipulado en el punto anterior, el organismo administrador podrá conceder una prórroga por un máximo de 90 días corridos adicionales desde emitido el primer eDoc 146 RALF-Verificación donde se deberá registrar esta condición de prórroga extraordinaria, debiendo realizar posteriormente una nueva verificación y remitir un nuevo documento eDoc 146 RALF-Verificación a SISESAT.

La remisión de este documento será obligatoria a partir del 1 de julio de 2018, debiendo regularizarse dicho documento para los casos ingresados a partir del 1 de abril del mismo año.

g) eDoc [147] RALF-Notificación

Formulario de Notificación a Autoridad, corresponde al documento que el organismo administrador debe enviar a la autoridad fiscalizadora en caso que la entidad empleadora no implemente las medidas correctivas o no las realice en el tiempo y con la calidad esperada. Además, el organismo administrador deberá indicar las medidas que toma para sancionar a la entidad empleadora. Los elementos mínimos de la versión impresa de dicho documento se ilustran en el Anexo N°22 "Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [147] RALF- Notificación".

El respectivo Organismo Administrador deberá informar las acciones adoptadas frente al incumplimiento en la implementación de las medidas por parte de la entidad empleadora, mediante el envío del eDoc 147 RALF-Notificación, dentro del plazo de 48 horas contados desde el envío del eDoc 146 RALF-Verificación, adjuntando el respaldo de la notificación a los Organismos Fiscalizadores.

La remisión de este documento será obligatoria a partir del 1 de julio de 2018, debiendo regularizarse dicho documento para los casos ingresados a partir del 1 de abril del mismo año.

4. Estructura de los documentos electrónicos

El contenido de los documentos electrónicos antes mencionados se ha estructurado por zonas, con el propósito de identificar de manera única y al mismo tiempo agrupar, ordenar y estandarizar materias o información afín. El esquema general de los documentos y zonas se encuentra en el Anexo N°19 "Documentos electrónicos".

5. Contenido de los documentos electrónicos

Respecto del significado del contenido de las zonas de identificación y de los códigos de obligatoriedad de los datos de los documentos electrónicos se debe tener presente:

- a) Nombre de Campo: Nombre del elemento del documento electrónico.
- b) Descripción: Explicación comprensiva del elemento.
- c) Tag: Nombre del tag en el documento electrónico del <elemento> o "atributo".
- d) Tipo de Dato: Tipo de dato que puede tomar el valor del campo. Estos pueden ser:
 - Alfanumérico (String): algunos caracteres como "&" y "<" deben ser reemplazados por la secuencia de escape, que el estándar que se utilizará define para dichos caracteres.
 - Numérico (Integer): No debe incluirse separador de miles.
 - Positive integer/nonNegativeInteger: No debe ser número negativo.
 - Decimal (decimal): los decimales se separan con punto y se indican sólo cuando el valor que se desea incluir contiene decimales significativos.
 - Fecha (Date): tipo de dato estándar en formato AAAA-MM-DD.
 - Hora (Time): tipo de dato estándar en formato HH:MM:SS.
 - Fecha Hora (DateTime): tipo de dato estándar en formato AAAAMMDDTHH:MM:SS.
- e) STXXX: tipos simples definidos a partir de tipos de datos estándares.
- f) CTXXX: tipos complejos definidos a partir de tipos de datos estándares.
- g) Observaciones: Información adicional complementaria del TAG.
- h) Descripción: Explicación comprensiva del elemento.
- i) Obligatoriedad:
 - El dato es obligatorio (OB). El dato debe estar siempre en el documento.
 - El dato es condicional (C). El dato no es obligatorio en todos los documentos, pero pasa a ser obligatorio para los emisores, cuando se cumple una cierta condición que emana del propio documento.
 - El dato es opcional (OP), puede o no estar en los documentos electrónicos.
- j) Validación: Validación para el atributo definido.

6. Formato de los documentos electrónicos

Al respecto, rige lo señalado en el N°5, Letra A, de este Título.

7. Seguridad de los documentos electrónicos

De igual modo, aplica en esta materia lo señalado en el N°6, Letra A, de este Título.

D. Evaluación y vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores (EVAST)

CAPÍTULO I. Modelo Operativo Estándar EVAST

El proceso actual de identificación y evaluación de riesgos de salud ocupacional en ambientes de trabajo realizado por los organismos administradores y administradores delegados, es variable en cuanto a los modelos y herramientas utilizadas. No obstante, los protocolos del Ministerio de Salud que actualmente aplican para los agentes sílice, ruido, hipobaría intermitente crónica, riesgo de trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores relacionados con el trabajo (TMERT), plaguicidas, radiación UV de origen solar y riesgos psicosociales, regulan a nivel nacional las acciones para la

identificación y evaluación de factores de riesgo en las tareas y puestos de trabajo, en lo que concierne a los ambientes laborales, como también su control y seguimiento. Además, con excepción de los protocolos de radiación UV y riesgo psicosocial, entregan las directrices y elementos mínimos para la elaboración, aplicación y control de los programas de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos.

En el diseño del módulo EVAST se consideran los parámetros establecidos en los protocolos de vigilancia ambiental y de salud de los trabajadores, emitidos por el Ministerio de Salud.

1. Objetivos del módulo EVAST

El Módulo EVAST está orientado a capturar, integrar y mantener el registro de los resultados de las actividades de vigilancia ambiental y de salud de los trabajadores de las empresas en las cuales exista presencia de agentes de riesgos que ameritan sean vigilados por los organismos administradores y administradores delegados, con el objetivo de analizar dicha información desde una perspectiva sistémica e integral que permita supervigilar y proponer medidas o acciones para mejorar la prevención de las enfermedades profesionales.

En particular, la implementación de este sistema de información permitirá que:

- a) Los flujos de información entre los organismos administradores, administradores delegados y la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) sean más eficientes.
- b) La SUSESO cuente con herramientas más efectivas para el ejercicio de su rol de fiscalización del Seguro de la Ley N°16.744 y de esta forma velar por el cumplimiento y observancia de las normas legales.
- c) La SUSESO elabore estadísticas del Seguro de la Ley N°16.744 de las actividades de vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores, y así proponer y diseñar políticas públicas orientadas a la prevención.
- d) Otros organismos públicos conforme a sus competencias, accedan a información pertinente para fiscalización y/o elaboración de estadísticas dentro del ámbito de sus respectivas atribuciones.
- e) Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 accedan a información pertinente, con las debidas restricciones, a efectos de mantener la continuidad de la gestión de los riesgos de salud ocupacional para aquellas empresas o trabajadores que cambien de organismo administrador y administradores delegados.
- f) Diversos actores que participan de los procesos vinculados a la operación del Seguro de la Ley N° 16.744 (trabajadores, empleadores, entre otros) puedan acceder a la información pertinente, según sus intereses y competencias, con las debidas restricciones legales.

2. Descripción del modelo operativo estándar

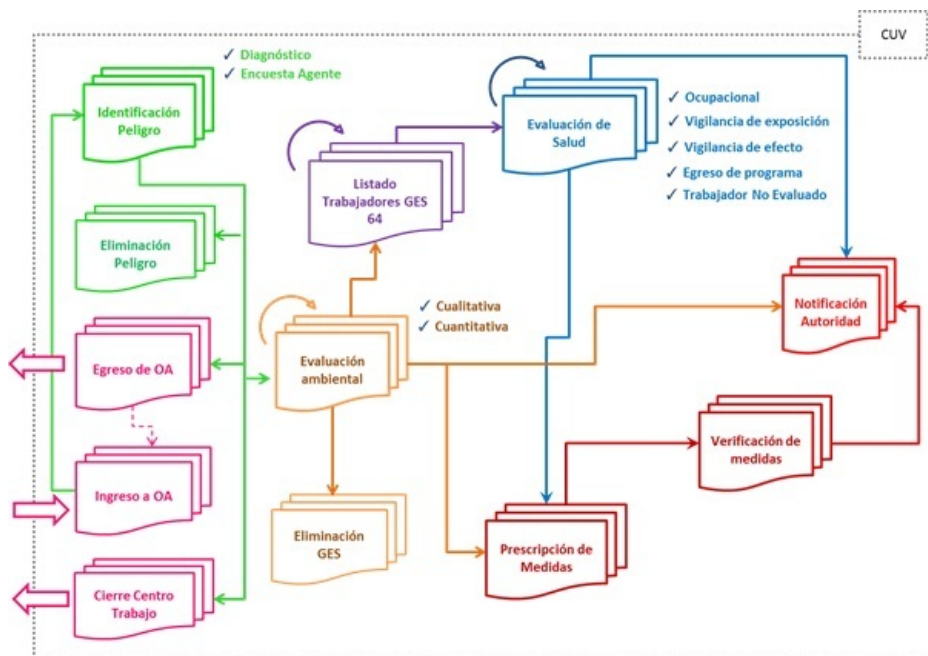
El modelo considera el registro secuencial de las actividades de evaluación y vigilancia ambiental y de salud de los trabajadores para cualquier tipo de riesgo, contemplando todas las etapas estructurales que se desarrollan en los distintos protocolos del Ministerio de Salud.

Se registrará a las entidades empleadoras a nivel de centro de trabajo. Para ello, la plataforma SUSESO entrega a los organismos administradores y administradores delegados un código único de vigilancia (CUV) según corresponda, el cual permite mantener un registro permanente y único de ese centro de trabajo. Además, permite la continuidad del registro de la gestión de los riesgos considerando el proceso de cambio entre organismo administrador, que pueda presentar en el tiempo una entidad empleadora.

La flexibilidad del modelo permite adaptarse a las potenciales modificaciones de los Protocolos del Ministerio de Salud, así como también la incorporación de nuevos agentes y la continuidad del registro de la gestión de los riesgos. De esta manera, el sistema permitirá la recepción y almacenamiento de la información proveniente de los organismos administradores y administradores delegados, generada a partir de las actividades preventivas que realizan en sus empresas afiliadas.

El modelo abre registro de cada centro de trabajo en plataforma SUSESO/EVAST, a través del (CUV), el cual está conformado por: RUT de la empresa evaluada, RUT del empleador principal donde se encuentra el centro de trabajo y coordenadas georreferenciadas.

Adicionalmente, se integra con otros módulos de SISESAT. Entre éstos figuran RALF y SIATEP a través del documento electrónico, e-doc 51, el cual permite la creación de un CUV para la identificación y apertura individualizada de cada centro de trabajo. A la vez, registrar específicamente el lugar donde ocurre el accidente o la enfermedad de los trabajadores, permitiendo agregar el seguimiento de las prescripciones de medidas y las notificaciones a las autoridades. El modelo estándar de EVAST se ajustará según el esquema presentado en la siguiente figura.



Modelo operativo estándar EVAST

3. Documentos y procesos operativos que conforman el modelo operativo estándar

Cada centro de trabajo se registra en la plataforma SUSESO/EVAST, a través del Código Único de Vigilancia (CUV), el cual está conformado por el RUT de la empresa evaluada y el RUT del empleador principal donde se encuentra el centro de trabajo y coordenadas georreferenciadas.

Un CUV se genera con el primer documento electrónico del flujo del modelo estándar, es decir, el e-doc 51. El cual no solo registra la identificación del centro de trabajo a nivel de riesgos y/o factores, sino también a nivel de trabajador que ha sufrido un accidente, enfermedad y muerte en dicho centro de trabajo.

El modelo estándar de EVAST incluye:

- El ingreso y egreso de un centro de trabajo desde un organismo administrador y administradores delegados a otro.
- El proceso de apertura y de cierre de un centro de trabajo.
- El proceso de eliminación de un peligro/riesgo/factor de riesgo/GES.

Los documentos electrónicos (e-doc) que conforman el modelo operativo estándar, de acuerdo a las siguientes categorías, son:

a) Identificación preliminar de riesgos

Corresponde a los instrumentos que individualizan al centro de trabajo y dan un primer acercamiento a los peligros, agentes de riesgos y factores de riesgos presentes en dicho lugar.

- E-doc 51 "Identificación peligro": Herramienta que permite la detección de peligros/agentes y evaluación preliminar de los riesgos en los centros de trabajo. En su versión actual establece exclusivamente la presencia/ausencia de peligros/agentes.
- E-doc 52 "Encuesta agente": Corresponde a encuestas que permiten la recopilación inicial de información de un centro de trabajo.

b) Evaluación Ambiental

Corresponde a los e-docs que dan cuenta de las evaluaciones ambientales cualitativas y/o cuantitativas, destinadas a identificar la presencia de agentes de riesgo físico, químico, biológico, condiciones ergonómicas o psicosociales existentes en el ambiente de trabajo.

- E-doc 61 "Evaluación cualitativa": Metodología de evaluación de riesgos basada en la caracterización del ambiente de trabajo y en el tiempo de exposición de los trabajadores, mediante una pauta estandarizada de observación, aplicada por personal adecuadamente calificado. El objetivo de este tipo de evaluación es realizar un tamizaje previo a una evaluación cuantitativa o evaluar dicho riesgo en ausencia de metodología cuantitativa específica.
- E-doc 62 "Evaluación cuantitativa": Metodología de evaluación de riesgos basada en la caracterización mediante el uso de instrumentos de muestreo personal o ambiental para estimar la magnitud del riesgo. En caso que dicha metodología se encuentre normada por el Instituto de Salud Pública (ISP), la evaluación debe ceñirse a ella. Los resultados de dichas evaluaciones deben ser comparados respecto de los estándares legales en

relación a las concentraciones de agentes químicos, presencia de agentes biológicos, magnitud de parámetros físicos y condiciones ergonómicas o psicosociales.

c) Listado trabajadores GES

E-doc 64 "Listado trabajadores GES": Corresponde al documento que registra la información de los trabajadores pertenecientes a un Grupo de Exposición Similar (GES), que presentan exposición a un riesgo o factor de riesgo, que requiere ingreso a vigilancia de salud.

d) Prescripción de medidas

E-doc 66 "Prescripción de medidas": Es el conjunto de prescripciones efectuadas a las entidades empleadoras por los organismos administradores y administradores delegados una vez realizadas las evaluaciones ambientales, con el objetivo de controlar los riesgos en el ambiente de trabajo. Las medidas de control pueden clasificarse en tres grandes grupos: control ingenieril, administrativos y medidas de protección personal.

e) Verificación de medidas prescritas

E-doc 67 "Verificación medidas": Se refiere a la acción, por parte del organismo administrador, de verificar el cumplimiento de las medidas prescritas una vez vencido su plazo de implementación. En relación a los plazos de cumplimiento, se debe considerar lo instruido en la normativa vigente.

f) Evaluación de Salud

Se refiere a las evaluaciones y exámenes preventivos realizados a los trabajadores en el contexto del Seguro de la Ley N°16.744.

- i) Ocupacional: Corresponde a la evaluación de salud realizada a trabajadores contratados que se desempeñan en tareas que presentan un riesgo inherente para su salud y/o seguridad, conforme a la evaluación de riesgos. Dicha evaluación debe ser realizada siempre previa a una reasignación a un nuevo cargo/tarea o periódicamente durante el desempeño del mismo. El objetivo es determinar, inicial y periódicamente, la presencia de patologías que pudieran eventualmente complicarse con la exposición a agentes o condiciones presentes en el lugar de trabajo o por la ejecución de tareas/funciones específicas del cargo y que puedan contraindicar su desempeño. Asimismo, permiten detectar condiciones médicas o factores de riesgos personales que hagan al trabajador más vulnerable a accidentarse o enfermarse, contraindicando también su desempeño. Ejemplos de estos son: evaluación para altura física, espacios confinados, altura geográfica, usuario de respirador, operador de equipo móvil, brigadas de emergencia, buzo y vigilante, entre otros.
- ii) Preocupacional: Corresponde a la evaluación de salud previa al inicio de la relación laboral, que no está cubierta por el Seguro de la Ley N°16.744. Sin perjuicio de lo anterior, una vez iniciada la relación laboral, la información sobre la condición de salud y/o los resultados de los exámenes realizados por el organismo administrador respectivo, y en el contexto de dicha evaluación pre ocupacional, será considerada como una evaluación ocupacional, a fin de establecer la periodicidad de su reevaluación u otras acciones.
- iii) Vigilancia de exposición: Exploración médico-fisiológica periódica de los trabajadores en la cual se realiza una valoración biológica de exposición interna o control biológico, que documenta la absorción de contaminantes por el organismo, a fin de comparar la exposición y el riesgo a la salud respecto del valor de referencia, establecido en D.S.N°594, de 1999, del Ministerio de Salud (Limite de Tolerancia Biológica), midiendo la concentración de sustancias peligrosas o sus metabolitos en la sangre o en la orina de los trabajadores entre otros.
- iv) E-doc 71 "Vigilancia de efecto": Son evaluaciones y exámenes médicos periódicos, orientados a la detección precoz de efectos o daño en la salud, por exposición a factores de riesgo de enfermedad profesional en los trabajadores que se encuentran expuestos o que estuvieron expuestos a un agente, con el objetivo de tomar las medidas correctivas y/o preventivas que eviten su progresión. Esta vigilancia incluye en su definición, a las evaluaciones realizadas durante la exposición, inmediata al término de exposición y/o posterior al fin de la exposición.
- v) Egreso programa de vigilancia: Corresponde al documento que establece las causas que determinan el fin del programa de evaluaciones, a las cuales es sometido un trabajador, sea ésta de vigilancia de exposición o vigilancia de efecto.

g) Notificación a la autoridad

E-doc 68 "Notificación a la autoridad": Corresponde la notificación a la Autoridad Sanitaria y/o Dirección del Trabajo, según corresponda, frente a la presencia de algunos agentes específicos en que la normativa así lo instruya. A modo de ejemplo, el "Protocolo de vigilancia del ambiente de trabajo y de la salud de los trabajadores con exposición a Sílice" (Ministerio de Salud, 2015), instruye a los organismos administradores, el envío de información de las empresas con nivel de riesgo IV mediante el Formulario Único de Notificación, a la Autoridad Sanitaria (FUN).

Del mismo modo, deben notificarse a la autoridad los casos de incumplimiento de medidas prescritas por el

organismo administrador para el control de un riesgo por parte de una entidad empleadora, así como también, cuando se pesquise a uno o más trabajadores con niveles biológicos de exposición que sobrepasen los límites de tolerancia biológica indicados en el D.S. N°594, de 1999, del Ministerio de Salud, para sustancias o agentes que están prohibidos de ser usados en los lugares de trabajo.

h) Egreso de organismo administrador

E-doc 57 "Egreso de organismo administrador": Corresponde al documento que consigna la desafiliación de un centro de trabajo de una entidad empleadora que cambia de organismo administrador.

i) Ingreso a organismo administrador

E-doc 58 "Ingreso a organismo administrador": Corresponde al ingreso de un centro de trabajo a otro organismo administrador siempre y cuando hubiere presentado un documento de "Egreso de organismo administrador" anterior.

j) Cierre de centro de trabajo

E-doc 59 "Cierre centro trabajo": Corresponde al documento que registra la acción de cierre de un centro de trabajo de una entidad empleadora. No obstante, el diseño tecnológico permite abrir nuevamente el centro de trabajo, si fuese necesario. Dicha acción se efectúa según lo instruido en el Anexo N°23 "Interacción de documentos electrónicos".

k) Eliminación de peligro

E-doc 56 "Eliminación peligro": Corresponde al documento que registra la acción de notificación desde el organismo administrador o administradores delegados, de eliminación del peligro, ya sea por mitigación del riesgo, por sustitución de materia prima, entre otras.

l) Eliminación de GES

E-doc 69 "Eliminación de GES": Corresponde al documento que notifica la eliminación del grupo de exposición similar (GES), ya sea por razones de eliminación del riesgo o porque ya no existen trabajadores en el proceso donde está el agente de riesgo.

4. Contenido de los documentos electrónicos

Respecto de las zonas de identificación y códigos de obligatoriedad de los datos de los documentos electrónicos se debe tener presente, lo siguiente:

- a) Nombre de campo: Nombre del elemento del documento electrónico.
- b) Descripción: Explicación comprensiva del elemento.
- c) Tag: Nombre del tag en el documento electrónico del <elemento> o "atributo".
- d) Tipo de Dato: Tipo de dato que puede tomar el valor del campo. Estos pueden ser:
 - i) Alfanumérico (String): algunos caracteres como "&" y "<" deben ser reemplazados por la secuencia de escape, que el estándar que se utilizará define para dichos caracteres.
 - ii) Numérico (Integer): No se debe incluir separador de miles.
 - iii) Positive integer/nonNegativeInteger: No debe ser número negativo.
 - iv) Decimal (decimal): Los decimales se separan con punto y se indican sólo cuando el valor que se desea incluir contiene decimales significativos.
 - v) Fecha (Date): Tipo de dato estándar en formato AAAA-MM-DD.
 - vi) Hora (Time): Tipo de dato estándar en formato HH:MM:SS.
 - vii) Fecha Hora (DateTime): Tipo de dato estándar en formato AAAAMMDDTHH:MM:SS.
 - viii) STXXX: Tipos simples definidos a partir de tipos de datos estándares.
 - ix) CTXXX: Tipos complejos definidos a partir de tipos de datos estándares.
- e) Validación: Validación para el atributo definido.
- f) Opcionalidad: Primera casilla corresponde al código de impresión del campo:
 - i) Si el código es I, el campo debe ser impreso. La impresión de un dato no debe necesariamente ser igual al formato que se especifica en el presente documento. Por ejemplo, una fecha no tiene necesariamente que

imprimirse en el formato AAAA-MM-DD, sino que puede ser impresa con el mes en letras o cambiando el orden en que aparecen el año, el mes y día, de manera de facilitar su lectura. Adicionalmente, se puede optar porque un dato cuya impresión es obligatoria, esté pre impreso.

- ii) Si el código es IE, el elemento representa un código, se deberá utilizar en la representación impresa la etiqueta equivalente.
 - iii) Si el código es N, no es obligatorio que el campo aparezca impreso en el documento.
- g) Opcionalidad: Segunda casilla corresponde al código de obligatoriedad:
- i) Si el código es 1, el dato es obligatorio (OB). El dato debe estar siempre en el documento.
 - ii) Si el código es 2, el dato es condicional (C). El dato no es obligatorio en todos los documentos, pero pasa a ser obligatorio para los emisores, cuando se cumple una cierta condición que emana del propio documento.
 - iii) Si el código es 3, el dato es opcional (OP), puede o no estar en los documentos electrónicos.
- h) Campo formulario manual: indica el nombre del campo que se debe completar en el formulario.

5. Descripción del modelo tecnológico

La descripción del modelo tecnológico se describe en el número 4, Letra A, de este Título.

6. Estructura de los documentos electrónicos

El contenido de los documentos electrónicos antes mencionados se ha estructurado por zonas, con el propósito de identificar de manera única y al mismo tiempo, agrupar, ordenar y estandarizar materias o información afín. Los documentos y zonas se encuentran en el Anexo N°25 "Descripción general de zonas por documento".

7. Formato de los documentos electrónicos

El formato de los documentos electrónicos se describe en el número 5, Letra A, de este Título.

8. Seguridad de los documentos electrónicos

La seguridad de los documentos electrónicos se describe en el número 6, Letra A, de este Título.

9. Modificación o actualización de información de documentos electrónicos

- a) Los campos administrativos, debido al dinamismo del negocio pueden cambiar en el tiempo. Tales actualizaciones podrán ser enviadas actualizando, a su vez, los campos de las zonas respectivas en los documentos posteriores. Para esto, existirá validación que no permitirá modificar información de los documentos ya emitidos a plataforma SUSESO, vale decir, a los e-docs que los preceden, puesto que dicha información es válida y vigente hasta ese momento.
- b) La información válida y vigente siempre se considerará la última enviada.
- c) Los campos operacionales podrán ser modificados a través de la funcionalidad de anulación. Para ello, se deberá anular desde el e-doc erróneo en adelante, para luego reenviar los respectivos e-docs corregidos, según corresponda. Se debe considerar que los documentos electrónicos contienen información crítica, y eventualmente existan acciones o intervenciones, las cuales sea necesario corregir.
- d) Corregir campos operacionales, equivale a anular documentos electrónicos.
- e) Para anular un documento electrónico, se debe previamente solicitar a SUSESO autorización para tal efecto, salvo en las siguientes situaciones:
 - i) En el caso de enviar un documento a la plataforma SUSESO, el organismo administrador y administradores delegados tendrán 5 días hábiles para anular el documento y reemplazarlo por uno nuevo, sin solicitud de permiso a SUSESO. Se deberá cumplir además, que sea el último documento de una secuencia.
 - ii) Si el error de información es identificado después del tiempo definido como límite (5 días hábiles) o en el caso que sea necesario anular más de un documento, es decir, no solo el último de una secuencia, se deberá efectuar una solicitud de "anulación de documento".
- f) La solicitud de anulación deberá enviarse a evast.planesi@suseso.cl, con la siguiente información:
 - i) Identificación del responsable validado por el organismo administrador o administradores delegados, para solicitud de anulación de documento.
 - ii) Identificación del documento a anular: CUV, agente de riesgo, tipo e-doc, ID e-doc, folio, fecha emisión.

g) Se entenderá como "Información operacional" e "Información administrativa":

- i) "Información operacional": La información crítica y técnica que da cuenta de la descripción de los GES, de resultados de mediciones ambientales y de las evaluaciones de salud de los trabajadores.
- ii) "Información administrativa": La información que no es de tipo "Operacional". Los campos de las zonas de centro de trabajo y empleador corresponden a información administrativa. Exceptuando los campos tipo llave, como son: CUV, agente de riesgo, folio GES, RUT trabajador, que se considerarán del tipo operacional.

10. Implementación operativa de recepción de documentos electrónicos a SUSESO/EVAST

Para los centros de trabajo que se encuentren caducos al momento de la visita del organismo administrador, se deberán considerar los siguientes criterios para la elaboración del documento electrónico 51:

- a) En los cuales no se pueda obtener el campo "RUT empresas principal", se poblará con un RUT genérico = (1-9)
- b) En datos de cierre para centro de trabajo caduco, se deberá registrar opción 99 y en "motivo" se deberá registrar la observación: "caduco al momento de visita".
- c) En caso de centro de trabajo caduco se deberá remitir de igual manera el e-doc 59, de cierre centro de trabajo.
- d) Cuando el campo "Estado centro trabajo" de zona centro de trabajo presenta opción 2= Caduco, los siguientes campos son opcionales:
 - i) Zona datos cierre: Fecha Cierre.
 - ii) Zona Empleador: Resto Dirección, Localidad, Carácter Organización, Numero Trabajadores Hombres, Numero Trabajadores Mujer, Reglamento de Higiene y Seguridad, Reglamento de Higiene y Seguridad incorpora agente de riesgo, Reglamento de Orden Higiene y Seguridad, Reglamento de Orden Higiene y Seguridad incorpora Agente de riesgo, Depto. Prevención Riesgos.
 - iii) Zona Centro de trabajo: Tipo Empresa, Resto dirección, Localidad, Descripción Actividad Centro Trabajo, N° Total Trabajadores CT, N° Trabajadores Hombres CT, N° Trabajadores Mujer CT, Comité Paritario Constituido, Experto Prevención Riesgos, Experto Prevención Riesgos-Horas Semana dedicación al CT, Fecha Inicio Centro Trabajo, Centro de trabajo con fecha de cierre conocida, Fecha Término Centro Trabajo.

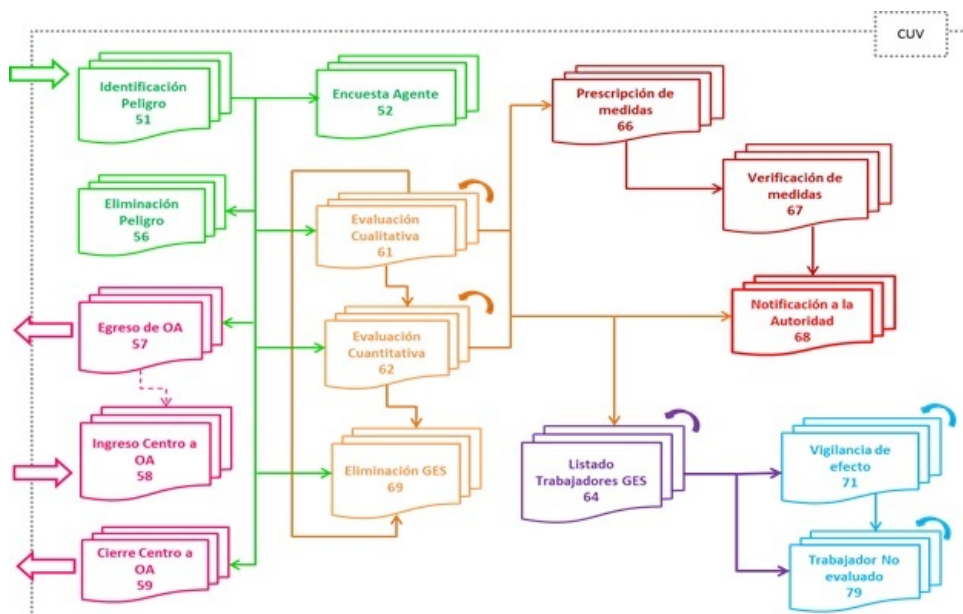
11. Implementación operativa de recepción de documento electrónico 51 a SUSESO/EVAST desde RALF/SIATEP

Si el campo "Origen" es igual a 2 o 3, SIATEP o RALF, respectivamente, será opcional completar los siguientes campos de la Zona centro trabajo: Reglamento de Higiene y Seguridad, Reglamento de Higiene y Seguridad incorpora agente de riesgo, Reglamento de Orden Higiene y Seguridad, Reglamento de Orden Higiene y Seguridad incorpora Agente de riesgo, Depto. Prevención Riesgos, Fecha Inicio Centro Trabajo.

CAPÍTULO II. EVAST/Sílice

1. Implementación EVAST/Sílice

El "Protocolo de vigilancia del ambiente de trabajo y de la salud de los trabajadores con exposición a Sílice" (Ministerio de Salud, 2015), elaborado en el contexto del Plan Nacional para la Erradicación de la Silicosis (PLANESI), se ajustará al modelo operativo que se presenta a continuación.



7. Envío en régimen EVAST/Sílice

La información técnica de los documentos electrónicos se encuentra disponible en la sección del sistema de información "SISESAT" del sitio web www.suseso.cl.

8. Remisión de información año 2017

Los organismos administradores y administradores delegados, remitirán a la plataforma SUSES/ EVAST todos los e-docs 51-56-59 de los centros de trabajo que hubieren sido evaluados en el año 2017, con la herramienta de Identificación de Peligro y Evaluación de Riesgo, IPER, a contar del 1° de marzo de 2018. Para estos efectos, deberán considerar la información cuyo campo "Fecha Detección Peligro" registra "2017".

9. Remisión de información año 2018

Los levantamientos de riesgos realizados por los organismos administradores o administradores delegados, en los centros de trabajos identificados y evaluados durante 2018, deberán ser remitidos de acuerdo al siguiente cuadro:

| e-doc | Marzo - abril | Mayo - junio | Julio - agosto | Septiembre - Octubre | Noviembre - diciembre |
|--------------|---------------|--------------|----------------|----------------------|-----------------------|
| 51 - 56 -59 | x | x | x | x | x |
| 61 - 62 - 68 | | x | x | x | x |
| 66 - 67 | | | x | x | x |
| 64 - 69 | | | | x | x |
| 71 - 79 | | | | | x |

El documento electrónico 51 que abre CUV a los centros de trabajo, tendrá un tratamiento de validación diferente según el año de apertura 2017 o 2018, según lo establecido en el número 10, Capítulo I, Letra D, de este Título.

10. Remisión de información a partir del año 2019

Las evaluaciones que inicien levantamiento de riesgos en los centros de trabajo identificados, desde el año 2019, se considerarán en régimen. Estos documentos electrónicos deberán ser enviados en un plazo máximo de 72 horas desde su generación.

E. Empresas con infracciones en materia de SST constatadas por la Dirección del Trabajo

1. Procedimiento

- a) La Dirección del Trabajo (DT) informará las infracciones o deficiencias en materia de higiene y seguridad a los organismos administradores (OA), mediante documento electrónico XML "Notificación de Infracciones o Deficiencias", cuyo formato está contenido en Anexo N°26 "Estructura y contenido de los documentos electrónicos de infracciones DT".

En aquellos casos en que el organismo administrador determine que la empresa informada por la DT no es su adherente o afiliada, deberá informar esta situación a dicha Dirección y a la Superintendencia de Seguridad Social mediante documento electrónico "Empresas No Adheridas o No Afiliadas", de acuerdo al formato contenido en el Anexo N°26 "Estructura y contenido de los documentos electrónicos de infracciones DT", en el plazo de 5 días hábiles, contado desde la fecha de recepción de la notificación.

Para lo anterior, los organismos administradores deberán poner a disposición de la DT un web service que permita recepcionar los documentos electrónicos descritos en estas instrucciones.

- b) El documento electrónico de "Notificación de Infracciones o Deficiencias", señalado anteriormente, también será remitido por la DT a la Superintendencia de Seguridad Social, en forma paralela a su envío a cada organismo administrador.

Para lo anterior, la Superintendencia pondrá a disposición de la Dirección del Trabajo un web service que permita recepcionar los documentos electrónicos pertinentes.

- c) Los organismos administradores, al momento de tomar conocimiento de las infracciones o deficiencias constatadas en sus empresas adheridas o afiliadas, deberán proceder de acuerdo a lo siguiente:

- i) Prescribir, por escrito, a la empresa infractora, las medidas correctivas específicas que correspondan, en el formato que se adjunta en el Anexo N°27 "Prescripción de Medidas Correctivas Infracciones DT". La prescripción de dichas medidas deberá realizarla el organismo administrador en todos los casos en que las condiciones de higiene y seguridad de la empresa así lo ameriten, incluso si ésta acredita que está tramitando una apelación ante la Dirección del Trabajo.

Sin embargo, en aquellos casos en que el organismo administrador, al momento de efectuar la visita a la empresa, considere que no es necesario prescribir alguna medida correctiva, deberá informarlo en el ya citado Anexo N°27 "Prescripción de Medidas Correctivas Infracciones DT", en la fila destinada a describir la medida para la

respectiva infracción o deficiencia, señalando las razones técnicas que justifiquen su decisión

Excepcionalmente, se podrán prescribir medidas correctivas de manera no presencial, en caso de determinadas infracciones en materia de condiciones sanitarias básicas.

Por otra parte, en aquellos casos en que no sea posible obtener la firma de un representante de la empresa, o la prescripción no se realice de manera presencial, deberá informar esta situación en el formulario, en el sector destinado a registrar dicha firma, debiendo enviarlo, posteriormente, por carta certificada dirigida al representante legal de la empresa.

- ii) Informar dichas medidas a la DT y a la Superintendencia de Seguridad Social, para lo cual deberá remitir el documento electrónico "Prescripción de Medidas" con las empresas a informar.

El documento electrónico "Prescripción de Medidas" contiene la información de su homólogo en formulario papel. Por lo anterior, este documento electrónico se deberá utilizar también respecto de aquellas empresas en que no se consideró necesario prescribir alguna medida correctiva, señalando las razones técnicas que justifiquen esa decisión.

- iii) El plazo para prescribir las medidas correctivas a las entidades empleadoras e informar éstas a la Dirección del Trabajo y a la Superintendencia de Seguridad Social, será de 30 días corridos, contado desde la respectiva notificación. Se entenderá que la fecha de notificación de las infracciones es el día hábil siguiente a la fecha de envío del documento electrónico por parte de la DT.

- iv) En aquellos casos en que la infracción haya sido calificada como "gravísima" por la Dirección del Trabajo, el organismo administrador deberá verificar el cumplimiento de las medidas prescritas, en los plazos indicados para tal efecto, e informar de esta situación a la Superintendencia de Seguridad Social, con copia a la Dirección del Trabajo, mediante documento electrónico "Seguimiento Medidas Prescritas", según el formato contenido en el Anexo N°26 "Estructura y contenido de los documentos electrónicos de infracciones DT". En caso de incumplimiento de las medidas prescritas deberá señalar las acciones específicas que hubiere adoptado al respecto, en la glosa del seguimiento del documento electrónico antes señalado.

Dicho documento debe ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social en el plazo de 15 días hábiles, contado desde la fecha del seguimiento realizado para verificar el cumplimiento de las medidas prescritas.

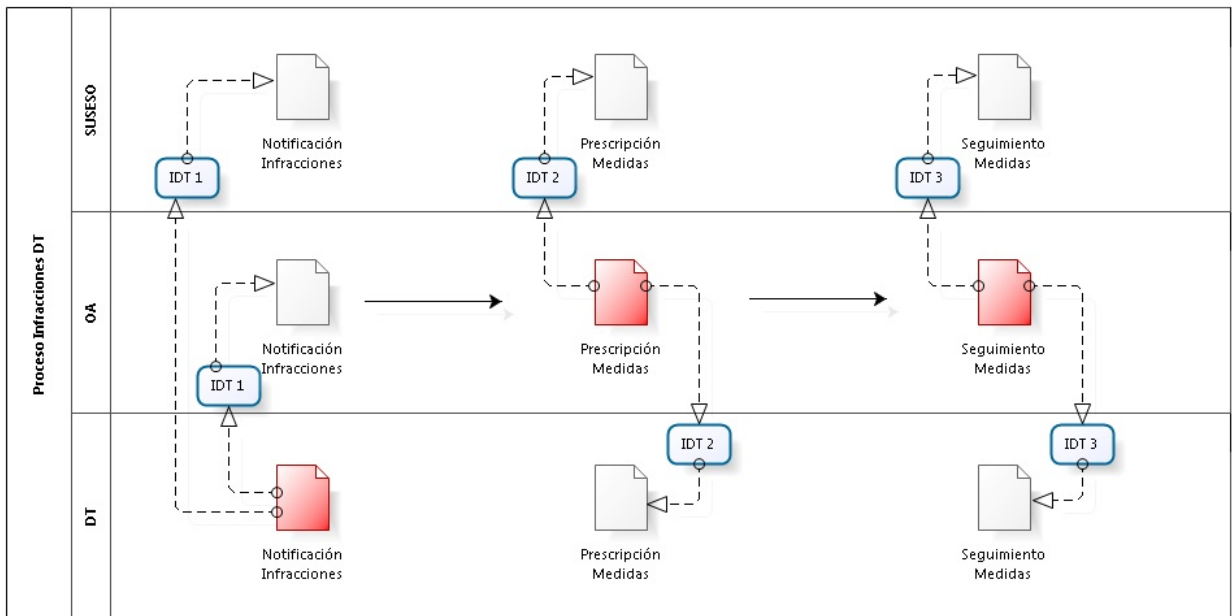
2. Documentos electrónicos

En resumen, los documentos electrónicos que inicialmente se remitirán al SISESAT son los siguientes:

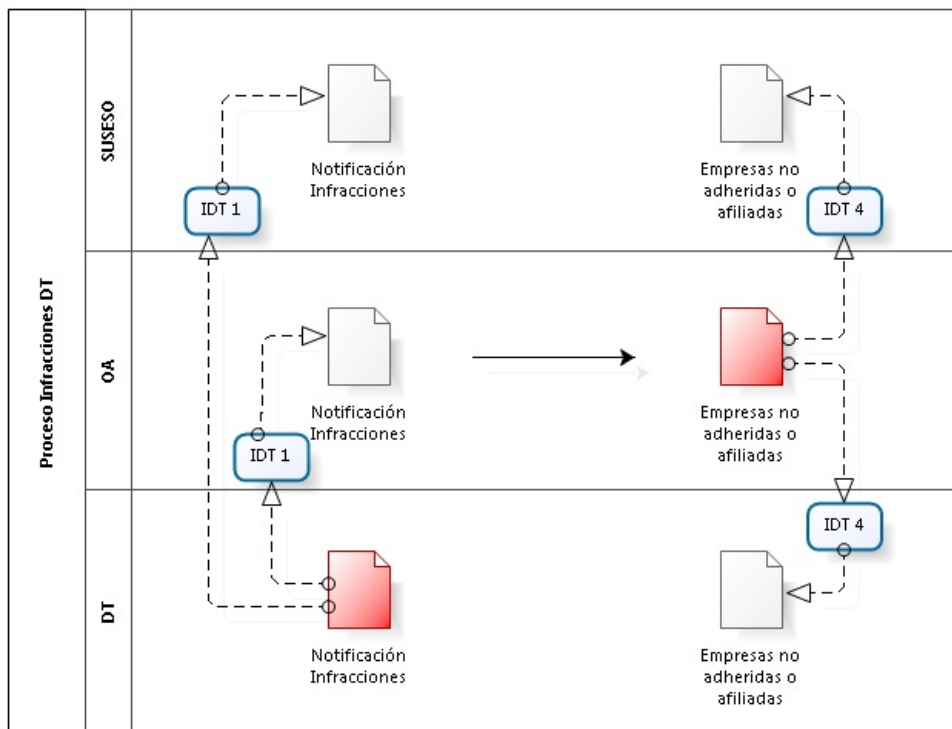
| Documentos | | |
|------------|---|--|
| Código | Nombre | Descripción |
| IDT1 | "Notificación de Infracciones o Deficiencias" | Documento de la Dirección del Trabajo, informando la infracción o deficiencia en materia de higiene y seguridad, que será remitido a los organismos administradores y a la Superintendencia de Seguridad Social. |
| IDT2 | "Prescripción de Medidas" | Documento de los organismos administradores, informando las medidas prescritas, que deberá ser remitido a la Dirección del Trabajo y a la Superintendencia de Seguridad Social. |
| IDT3 | "Seguimiento de Medidas Prescritas" | Documento de los organismos administradores, que deberá ser remitido a la Dirección del Trabajo y a la Superintendencia de Seguridad Social. |
| IDT4 | "Empresas No Adheridas o No Afiliadas" | Documento de los organismos administradores, informando las entidades empleadoras que no son sus adherentes o afiliadas, que deberá ser remitido a la Dirección del Trabajo y a la Superintendencia de Seguridad Social. |

A continuación, se presenta un diagrama general del flujo de documentos electrónicos del proceso:

Caso general:



Caso particular: entidades empleadoras que no se encuentran adheridas o afiliadas al organismo administrador notificado.



Las comunicaciones dirigidas a esta Superintendencia en relación a la implementación de los documentos electrónicos con información asociada a las infracciones y deficiencias en materia de higiene y seguridad, constatadas por la Dirección del Trabajo, en el SISESAT, deberá ser enviada a la dirección de correo electrónico: sisesat@suseso.cl.

F. Capacitación. Sistema de Capacitación

1. Objetivos del módulo Capacitación

El Módulo Capacitación SISESAT, está orientado a capturar, integrar y mantener el registro de las actividades de capacitación de los trabajadores, otorgadas por los Organismos administradores del seguro de la Ley N°16.744, con el objetivo de analizar dicha información desde una perspectiva sistémica e integral que permita supervigilar y orientar la formación de competencias en seguridad y salud en el trabajo.

En particular, la implementación de este sistema de información permitirá:

- a) Que los flujos de información entre los Organismos Administradores y la Superintendencia de Seguridad Social sean más eficientes.

- b) Que la Superintendencia de Seguridad Social cuente con herramientas más efectivas para el ejercicio de su rol de fiscalización del Seguro de la Ley N°16.744 y de esta forma continúe velando por el cumplimiento y observancia de las normas legales.
- c) Que la Superintendencia de Seguridad Social elabore estadísticas del Seguro de la Ley N°16.744 de las actividades de capacitación de los trabajadores, y así proponer y diseñar políticas públicas orientadas a la prevención.
- d) Que otros organismos públicos conforme a sus competencias, accedan a información pertinente para fiscalización y/o de elaboración de estadísticas en el ámbito de sus atribuciones.
- e) Que los organismos administradores accedan a la información pertinente, con las debidas restricciones, a efectos de mantener la continuidad de la gestión de salud y seguridad para aquellas empresas o trabajadores que cambien de organismo administrador.
- f) Que diversos actores que participan de los procesos vinculados a la operación del Seguro de la Ley N°16.744 (trabajadores, empleadores, entre otros) puedan acceder a la información pertinente, según sus intereses y competencias, con las debidas restricciones legales.

2. Descripción del modelo operativo general de Modulo Capacitación - SISESAT

El modelo operativo considera el registro, por parte de los organismos administradores, de las capacitaciones que realiza un trabajador, en uno o varios de ellos, a lo largo de su vida laboral; en una única entidad empleadora, múltiples o incluso simultáneas.

Para el funcionamiento del Módulo, los organismos administradores deberán mantener un catálogo de su oferta de capacitación, el cual deberá ser actualizado de forma periódica frente a modificación, eliminación o desarrollo de una nueva actividad [eDoc 23] o programa [eDoc 26] de capacitación.

La información de las capacitaciones [eDoc 27] será organizada a nivel de cada trabajador utilizando un Código Único de Trabajador (CUT), independiente de la entidad empleadora y organismo administrador que haya impartido la capacitación.

Se esquematiza el modelo del módulo de capacitación en la figura que se presenta a continuación.

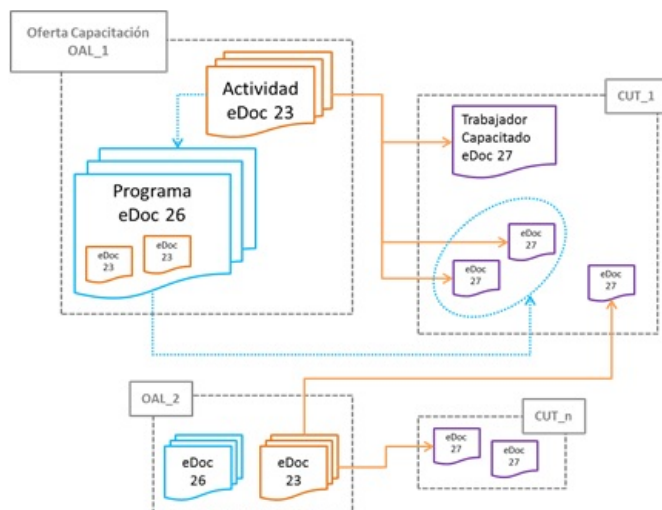


Figura N°2: Modelo Operativo CAPACITACION SISESAT

La flexibilidad del modelo permite adaptarse a los potenciales desarrollos de los organismos administradores, como a la definición de programas oficiales similares al ConstruYo Chile.

Se espera que en un futuro los trabajadores, a través de los organismos administradores u otras plataformas, puedan acceder al repositorio histórico y descargar su historial de capacitaciones o certificados, lo cual colaborará con mejorar su empleabilidad.

3. Documentos que conforman el modelo operativo general de CAPACITACION - SISESAT

a) E-doc 23 Actividad

Corresponde a un documento que establece las características de una actividad de capacitación como el nombre de la capacitación, tipo de capacitación, su duración en minutos de capacitación, la modalidad en que se imparte, su relación con riesgos de accidentabilidad o agentes causales de enfermedad y los contenidos específicos que tratará la capacitación, entre otros.

El organismo administrador deberá remitir un e-doc 23, por cada una de las diferentes actividades de capacitación con las que cuenta como oferta para los trabajadores.

El e-doc 23 contiene un "ID actividad", que se utilizará como correlativo secuencial ascendente, el cual será asignado

por Plataforma SISESAT/Capacitación, generando uno nuevo cuando sean diferentes cualquiera de los siguientes campos:

- Código (s) contenido actividad
- Tipo actividad
- Modalidad de la actividad
- Asociada a agente riesgo (peligro) o riesgo
- Código agente riesgo (peligro) o riesgo

Adicionalmente, el organismo administrador deberá asignar un nuevo "folio de actividad" a cada documento enviado.

Si el organismo administrador envía un e-doc 23 y su "ID actividad" y posteriormente requiere corregir o modificar los campos, siempre que no sean los campos indicados anteriormente, debe reemplazar dicho e-doc 23 con el mismo ID asignado por SISESAT/Capacitación, a modo de versión correcta, con un nuevo "folio de actividad". Se podrán enviar tantos documentos e-doc 23 y su "ID actividad" de reemplazo, como se requiera. Sin embargo, al momento de remitir un e-doc-27 de trabajador capacitado, el sistema considerará como e-doc 23 válido, el último documento recepcionado en plataforma para dicha actividad de capacitación. Se considera como último documento, aquel en cuyo campo: "fecha emisión actividad" se encuentra la fecha más reciente y se encuentre vigente.

Para eliminar una actividad de capacitación, es decir, un e-doc 23 y su "ID actividad", se deberá enviar el mismo e-doc 23 y su "ID actividad", indicando "NO" en campo "vigencia actividad" y completando campo "fecha de caducidad actividad". Esta capacitación quedará inhabilitada para utilizarse como referencia en el e-doc 27 de "trabajador capacitado". La eliminación de una actividad de capacitación no es física, sino lógica.

b) E-doc 26 Programa

Corresponde a un documento que establece las características de un programa de capacitación, como son: el nombre del programa, objetivos y el (los) ID, de las "actividades" que lo componen.

El organismo administrador deberá remitir un e-doc 26, por cada uno de los diferentes programas con los que cuenta como oferta para los trabajadores.

El e-doc 26 contiene un "ID programa", que se utilizará como correlativo secuencial ascendente, el cual será asignado por SISESAT/Capacitación, generando uno nuevo cuando sea diferente el o los "ID Actividad" que lo componen.

Adicionalmente, el organismo administrador a cada documento enviado deberá asignar un nuevo "folio de programa".

Si el organismo administrador envía un e-doc 26 y su "ID programa", y posteriormente requiere corregir o modificar los campos, siempre que no sea el campo indicado anteriormente, debe reemplazar dicho e-doc 26 con el mismo "ID programa" asignado por SISESAT/Capacitación, a modo de versión correcta, con un nuevo "folio de programa". Se podrán enviar tantos documentos e-doc 26, su "ID programa", de reemplazo, como se requiera. Sin embargo, al momento de remitir un e-doc-27 de trabajador capacitado, el sistema considerará como e-doc 26 válido, el último documento recepcionado en plataforma para dicho programa y que se encuentre vigente. Se considera como último documento, aquel en cuyo campo: "fecha emisión programa" se encuentra la fecha más reciente y se encuentre vigente.

Para eliminar un programa de capacitación, se deberá enviar el mismo e-doc 26 y su "ID programa", indicando "NO" en campo "vigencia programa" y completando campo "fecha de caducidad programa". Este programa quedará inhabilitado para utilizarse como referencia en el e-doc 27 de "trabajador capacitado". La eliminación de un programa no es física, sino lógica.

c) E-doc 27 Trabajador Capacitado

Corresponde a un documento que establece las características de una actividad, en la que un trabajador participa y completa, como son: los datos del trabajador, datos de la entidad empleadora, el ID de actividad, la fecha en que se completó, los datos del relator y si ésta fue aprobada, entre otros.

Al interior de cada CUT, el e-doc 27 cuenta con un "ID Capacitación" que se utilizará como correlativo secuencial ascendente, el cual será asignado por la Plataforma SISESAT/Capacitación, generando uno nuevo, cuando sea diferente el "ID Actividad".

Adicionalmente, el organismo administrador deberá asignar un nuevo "folio capacitación" a cada documento enviado.

El organismo administrador deberá remitir un e-doc 27 y su "ID Capacitación", por cada uno de los trabajadores que asista y complete una actividad realizada bajo la cobertura de la Ley N°16.744.

Si el organismo administrador envía un e-doc 27 y su "ID Capacitación", y posteriormente requiere corregir o modificar

los campos, debe reemplazar dicho e-doc 27, reenviándolo con el mismo "ID capacitación", asignado por plataforma SISESAT/Capacitación, a modo de versión correcta, con un nuevo "folio capacitación".

Se podrán enviar tantos documentos e-doc 27 y su "ID capacitación", de reemplazo, como se requiera. Para todo efecto, el sistema considerará como e-doc 27 válido, el último documento recepcionado por plataforma SISESAT/Capacitación y que se encuentre vigente. Se considera como último documento, aquel en cuyo campo: "Fecha Emisión trabajador capacitado" se encuentra la fecha más reciente.

Para eliminar un e-doc 27, por error de adjudicación de actividad o programa de capacitación a un trabajador, el organismo administrador debe remitir el mismo e-doc 27 y su "ID capacitación", indicando en campo "Elimina Trabajador Capacitado" = 1 (Si, elimina documento).

4. Descripción del modelo tecnológico

La descripción del modelo tecnológico fue detallada en el N°4, Letra A, de este Título.

5. Estructura de los documentos electrónicos

El contenido de los documentos electrónicos antes mencionados se ha estructurado por zonas, con el propósito de identificar de manera única y al mismo tiempo agrupar, ordenar y estandarizar materias o información afín. El esquema general de los documentos y zonas se encuentra en el Anexo N°28 "Descripción documentos electrónicos CAPACITACION SISESAT", apéndice A "Esquema de documentos y zonas".

6. Contenido de los documentos electrónicos

El significado del contenido de las zonas de identificación y de los códigos de obligatoriedad de los datos de los documentos electrónicos del módulo CAPACITACION SISESAT se encuentran en el Anexo N°28 "Descripción documentos electrónicos CAPACITACION SISESAT", apéndice B "Detalle de zonas y tablas".

7. Formato de los documentos electrónicos

El formato de los documentos electrónicos se encuentra detallado en el N°5, Letra A, de este Título.

8. Seguridad de los documentos electrónicos

La seguridad de los documentos electrónicos se describe en el N°6, Letra A, de este Título.

9. Implementación del módulo capacitación SISESAT

La implementación del Módulo CAPACITACION SISESAT se realizará de acuerdo a la siguiente carta Gantt y considerará reuniones periódicas (mensuales) de seguimiento que serán citadas por la Superintendencia de Seguridad Social y, otras de carácter extraordinario, si fuesen necesarias.

| Actividad | Año 2017 | | 2018 | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mes 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| 1. Desarrollo | X | X | X | X | | | | | | | | |
| 2. Pruebas QA | | | | | X | | | | | | | |
| 3. Correcciones y ajustes | | | | | | X | | | | | | |
| 4. Marcha Blanca QA | | | | | | | X | X | | | | |
| 5. Recepción información 1°S 2018 | | | | | | | | | X | X | | |
| 6. Envío en régimen | | | | | | | | | | | | X |

10. Pruebas QA

Durante el mes de marzo de 2018 se desarrollarán las pruebas de envío de e-doc a plataforma SUSESO/Capacitación en ambiente QA. En esta etapa los organismos administradores y empresas con administración delegada deberán remitir la oferta de capacitaciones, es decir, eDoc 23 y eDoc 26, para luego remitir los eDoc 27 correspondientes a las capacitaciones de los trabajadores.

11. Correcciones y ajustes

En caso de ser necesario, se realizarán ajustes al Modulo Capacitación y a la definición de documentos electrónicos instruidos en esta Letra F, previo al paso a marcha blanca, a más tardar el 9 de abril de 2018.

12. Marcha Blanca QA

A partir del 2 de mayo de 2018 y hasta el 30 de junio del mismo año, se desarrollará la marcha blanca del sistema en la plataforma QA, debiendo remitir cada organismo administrador documentos con información real correspondiente al año 2017.

En esta etapa los organismos administradores y empresas con administración delegada deberán remitir la oferta de capacitaciones, es decir, eDoc 23 y eDoc 26, para luego remitir los eDoc 27 correspondientes a las capacitaciones de los trabajadores.

13. Recepción información Primer Semestre 2018

Durante la primera quincena de julio de 2018, se realizará el paso a producción del módulo Capacitación. Los organismos administradores y las empresas con administración delegada deberán enviar toda la información generada en el primer semestre 2018, correspondiente a actividades de capacitación, a la plataforma SUSESO/Capacitación en ambiente Producción, a partir del lunes 16 de julio del mismo año.

En esta etapa los organismos administradores y empresas con administración delegada deberán remitir la oferta de capacitaciones, es decir, eDoc 23 y eDoc 26, para luego remitir los eDoc 27 correspondientes a las capacitaciones de los trabajadores.

14. Envío en régimen

A partir del 3 de septiembre de 2018, entrará en régimen del sistema CAPACITACION SISESAT, por lo cual los e-doc deberán ser remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social, en el plazo de un mes, contado desde la fecha de término de la capacitación.

G. Anexos



Anexo N°1: Definición en llenado de campos de SISESAT



Anexo N°2: Denuncia individual de accidentes del trabajo



Anexo N°3: DIAT y DIEP electrónica



Anexo N°4: Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con reposo laboral (RELA)



Anexo N°5: Orden de Reposo Ley N°16.744



Anexo N°6: Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con alta laboral (ALLA)



Anexo N°7: Certificado de alta laboral Ley N°16.744



Anexo N°8: Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con alta médica (ALME)



Anexo N°9: Certificado de alta médica Ley N°16.744



Anexo N°10: Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con la resolución de calificación (RECA)



Anexo N°11: Resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N° 16.744



Anexo N°12: Documento electrónico por medio del cual se remite información del documento de reingreso
















Anexo N°13: Prescripción de medidas



Anexo N°14: Verificación de medidas

Anexo N°15: Notificación a la autoridad

-  Anexo N°16: Resolución de incapacidad permanente Ley N° 16.744
-  Anexo N°17: Documento electrónico por medio del cual se remite información de la resolución de incapacidad permanente (REIP)
-  Anexo N°18: Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [142] RALF-Medidas
-  Anexo N°19: Documentos electrónicos
-  Anexo N°20: Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [145] RALF-Prescripción
-  Anexo N°21: Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [146] RALF- Verificación
-  Anexo N°22: Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [147] RALF- Notificación
-  Anexo N°23: Interacción de documentos electrónicos EVAST
-  Anexo N°24: Planilla de definición y Tablas EVAST/Sílice
-  Anexo N°25: Descripción general de zonas por documento
-  Anexo N°26: Estructura y contenido de los documentos electrónicos de infracciones DT
-  Anexo N°27: Prescripción de Medidas Correctivas Infracciones DT
-  Anexo N°28: Descripción documentos electrónicos CAPACITACION SISESAT

TÍTULO II. Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS)

A. Antecedentes generales

El Sistema de Gestión de Reportes e Información para Supervisión (GRIS), tiene por objetivo facilitar el cumplimiento de la normativa vigente relativa al control de la administración del seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales, apoyando las tareas de supervisión y monitoreo de cumplimiento de la referida normativa y entregando información actualizada, tanto de los afiliados como de los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 y sus prestaciones.

El sistema de información incluye una herramienta de reporte a disposición de las entidades participantes, que tiene por finalidad facilitar la entrega de información a la Superintendencia de Seguridad Social, sirviendo de fuente centralizada de reporte, con instancias de validación oportunas, procesos de autenticación de usuario y certificación de los datos enviados.

Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 serán las entidades encargadas de proveer los datos necesarios y mantener actualizado el sistema de información.

B. Modelo de reporte

Los organismos administradores deberán realizar el envío periódico de las nóminas de datos, archivos de resumen y mantener constantemente actualizadas las bases de datos solicitadas, de acuerdo a las siguientes instrucciones, según la estructura y alcance definidas en el Anexo N° 29 "Detalle de los archivos y campos del sistema GRIS", Anexo N°30 "Formato de los archivos del sistema GRIS", y Anexo N°31"Calendario de envío de los archivos del sistema GRIS".

1. Antecedentes de trabajadores pensionados, empresas e información relacionada al organismo administrador

| | |
|--|--|
| Archivo "A01": Trabajadores Protegidos | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los trabajadores que se encuentran protegidos por el Seguro de la Ley N°16.744. |
| Archivo "A02": Cotizaciones Trabajadores | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los trabajadores, relacionada con las cotizaciones percibidas por los organismos administradores, correspondientes a cotizaciones vigentes, morosas o pagadas por adelantado. |
| Archivo "A03": Cotizaciones Empresas | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las empresas relacionada con las cotizaciones percibidas por los organismos administradores, correspondientes a cotizaciones vigentes, morosas o pagadas por adelantado. |
| Archivo "A04": Cotizaciones Adeudadas | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información del stock de las cotizaciones adeudadas, registradas por los organismos administradores. |
| Archivo "A05": Empresas Adherentes y Afiliadas | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las empresas adherentes y afiliadas a los organismos administradores. |
| Archivo "A06": Trabajadores independientes | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los trabajadores independientes que se encuentran registrados en el organismo administrador. |
| Archivo "I01": Trabajadores Mutualidad | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las personas que trabajan en la mutualidad. |
| Archivo "I02": Centro de Atención y Oficinas | Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los centros de atención y oficinas dispuestos por los organismos administradores para atender al público. |
| Archivo "I03": Registro de Consultas y Reclamos | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información del Registro de Consultas y Reclamos, según lo definido en la Letra G., Título III, Libro VII, sobre Gestión de Consultas y Reclamos. |
| Archivo "R01": Pensionados | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los pensionados vigentes y en proceso de tramitación de pensión registrados por los organismos administradores. |
| Archivo "R02": Concurrencias por Pagar | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las concurrencias por pagar por concepto de pensiones que registra el organismo administrador. |
| Archivo "R03": Gastos por Prestaciones Médicas | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los gastos por prestaciones médicas otorgadas por los organismos administradores. |
| Archivo "R04": Gastos por Subsidios | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los gastos por subsidios devengados o pagados por los organismos administradores. |
| Archivo "R05": Gastos por Indemnizaciones | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los gastos por indemnizaciones devengadas o pagadas por los organismos administradores. |
| Archivos "resúmenes": Documento Electrónico de Resumen | Corresponde a un archivo XML que deberá contener un resumen de la información detallada en los archivos individualizados en el presente numeral. El detalle de los campos y el formato requerido, se encuentran publicados en la dirección www.suseso.cl en el link denominado "GRIS Mutuales". |

2. Información de gestión de riesgos

| | |
|--|--|
| Archivo "G01": Eventos de Riesgo Operacional | Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los eventos de riesgo operacional, según lo definido en el Capítulo V, Letra B, Título IV, Libro VII. |
| Archivo "G02": Impactos de Riesgo Operacional | Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los impactos de riesgo operacional, según lo definido en el Capítulo V, Letra B, Título IV, Libro VII. |
| Archivo "G03": Recuperación de Riesgo Operacional | Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las recuperaciones de riesgo operacional, según lo definido en el Capítulo V, Letra B, Título IV, Libro VII. |
| Archivo "G04": Medición de Riesgo Técnico | Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los flujos considerados en la medición de riesgo técnico, según lo definido en el Capítulo I, Letra B, Título IV, Libro VII. |
| Archivo "G05": Medición del Riesgo Mercado | Corresponde a un archivo plano que deberá contener información respecto a la medición del riesgo de mercado, según lo descrito en el Capítulo II, Letra B, Título IV, Libro VII. |
| Archivo "G06": Brechas de Liquidez | Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los flujos de ingresos y egresos definidos en el modelo de brechas de liquidez, según lo descrito en la letra a), número 2, Capítulo IV, Letra B, Título IV, Libro VII. |
| Archivo "G07": Ratios Liquidez | Corresponde a un archivo plano que deberá contener información detallada sobre los ratios de liquidez definidos en la letra b), número 2, Capítulo IV, Letra B, Título IV, Libro VII. |
| Archivo "G08": Medición del Riesgo de Crédito | Corresponde a un archivo plano que deberá contener información detallada sobre la medición de riesgo de crédito según lo descrito en el Capítulo III, Letra B, Título IV, Libro VII. |
| Archivo "G09": Castigos de Deudas Previsionales y no Previsionales | Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las deudas previsionales y no previsionales que son sometidas a la aprobación de la declaración de incobrabilidad a la Superintendencia de Seguridad Social para proceder a efectuar el castigo de las deudas por parte del organismo administrador. |
| Archivos "resúmenes": Documento Electrónico de Resumen | Corresponde a un archivo XML que deberá contener un resumen de la información detallada en los archivos individualizados en el presente numeral. El detalle de los campos y el formato requerido, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia de Seguridad Social, en el link denominado "GRIS Mutuales". |

3. Información de Estados Financieros

| | |
|--|---|
| Documento "F01": Estado de Situación Financiera Clasificado | Corresponde a un documento electrónico que deberá contener el detalle de los antecedentes asociados al Estado de Situación Financiera Clasificado, de acuerdo a lo establecido en la Letra A, Título IV, Libro VIII. |
| Documento "F02": Estado de Resultados por Función | Corresponde a un documento electrónico que deberá contener el detalle de los antecedentes asociados al Estado de Resultados por Función, de acuerdo a lo establecido en la Letra A, Título IV, Libro VIII. |
| Documento "F03": Estado de Resultados Integral | Corresponde a un documento electrónico que deberá contener el detalle de los antecedentes asociados al Estado de Resultados Integral, de acuerdo a lo establecido en la Letra A, Título IV, Libro VIII. |
| Documento "F04": Estado de Cambios en el Patrimonio Neto | Corresponde a un documento electrónico que deberá contener el detalle de los antecedentes asociados al Estado de Cambios en el Patrimonio Neto, de acuerdo a lo establecido en la Letra A, Título IV, Libro VIII. |
| Documento "F05": Estado de Flujo Efectivo Directo | Corresponde a un documento electrónico que deberá contener el detalle de los antecedentes asociados al Estado de Flujo Efectivo Directo, de acuerdo a lo establecido en la Letra A, Título IV, Libro VIII. |
| Documento "F06": Balance de Comprobación y Saldos | Corresponde a un documento electrónico que deberá contener el detalle de los antecedentes asociados al Balance de Comprobación y Saldos, de acuerdo a lo establecido en la Letra A, Título IV, Libro VIII. |
| Documentos "N01" a "N65": Notas Explicativas a los Estados Financieros | Corresponde a un conjunto de documentos electrónicos que deberá contener el detalle de los antecedentes asociados a las Notas Explicativas de los Estados Financieros, de acuerdo a lo establecido en la Letra A, Título IV, Libro VIII. Cabe señalar que si alguna de las Notas Explicativas no registra información para el período informado, ésta igualmente deberá ser remitida. |

Respecto a la periodicidad y el contenido de los reportes, las entidades informantes deberán preservar la misma estructura y alcance establecidos en la Letra A, Título IV, Libro VIII.

Las definiciones oficiales de los XML Schemas de los Estados Financieros y un ejemplo de los distintos documentos electrónicos que los componen, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia de Seguridad Social, en el link denominado "GRIS Mutuales".

En relación a la seguridad de los documentos electrónicos que componen los Estados Financieros, éstos deberán cumplir con los atributos de autenticidad, integridad, confidencialidad y no repudio.

- a) Autenticidad: Debe ser posible verificar la identidad del emisor del documento electrónico.
- b) Integridad: Los documentos electrónicos no deberán poder ser alterados por un tercero sin que esto sea detectable.
- c) Confidencialidad: Los documentos electrónicos o parte de ellos, no deberán poder ser leídos por actores no autorizados para hacerlo.
- d) No repudio: El emisor de los documentos electrónicos no deberá poder negar su autoría.

Para lo anterior es necesario cumplir con las siguientes condiciones iniciales:

- a) Las mutualidades de empleadores deberán utilizar infraestructura de llave pública (PKI).
- b) Las mutualidades de empleadores deberán contar con un par de llaves propias otorgadas por un tercero, previa autorización formal por parte de la Superintendencia de Seguridad Social, que les permitan operar con el sistema y cumplir de esta forma con los atributos precedentes.
- c) Las mutualidades de empleadores deberán tener la capacidad de firmar utilizando XML Signature a partir de una llave privada.
- d) Las Mutualidades de Empleadores deberán tener la capacidad de cifrar utilizando XML Encryption a partir de una llave pública.

4. Envío de archivos de texto

Las mutualidades de empleadores deberán mantener permanentemente actualizado o según la periodicidad que se instruya de forma particular, los documentos requeridos en el Libro VII, teniendo presente la estructura y plazos señalados en el Anexo N°30 "Formato de los archivos del sistema GRIS" y Anexo N°31 "Calendario de envío de los archivos del sistema GRIS".

5. Autorización de usuarios

Para proceder a la creación de los usuarios autorizados para enviar los reportes detallados en este Título II, se requiere que los gerentes generales de cada organismo administrador envíen el nombre completo, correo electrónico y teléfono de contacto de cada usuario autorizado a reportar, al correo electrónico grismutuales@suseso.cl.

Los organismos administradores podrán solicitar como máximo 10 usuarios, siendo la entidad la responsable del uso que se dé a las claves otorgadas.

De la misma forma, cuando se requiera dar de baja a un usuario, el gerente general de la entidad informante deberá

solicitar a la Superintendencia de Seguridad Social, a través del correo electrónico ya señalado, la eliminación del usuario, indicando su nombre completo y las razones por las cuales se adopta esta determinación. Cada entidad es responsable de mantener actualizado el registro de usuarios que poseen acceso al sistema GRIS.

6. Procedimiento de petición de prórrogas y reenvío de reportes

a) Solicitud de prórroga

i) Para solicitudes de prórroga que requieran entre 1 y 3 días hábiles:

- Las entidades reportadoras deberán enviar por correo electrónico la petición de prórroga, antes del plazo límite de envío de los referidos reportes, indicando las razones del retraso y los días hábiles que requerirán para cumplir con las exigencias de reporte.
- La solicitud deberá ser enviada por el encargado de los reportes al correo electrónico grismutuales@suseso.cl, con copia al gerente del área que corresponda y al gerente general de la entidad.

ii) Para solicitudes de prórroga que superan los 3 días hábiles:

Las entidades reportadoras deberán enviar la petición de prórroga formalmente, dirigida al Superintendente de Seguridad Social. Dicha petición debe ser remitida antes del plazo límite de envío de los referidos archivos, indicando las razones del retraso y los días hábiles que requerirán para cumplir con las exigencias de reporte.

b) Solicitudes de reenvío de archivos anteriores

Las entidades reportadoras deberán enviar la petición de reenvío de archivos, dirigida al Superintendente de Seguridad Social. Dicha petición deberá indicar las correcciones a realizar, las razones que motivan dichas correcciones, los registros afectados y los días hábiles que requerirán para cumplir con las exigencias de reporte.

7. Tablas de dominios

Las tablas de dominios asociadas a los archivos normativos del presente Título, se encuentran disponibles en la página web de la Superintendencia de Seguridad Social (www.suseso.cl), en el link denominado "GRIS Mutuales".

C. Anexos



Anexo N°29: Detalle de los archivos y campos del sistema GRIS



Anexo N°30: Formato de los archivos del sistema GRIS



Anexo N°31: Calendario de envío de los archivos del sistema GRIS

TÍTULO III. Sistema de Valorización y Control de Inversiones (SVCI)

A. Sistema de valorización y control de las inversiones en activos de las mutualidades de empleadores, el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y otras entidades relacionadas

1. Objetivos y alcance del sistema

El Sistema de Valorización y Control de Inversiones regulado en el presente Título III, tiene por objetivo, por una parte, automatizar el trabajo de valorización y control de todas las carteras de inversiones financieras y de los bienes raíces que poseen los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 y, por otra parte, disponer de una herramienta que facilite el control de la normativa emitida por la Superintendencia de Seguridad Social al respecto.

De acuerdo a la normativa vigente, los organismos administradores, además de otorgar a los trabajadores de sus empresas adherentes o afiliadas las prestaciones económicas, médicas y de prevención de riesgos contempladas en el Seguro de la Ley N°16.744, se encuentran obligados a mantener respaldados con instrumentos financieros, diversos fondos de reservas que se encuentran regulados. En este contexto, con el propósito de asegurar una mayor oportunidad en el cumplimiento de las funciones de la Superintendencia de Seguridad Social, el sistema dispone de las aplicaciones necesarias que permiten automatizar los procesos, facilitan la fiscalización del riesgo y límites de inversión, y permite, además, obtener información complementaria que ayude al análisis y fiscalización de dichas carteras.

Cabe hacer presente que las instrucciones contenidas en este Título III tienen por finalidad establecer el tipo y contenido de la información sobre inversiones que las mutualidades y el ISL deberán remitir a la Superintendencia de Seguridad Social. La información requerida no induce o autoriza determinados tipos de inversiones, puesto que tales materias están contenidas en los cuerpos legales y reglamentarios correspondientes y/o en la normativa emitida por la Superintendencia de Seguridad Social para tales efectos.

2. Obligación de ingreso de información al sistema por parte de las mutualidades y el ISL

Las mutualidades y el ISL son las entidades responsables de proporcionar al sistema los datos necesarios para su

funcionamiento y de mantenerlo permanentemente actualizado.

Dichas entidades se encuentran obligadas a cumplir en tiempo y forma con las exigencias de requerimiento de información contenidas en estas instrucciones.

B. Ingreso de información al sistema por parte de las mutualidades y el ISL

1. Información que debe ser proporcionada por las mutualidades y por el ISL

Las mutualidades deben enviar información referida a las inversiones financieras y a la inversión en bienes raíces. Por su parte, el ISL debe enviar sólo la información referida a las inversiones financieras, conforme a lo señalado en la Letra C., Título III, del Libro VIII.

Las mutualidades y el ISL deberán informar el detalle de las inversiones que posean en cartera, al último día del mes a que se refiere la información. Estas inversiones serán las siguientes:

- a) Inversiones Financieras
 - i) Inversiones de renta fija
 - ii) Inversiones de renta variable
- b) Inversiones en bienes raíces

2. Periodicidad en el envío de la información

La información referida a las inversiones financieras deberá corresponder tanto al stock de éstas al último día de cada mes, como a las operaciones realizadas con ellas durante el mes que se informa. Dicha información deberá enviarse dentro de los primeros 15 días del mes siguiente al que se informa. La información relativa a los bienes raíces que deberá remitirse, corresponderá sólo al stock vigente al 30 de junio y al 31 de diciembre de cada año, la cual deberá remitirse hasta el último día hábil del mes siguiente al mes informado.

3. Medio y formato a través del cual se debe enviar la información

El Sistema de Valorización y Control de Inversiones y el proceso de ingreso de información por parte de las mutualidades y del ISL, estará basado en una Arquitectura Orientada a Servicios (SOA, por sus siglas en inglés), en la cual existirá un Web Services que permite la publicación de documentos electrónicos en XML, previamente definidos en su estructura y contenido, por parte de las entidades administradoras y el rescate de ellos por parte de la Superintendencia de Seguridad Social.

4. Canal de Comunicación

Para los efectos de cumplir con la remisión de la información requerida por la Superintendencia de Seguridad Social, las mutualidades y el ISL deberán utilizar el Web Service de ingreso especialmente habilitado para ello.

La definición del WSDL (Web Services Description Languages, que es el lenguaje de la interfaz pública para los servicios Web) del Web Service de ingreso está disponible en el modulo fiscalización/mutuales/herramientas/SVCI en el sitio web de la SUSESO.

Las claves para efectuar el proceso de autenticación serán proporcionadas por la Superintendencia de Seguridad Social.

5. Formato de documento electrónico

En función de criterios de seguridad e interoperabilidad y según lo establecido por el Decreto Supremo N°81, de 2004, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que establece la Norma Técnica para los Órganos de la Administración del Estado sobre interoperabilidad de documentos electrónicos, se consagra al XML (Extensible Markup Language) como el estándar oficial y obligatorio para todo intercambio de documentos electrónicos que se desarrolle entre particulares y los organismos públicos, y entre éstos últimos.

En virtud de lo anterior, la información que deba ser remitida por las mutualidades y el ISL a la Superintendencia de Seguridad Social, será a través de documentos electrónicos, los que deberán ajustarse al estándar XML.

Para los efectos de la generación de estos documentos XML, se deberá estar a lo indicado en el Anexo N°32 "Manual sobre requerimientos de información para la valorización y control de inversiones en activos". Asimismo, dichos documentos electrónicos deberán validar contra los XML Schema (lenguaje de esquema utilizado para describir la estructura y las restricciones de los contenidos de los documentos XML) que se encuentran publicados en la página web de la SUSESO, en su módulo Mutualidades de Empleadores, Proyecto SVCI.

6. Contacto técnico y administrativo

Será necesario concordar con las mutualidades aspectos técnicos, procedimientos y tareas que deberán llevarse a cabo para satisfacer los requerimientos que la Superintendencia de Seguridad Social realice. Para este efecto, resulta indispensable que cada mutualidad designe a dos personas que serán sus representantes (una en los asuntos técnicos

informáticos y otra en el ámbito administrativo-financiero), con las cuales los funcionarios de la Superintendencia de Seguridad Social puedan relacionarse a fin de coordinar las actividades que se deban desarrollar.

El nombre de las personas designadas, sus cargos, correos electrónicos y números telefónicos, deberán ser informados a la Superintendencia de Seguridad Social dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de su designación.

7. Información sobre el Sistema de Valorización y Control de Inversiones

Para acceder a toda la información y documentación referente al Sistema de Valorización y Control de Inversiones, las mutualidades podrán recurrir a la página web de la SUSESO, en su módulo Mutualidades de Empleadores, Proyecto SVCI.

C. Anexos



Anexo N°32: Manual sobre requerimientos de información para la valorización y control de inversiones en activos

TÍTULO IV. Estadísticas

A. Remisión de información estadística mensual sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

1. Aspectos generales

- a) Las mutualidades de empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) deberán remitir a la Superintendencia de Seguridad Social la información estadística mensual sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo a las siguientes instrucciones y a lo señalado en Anexo N°33 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones de mutualidades de empleadores" para las mutualidades de empleadores, Anexo N°34 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones de ISL" para el ISL y Anexo N°35 "Bases para información de entidades empleadoras adherentes/afiliadas, de trabajadores dependientes protegidos e independientes registrados en mutualidades de empleadores e ISL" para mutualidades e ISL.

La información se remitirá en planilla Excel, al correo electrónico estadisticasmutualesisl@suseso.cl.

- b) Los cuadros solicitados en el Anexo N°33 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en mutualidades de empleadores", deberán enviarse al correo señalado en el párrafo anterior, el último día hábil del mes siguiente al que corresponde la información (ej.: trabajadores por los que se cotizó en el mes de enero, debe enviarse el último día hábil del mes de febrero) y el Anexo N°34 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en ISL", el día 15 del mes subsiguiente al informado, indicando la fecha de envío del correo (ej.: trabajadores protegidos mes de enero, debe enviarse a más tardar el 15 de marzo).

Por otra parte, la información estadística correspondiente al Anexo N°35 "Bases para información de entidades empleadoras adherentes/afiliadas, de trabajadores dependientes protegidos e independientes registrados en mutualidades de empleadores e ISL", deberá enviarse al correo ya citado, a más tardar el día 15 del mes subsiguiente al informado (ej.: trabajadores protegidos mes de enero, se enviará a más tardar el 15 de marzo).

En caso que los plazos expiraran en un día inhábil, se entenderá extendido al día hábil siguiente.

2. Consideraciones específicas

- a) La presentación de las estadísticas por actividad económica deberá efectuarse según las glosas de sección contenidas en el Clasificador Chileno de Actividades Económicas del año 2007 (CIIU.cl 2007).
- b) En el Anexo N°33 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en mutualidades de empleadores" y en el Anexo N°34 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en ISL", se incluyen en algunos cuadros información clasificada por sector empleador (privado y público).
- c) En el Anexo N°33 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en mutualidades de empleadores", Anexo N°34 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en ISL" y en el Anexo N°35 "Bases para información de entidades empleadoras adherentes/afiliadas, de trabajadores dependientes protegidos e independientes registrados en mutualidades de empleadores e ISL" se incluyen requerimientos respecto de los trabajadores independientes a que se refieren los artículos 88 y 89 de la Ley N°20.255, que se han incorporado al Seguro de la Ley N°16.744.
- d) Respecto del ISL, se formulan requerimientos de entidades empleadoras afiliadas, de los trabajadores dependientes y de los trabajadores independientes a que se refieren los artículos 88 y 89 de la Ley N°20.255.

3. Contenido de los cuadros

- a) El contenido de los cuadros del Anexo N°33 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en mutualidades de empleadores", del Anexo N°34 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones

en ISL" y la estructura de las bases del Anexo N°35 "Bases para información de entidades empleadoras adherentes/afiliadas, de trabajadores dependientes protegidos e independientes registrados en mutualidades de empleadores e ISL", deberá mantenerse inalterable, para facilitar el proceso de consolidación de la información, por lo que, para tales efectos, en el sitio web de la Superintendencia de Seguridad Social se encontrarán disponibles los formatos de los anexos señalados.

- b) Si resulta necesario formular alguna consideración o explicación del Anexo N° 33 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en mutualidades de empleadores" y del Anexo N°34 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en ISL", ésta deberá incluirse al pie de los cuadros. En el caso del Anexo N°35 "Bases para información de entidades empleadoras adherentes/afiliadas, de trabajadores dependientes protegidos e independientes registrados en mutualidades de empleadores e ISL", la explicación deberá ser especificada en el texto del correo conductor.
- c) La información solicitada en el cuadro N°1, del Anexo N°33 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en mutualidades de empleadores" y del Anexo N° 34 "Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones en ISL" contiene una nueva especificación del número de cotizantes, por lo que para facilitar su comprensión se muestra a continuación un ejemplo de cómo se presentará la información de la primera columna del cuadro:

| Información de la primera columna del cuadro N°1 | |
|--|-------------------|
| Mes del informe: Enero 2018 | |
| Mes en que se devengaron las remuneraciones | |
| 1 | Diciembre de 2017 |
| 2 | Noviembre de 2017 |
| 3 | Octubre de 2017 |
| 4 | Otros meses |

4. Definiciones con fines estadísticos

A continuación, se detallan las definiciones de los conceptos que se deben utilizar para completar correctamente la información contenida en el Anexo N°35 "Bases para información de entidades empleadoras adherentes/afiliadas, de trabajadores dependientes protegidos e independientes registrados en mutualidades de empleadores e ISL".

La información se solicita en forma separada según dependencia del trabajador (dependientes e independientes).

Por entidades empleadoras se entenderán aquellas definidas en el artículo 25 de la Ley N° 16.744.

La información requerida según distribución geográfica, se entiende referida a las regiones oficialmente establecidas.

La información solicitada según actividad económica, se encuentra enumerada según glosa sección clasificador económico CIIU.cl 2007.

Cuando la información se requiere según tamaño de la entidad empleadora, corresponde a la siguiente distribución: entre 1 y 9 trabajadores; entre 10 y 25 trabajadores; entre 26 y 49 trabajadores; entre 50 y 100 trabajadores; entre 101 y 199 trabajadores; entre 200 y 499 trabajadores; entre 500 y 999 trabajadores; 1.000 trabajadores y más.

La información se deberá diferenciar por sexo del trabajador.

a) Número mensual de entidades empleadoras adherentes

Corresponde al total de entidades empleadoras, incluidas las incorporadas por la Ley N°19.345, que declaran y pagan cotizaciones, las que declaran y no pagan cotizaciones y las que, sin haberse desafiliado de la entidad, no han declarado ni pagado durante un período de no más de cuatro meses. Se entenderá que las cotizaciones son aquellas derivadas de las remuneraciones del mes informado.

Las entidades empleadoras que efectúen pagos de cotizaciones de meses anteriores, deberán considerarse una sola vez.

Ejemplo: El número de entidades empleadoras adherentes del mes de enero de 2018, corresponderá a la suma de los siguientes datos:

| Número de entidades empleadoras adherentes enero de 2018: | |
|---|---|
| | Número de entidades empleadoras que declararon y pagaron cotizaciones en el mes de febrero de 2018, por remuneraciones devengadas en enero de 2018 |
| (más) | Número de entidades empleadoras que declararon y no pagaron cotizaciones en el mes de febrero de 2018, por remuneraciones devengadas en enero de 2018 |
| (más) | Número de entidades empleadoras que no declararon ni pagaron cotizaciones, durante un período de no más de cuatro meses |
| TOTAL: | NÚMERO DE ENTIDADES EMPLEADORAS ADHERENTES ENERO DE 2018 |

b) Número mensual de trabajadores dependientes protegidos

Corresponde al total de trabajadores por quienes las entidades empleadoras declararon y pagaron cotizaciones, más

aquellos por los cuales declararon y no pagaron cotizaciones y los trabajadores que, sin haberse desafiliado la entidad empleadora del organismo administrador, sus cotizaciones no fueron declaradas ni pagadas, siempre que no se encuentren en esta última situación por más de cuatro meses.

Se entenderá que las cotizaciones son aquellas derivadas de las remuneraciones del mes informado. Asimismo, deben ser considerados aquellos trabajadores que se encuentren con goce de subsidio por incapacidad laboral, producto de un accidente o enfermedad de origen laboral, durante todo el mes.

Para evitar duplicidad de trabajadores, aquellos incorporados en pagos de cotizaciones de meses anteriores, sólo deberán considerarse una vez. Finalmente, cualquiera sea el número de contratos que un trabajador suscriba en el mes con la misma entidad empleadora, se le deberá considerar, para estos efectos, como un solo trabajador.

Los trabajadores deberán ser informados en la región en que desempeñan sus funciones.

Ejemplo: El número de trabajadores dependientes del mes de enero de 2018, corresponderá a la suma de los siguientes datos:

| Número de trabajadores dependientes enero de 2018 | |
|---|---|
| | Número de trabajadores por quienes las entidades empleadoras declararon y pagaron cotizaciones en el mes de febrero de 2018, por remuneraciones devengadas en enero de 2018 |
| (más) | Número de trabajadores por quienes las entidades empleadoras declararon y no pagaron cotizaciones en el mes de febrero de 2018, por remuneraciones devengadas en enero de 2018 |
| (más) | Número de trabajadores pertenecientes a entidades empleadoras que sin haberse desafiliado del organismo administrador, no declararon ni pagaron las cotizaciones, siempre que no se encuentren en esta última situación por más de cuatro meses |
| TOTAL: | NÚMERO TRABAJADORES DEPENDIENTES PROTEGIDOS ENERO 2018 |

c) Número mensual de trabajadores independientes registrados

La información de estos trabajadores se solicita separada, según se trate de trabajadores aludidos en el artículo 88 o en el artículo 89 de la Ley N°20.255.

- i) Trabajadores independientes, artículo 88 de la Ley N°20.255: son aquellos trabajadores independientes que obtienen rentas del trabajo de las señaladas en el artículo 42, N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta.

Se incluirá el número de trabajadores independientes del artículo 88 de la Ley N°20.255 que al mes informado estén registrados en el organismo administrador, aun cuando no hayan realizado pagos provisionales de cotizaciones.

- ii) Trabajadores independientes, artículo 89 de la Ley N°20.255: son aquellos que desarrollan una actividad por la cual perciben rentas del trabajo que no se encuentren contempladas en el artículo 42, N°2, de la Ley sobre Impuesto a la Renta y que cotizan voluntariamente en el Seguro Social de la Ley N°16.744, siempre que en el mes correspondiente además coticen para pensiones y para salud.

Se incluirá el número de trabajadores independientes del artículo 89 de la Ley N°20.255 que al mes informado estén registrados en el organismo administrador, aun cuando no hayan realizado pagos de cotizaciones. Deberán incluirse en este grupo de trabajadores a los independientes incorporados al Seguro de la Ley N°16.744, con anterioridad a la vigencia de la Ley N°20.255.

d) Número de accidentes

- i) Número mensual de accidentes del trabajo: corresponde al total de accidentes del trabajo ocurridos en el mes informado, a los trabajadores protegidos y a los trabajadores dependientes registrados.

Se entenderá por accidente del trabajo a toda lesión que un trabajador sufra a causa o con ocasión de su trabajo, y que le produzca incapacidad temporal o permanente o muerte, sin incluir los accidentes de trayecto, los accidentes ocurridos a dirigentes en el desempeño de sus labores sindicales y gremiales y los reingresos por accidentes ya considerados.

- Debe entenderse por incapacidad temporal, aquella que le impide al trabajador reintegrarse temporalmente a su labor y jornada habitual, y que genera el pago de subsidio. Se entenderá por labor habitual, aquella que el trabajador realizaba prioritariamente antes del accidente, y por jornada habitual, la jornada diaria o semanal o el turno correspondiente que realizaba antes del accidente.
- Debe entenderse por incapacidad permanente o invalidez, aquella que le produce al trabajador una pérdida de capacidad de ganancia presumiblemente permanente o irrecuperable y que puede dar derecho a indemnización o pensión.

- ii) Número mensual de accidentes de trayecto: corresponde al total de accidentes de trayecto ocurridos en el mes informado, a los trabajadores dependientes protegidos e independientes registrados. Se entenderá por accidente de trayecto a toda lesión que un trabajador sufra en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo o entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores y que le produzca incapacidad temporal, permanente o muerte.

En este número mensual de accidentes se incluirá el número mensual de accidentes ocurridos a dirigentes sindicales y gremiales, que corresponde al total de accidentes ocurridos a dirigentes sindicales y gremiales de las

entidades empleadoras adherentes, en el mes informado, a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales, que le produzcan incapacidad temporal o permanente o muerte.

iii) Número mensual de accidentes totales: corresponde a la suma de los accidentes definidos en los numerales i) y ii) precedentes.

e) Número de enfermedades profesionales

Corresponde al total de enfermedades profesionales diagnosticadas en el mes por el organismo administrador, a los trabajadores dependientes protegidos e independientes registrados. Se entenderá por enfermedad profesional a toda aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad temporal, permanente o muerte.

- Debe entenderse por incapacidad temporal aquella que le impide al trabajador reintegrarse temporalmente a su labor y jornada habitual, y que genera el pago de subsidio.
- Debe entenderse por incapacidad permanente o invalidez aquella que le produce al trabajador una pérdida de capacidad de ganancia presumiblemente permanente o irrecuperable y que puede dar derecho a indemnización o pensión.

f) Número de días perdidos

Se entenderá por día perdido aquel en que el trabajador, conservando o no la calidad de tal, se encuentra temporalmente incapacitado debido a un accidente del trabajo o de trayecto o a una enfermedad profesional, sujeto a pago de subsidio, sea que éste se pague o no.

- i) Número mensual de días perdidos por accidentes del trabajo: corresponde al total de días perdidos generados por los accidentes del trabajo, en el mes informado. Se deberán incluir los días perdidos por reingresos de accidentes del trabajo ya considerados.
- ii) Número mensual de días perdidos por accidentes de trayecto: corresponde al total de días perdidos generados por los accidentes de trayecto, en el mes informado.

En este número mensual de días perdidos se incluirá el número mensual de días perdidos por accidentes ocurridos a dirigentes sindicales y gremiales, que corresponde al total de días perdidos generados por los accidentes ocurridos a dichos trabajadores, en el mes informado.

- iii) Número mensual de días perdidos por accidentes totales: corresponde al total de días perdidos generados por los accidentes del trabajo, definidos en el numeral iii), letra d), N°4, de esta Letra A, en el mes informado.
- iv) Número mensual de días perdidos por enfermedades profesionales: corresponde al total de días perdidos generados por enfermedades profesionales, en el mes informado.
- v) Número total de días perdidos: es la suma de los días perdidos señalados en los numerales iii) y iv) precedentes.

5. Variables de agrupamiento y datos numéricos que se deben remitir.

Las variables de agrupamiento a utilizar son:

| | Variables de agrupamiento |
|--|---|
| Año | 2017, 2018... |
| Región | XV, I, II, III, IV... XIV,X, XI, XII, RM |
| Actividad económica | Según glosa Sección Clasificador Económico CIIU.cl 2007 |
| Tamaño Empresa (no se utiliza en el caso de trabajadores independientes) | Entre 1 y 9 trabajadores Entre 10 y 25 trabajadores Entre 26 y 49 trabajadores Entre 50 y 100 trabajadores Entre 101 y 199 trabajadores Entre 200 y 499 trabajadores Entre 500 y 999 trabajadores 1.000 y más trabajadores |
| Sexo (sólo para las planillas en que se solicita información de trabajadores) | Hombre Mujer No informado (tratándose de los trabajadores dependientes se ha incluido este descriptor, el que como máximo se podrá utilizar durante el año 2017) |

Los datos numéricos que se deberán remitir son:

| Datos numéricos | | |
|--|--|--|
| Entidades empleadoras adheridas | Trabajadores dependientes | Trabajadores independientes |
| Número entidades empleadoras adheridas | Número trabajadores dependientes | Número trabajadores independientes |
| Número de accidentes del trabajo | Número de accidentes del trabajo | Número de accidentes del trabajo |
| Número de accidentes de trayecto | Número de accidentes de trayecto | Número de accidentes de trayecto |
| Número de enfermedades profesionales | Número de enfermedades profesionales | Número de enfermedades profesionales |
| Días perdidos por accidentes del trabajo | Días perdidos por accidentes del trabajo | Días perdidos por accidentes del trabajo |
| Días perdidos por accidentes de trayecto | Días perdidos por accidentes de trayecto | Días perdidos por accidentes de trayecto |
| Días perdidos por enfermedades profesionales | Días perdidos por enfermedades profesionales | Días perdidos por enfermedades profesionales |

B. Estadística mensual de las empresas con administración delegada

1. Aspectos generales

Las empresas con administración delegada deberán remitir mensualmente a la Superintendencia de Seguridad Social la información estadística y financiera a que se refieren los cuadros requeridos en el Anexo N°36 "Informe estadístico de las administradoras delegadas del seguro de la Ley N°16.744".

2. Definiciones con fines estadísticos

A continuación, se detallan las definiciones de los conceptos que se deben utilizar para completar correctamente la información contenida en el Anexo N°36 "Informe estadístico de las administradoras delegadas del seguro de la Ley N°16.744".

a) Para el Cuadro I: Trabajadores y cotizaciones

- i) Número de trabajadores: Se debe informar el número de trabajadores ocupados el último día del mes informado. Se entiende por trabajador a toda persona que tenga un contrato de trabajo vigente con la empresa.
- ii) Remuneración imponible: Se debe informar la remuneración imponible mensual de todos los trabajadores de la empresa.
- iii) Tasa de cotización adicional: En este ítem se debe informar la tasa que conforme a lo dispuesto por la letra b) del artículo 15 y el artículo 16 de la Ley N°16.744, le correspondería efectuar a la empresa de no mediar la condición de administrador delegado, considerando tanto la señalada en el D.S. N°110, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, como los recargos, reducciones o exenciones que la hayan afectado, producto de la aplicación del D.S.N°67, de 1999, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Ejemplo: Una empresa del sector minero que conforme al D.S. N°110 citado, le correspondería una tasa de cotización adicional de 3,4%, pero que producto del último proceso de evaluación ha bajado dicha tasa a 2,55%.

En la letra C del Cuadro I, deberá informarse 2,55%.

- iv) Tasa de cotización efectiva total: Corresponde al porcentaje, que se establece en el decreto anual que fija el presupuesto del seguro social contra riesgos del trabajo y enfermedades profesionales, de la suma de la cotización básica general del 0,9% más la cotización adicional informada en el numeral iii) anterior y más el 100% de la cotización extraordinaria que corresponda, según lo señalado en el N°2, letra C., del Título II del Libro II.

Ejemplo:

| Cálculo de la tasa de cotización efectiva total: | | |
|--|------------------------------------|--------|
| | COTIZACIÓN BÁSICA | 0,9% |
| (más) | Cotización adicional | 2,55% |
| TOTAL | Tasa (básica + adicional) | 3,45% |
| (menos) | 50% | 1,725% |
| (más) | Cotización extraordinaria | 0,015% |
| TOTAL: | TASA DE COTIZACIÓN EFECTIVA | 1,74% |

- v) Cotizaciones traspasadas al Instituto de Seguridad Laboral (ISL).

En la misma forma y oportunidad que corresponde enterar las cotizaciones previsionales, las empresas con administración delegada deberán enterar en el ISL, un monto equivalente a la tasa de cotización efectiva (1,74% en el caso del ejemplo anterior) de las remuneraciones imponibles de sus trabajadores.

- vi) Las cotizaciones se efectuarán por la totalidad de los trabajadores de la empresa, sin distinción de sus labores específicas ni de su calidad jurídica y su cálculo se hará sobre la base de las mismas remuneraciones o rentas por las que se cotiza para el régimen de pensiones de la respectiva institución de previsión del afiliado.

El monto del traspaso efectuado se debe informar en miles de pesos.

- b) Para el Cuadro II: Número de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales según consecuencias.

Se entiende por accidente del trabajo toda lesión que una persona sufre a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte.

Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo o entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores.

Se entiende por enfermedad profesional la causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

La clasificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que se solicita es la misma que se contempla para el otorgamiento de las prestaciones pecuniarias.

- i) En la letra A. se deben informar los accidentes denunciados que no dan derecho a licencia.
- ii) En la letra B. se debe informar el número de accidentes y el número de enfermedades diagnosticadas en el mes que den derecho a licencia por incapacidad temporal.
- iii) En las letras C., D. y E. se deben informar los accidentes del trabajo ocurridos y las enfermedades profesionales diagnosticadas en el mes, que den derecho a indemnización o pensión de acuerdo con el grado de invalidez que produzcan. Los diferentes tipos de invalidez se definen de la siguiente manera:
- Invalidez parcial: disminución de la capacidad de ganancia, presumiblemente permanente, igual o superior a un 15% e inferior a un 70%.
 - Invalidez total: disminución de la capacidad de ganancia, presumiblemente permanente, igual o superior a un 70%.
 - Gran invalidez: se clasifica así a quien requiere del auxilio de otras personas para realizar los actos elementales de su vida.
- iv) En la letra F. se deben informar los accidentes ocurridos y enfermedades profesionales diagnosticadas en el mes, que produzcan la muerte.

- c) Para el Cuadro III: Beneficios del Seguro de la Ley N°16.744

- i) Subsidios: El subsidio es una prestación a que tiene derecho el accidentado o enfermo por su incapacidad temporal para trabajar.

En la letra A. se debe informar el número de subsidios iniciados en el mes. Se entiende por subsidios iniciados, aquellos que comenzaron a pagarse por primera vez en el mes informado y, por tanto, no deberán incluirse las prórrogas.

En la letra B. se debe informar el número de días y monto de subsidios pagados en el mes.

- ii) Indemnizaciones: La indemnización es el pago a que tiene derecho la víctima que haya sufrido una disminución de su capacidad de ganancia igual o superior a un 15% e inferior a un 40%.

En la letra C. se debe informar el número y monto de las indemnizaciones pagadas en el mes. En cuanto al número, si la indemnización es pagada en mensualidades, sólo se considera el primer pago.

- iii) Prestaciones médicas: En la letra D. se deben incluir los montos de todos aquellos rubros que concurren para asistir a un accidentado o enfermo profesional hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o accidente, tales como: atención médica, quirúrgica y dental, medicamentos, prótesis, etc.

- iv) Rehabilitación de inválidos: En la letra E. se debe incluir todos los gastos que están directamente relacionados con la rehabilitación de inválidos.

- v) Prevención de riesgos: Considerando el número de trabajadores que tienen las empresas con administración delegada, todas ellas están obligadas a tener un Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales, el que debe ser dirigido por un experto en prevención.

En la letra F. se debe informar todo el gasto del mes que dice relación con las acciones de prevención de riesgos que realice la empresa en su rol de administrador delegado. No se deben considerar aquellos gastos en

prevención que corresponden a la entidad empleadora, tales como los gastos en materiales e implementos de prevención, remuneraciones del personal que labora en el Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales, etc.

d) Para el Cuadro IV: Pensiones originadas

i) Número de pensiones de invalidez originadas en el mes

En la letra A. debe indicarse el número de trabajadores de la empresa a los que, durante el mes informado, se les ha reconocido una incapacidad permanente producto de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, de un grado tal que se han hecho acreedores a una pensión de invalidez.

La base de esta información es la Resolución que dicta el correspondiente Servicio de Salud. Se solicita desglosarla según el grado de invalidez en:

- Invalidez parcial
- Invalidez total
- Gran invalidez

ii) Número de pensiones de sobrevivencia originadas en el mes

En la letra B. debe informarse el número de pensiones de sobrevivencia originadas en el mes, causadas por trabajadores de la empresa que sufrieron un accidente del trabajo o una enfermedad profesional. No deberá incluirse aquellos casos que como consecuencia del accidente o enfermedad profesional el ex trabajador ya se encontraba pensionado por la Ley N°16.744 y que fallece teniendo tal calidad.

La base de esta información es el Decreto que establece la pensión. Se solicita desglosarla en pensiones de:

- Viudez
- Orfandad
- Otros sobrevivientes

C. Anexos



Anexo N°33: Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones de mutualidades de empleadores



Anexo N°34: Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones de ISL



Anexo N°35: Bases para información de entidades empleadoras adherentes/afiliadas, de trabajadores dependientes protegidos e independientes registrados en mutualidades de empleadores e ISL



Anexo N°36: Informe estadístico de las administradoras delegadas del seguro de la Ley N°16.744

TÍTULO V. Informes y reportes

A. Notificación de las resoluciones y de los oficios emitidos por la Superintendencia de Seguridad Social.

La notificación de las resoluciones y oficios dirigidos a las mutualidades de empleadores o al Instituto de Seguridad Laboral se efectuará a través de la entrega personal del respectivo documento a un funcionario designado por el organismo administrador, mediante el procedimiento que se describe a continuación.

Lo anterior, sin perjuicio de que en casos determinados la Superintendencia de Seguridad Social pueda establecer una forma distinta de notificación de sus resoluciones y oficios.

El organismo administrador deberá designar formalmente un mínimo de dos personas, quienes contarán con autorización para notificarse personalmente de las resoluciones y oficios emitidos por la Superintendencia de Seguridad Social, mediante el retiro de la respectiva documentación desde las dependencias de dicha entidad.

La acreditación de los señalados trabajadores deberá comunicarse oportunamente, mediante carta dirigida al Jefe del Departamento de Asistencia y Servicios al Usuario de la Superintendencia de Seguridad Social.

Los trabajadores designados deberán retirar diariamente, de lunes a viernes, con excepción de los días festivos, entre 09:00 y 13:30 hrs., desde las dependencias de la Unidad de Gestión de Correspondencia y Archivo Central de la Superintendencia de Seguridad Social, o desde la Unidad que en el futuro la suceda, toda la documentación que esta entidad ponga a su disposición en las casillas exclusivas habilitadas para cada uno de los organismos administradores.

La Superintendencia de Seguridad Social emitirá una planilla en la que se individualizará el número y fecha del oficio o resolución, la entidad a la que se dirige, el código de expediente asociado al documento, las observaciones que procedieren y tendrá un campo para estampar el timbre de recepción -que contenga el nombre y RUT del organismo administrador- al costado de cada uno de los documentos individualizados en la señalada planilla. Asimismo, este documento contendrá un espacio para completar el nombre, número de cédula de identidad y firma de la persona designada por el organismo administrador, quien tendrá la obligación de consignar debidamente en la planilla sus datos de identificación y el referido timbre de recepción.

La documentación retirada desde la Superintendencia de Seguridad Social se entenderá notificada al organismo administrador el día de su retiro.

B. Remisión de informes y formulación de consultas a la Superintendencia de Seguridad Social

CAPÍTULO I. De los organismos administradores y empresas con administración delegada

1. Formalidades

Los informes que los organismos administradores o las empresas con administración delegada evacúen a requerimiento de la Superintendencia de Seguridad Social, relativos a presentaciones de particulares y/o de instituciones; y las consultas que formulen a dicha Entidad Fiscalizadora, deberán ser firmados por el Jefe del Servicio o el funcionario en quien haya delegado esta facultad.

En las entidades del sector privado, dichos informes deberán ser firmados por el gerente general, o por personal de su dependencia en quien hubiera delegado esta facultad bajo su responsabilidad.

Además, los informes y consultas deberán cumplir las siguientes exigencias:

a) Informes

Los informes deberán ser fundados, completos y venir acompañados de los antecedentes de respaldo y demás que sean pertinentes para la debida comprensión, comprobación y resolución del caso que motivó el requerimiento de informe.

Cuando incidan fundamentalmente en aspectos legales deberán contener, además, un informe completo, fundado y suficiente de la Fiscalía o asesoría jurídica, que aborde todos los puntos de hecho y de derecho que digan relación con el asunto.

Asimismo, deberán citar en antecedentes el documento de origen, providencia, oficio o circular al cual se da respuesta y el número del informe que complementa, cuando corresponda.

b) Consultas

Las consultas que formulen los organismos administradores o las empresas con administración delegada, deberán efectuarse por escrito y venir acompañadas del correspondiente estudio y opinión de la entidad requirente.

Aquellas referidas a la interpretación de determinados preceptos legales o reglamentarios, deberán ser acompañadas del respectivo informe de su fiscalía o asesoría jurídica, que contenga la opinión fundada sobre la materia y señale, cuando corresponda, la proposición que recomienda o sugiera sobre el particular.

Los informes o consultas que no cumplan con los requisitos señalados, serán devueltas sin más trámite a la respectiva entidad, a fin de que sean rectificadas y completadas en los términos indicados.

2. Plazos para la remisión de informes y antecedentes

a) Plazos

Para este efecto, deben distinguirse las siguientes situaciones:

- i) Cuando la Superintendencia de Seguridad Social requiera antecedentes relacionados con materias en las que haya impartido instrucciones relativas a la documentación con la que debe resolver el organismo administrador o la empresa con administración delegada, como es el caso de la calificación de accidentes de trayecto y de enfermedades profesionales; o haya instruido la confección de un expediente o la implementación de un sistema de información, como ocurre en materia de prestaciones económicas, el plazo para remitir los antecedentes será de cinco días. No obstante, hasta el 30 de junio de 2018, dicho plazo será de diez días.
- ii) Si la Superintendencia de Seguridad Social no ha impartido instrucciones especiales referidas a la documentación requerida para resolver un determinado asunto, el plazo para remitir los antecedentes será de diez días.
- iii) Cuando la Superintendencia de Seguridad Social instruya la realización de nuevas evaluaciones y/o exámenes para la acertada resolución de un determinado caso sometido a su conocimiento, el plazo para remitir sus resultados será de veinte días.

En el evento que el organismo administrador o la empresa con administración delegada no pueda dar cumplimiento dentro del término establecido a una resolución o requerimiento efectuado por la Superintendencia de Seguridad Social, dicha entidad podrá solicitar al Superintendente, por escrito y antes de su vencimiento, la ampliación del plazo, indicando los fundamentos de su solicitud y acompañando los antecedentes respectivos.

Sin perjuicio de los plazos establecidos precedentemente, la Superintendencia de Seguridad Social podrá establecer plazos especiales, en atención a las circunstancias particulares de un determinado caso.

b) Cómputo de los plazos

Los plazos establecidos en este capítulo son de días hábiles administrativos, es decir de lunes a viernes, excluyéndose por lo tanto los días sábados, domingos y festivos.

Los plazos se computarán desde el día hábil siguiente a aquél en que se notifique el respectivo oficio o resolución.

CAPÍTULO II. De las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)

Los informes y antecedentes relativos a procedimientos de declaración, reevaluación y revisión de incapacidades permanentes del Seguro de la Ley N°16.744, se regirán por las instrucciones contenidas en la Circular N°1.971, de 2002, que también regula la remisión de informes relativos a la autorización o rechazo de licencias médicas de origen común.

C. Información de accidentes ocurridos a trabajadores menores de edad

1. Notificación de los accidentes a la Superintendencia de Seguridad Sociales ocurridos a trabajadores menores de 18 años

Los organismos administradores deberán informar a la Superintendencia de Seguridad Social la ocurrencia de los accidentes que afecten a personas menores de 18 años de edad, cuando éstos sean producto de la realización de su trabajo.

Dicha notificación se deberá efectuar con copia a la Dirección del Trabajo, con el fin de que tome conocimiento de estos eventos y adopte las acciones que considere necesarias, acorde a los antecedentes disponibles, entre las que se encuentran investigar si la contratación del menor de edad cumple con las disposiciones legales vigentes.

2. Plazo de notificación

La notificación de estos accidentes deberá efectuarse dentro de las 24 horas de haber tomado conocimiento, mediante el Formulario de Notificación contenido en el Anexo N°37 "Formulario de notificación provisoria inmediata de accidente laboral ocurrido a menores de 18 años", a los siguientes correos electrónicos: accidentes@suseso.cl, de la Superintendencia de Seguridad Social, y usesal@dt.gob.cl, de la Dirección del Trabajo.

D. Remisión de antecedentes a otras entidades

1. Remisión de antecedentes a la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Cuando la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (COMERE), requiera a un organismo administrador los antecedentes necesarios para pronunciarse sobre los reclamos que le sean formulados conforme al artículo 77 de la Ley N°16.744 y a los artículos 79, 80 y 81 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, dicho organismo deberá remitir los antecedentes solicitados dentro de los siguientes plazos:

- a) Si se trata de antecedentes médicos que se encuentran en poder del organismo administrador, por haberse ya practicado los correspondientes exámenes y/o evaluaciones al trabajador, el plazo para remitirlos a la COMERE será de diez días.
- b) Si el requerimiento versa sobre exámenes y/o evaluaciones que aún no han sido realizados al trabajador, el plazo para enviar los antecedentes a la COMERE será de veinte días. Si el organismo administrador no puede localizar al trabajador o éste se niega a realizar el examen requerido, el organismo deberá dejar constancia de ello y comunicar dicha circunstancia a la COMERE dentro del plazo señalado.

2. Remisión de antecedentes a la Dirección del Trabajo

- a) Informe de cotizaciones previsionales enteradas

Los organismos administradores deberán remitir mensualmente a la Dirección del Trabajo, información relativa a las cotizaciones previsionales enteradas por sus entidades empleadoras afiliadas o adheridas, asociadas al financiamiento del Seguro de la Ley N°16.744.

Para estos efectos, los organismos administradores deberán preparar una nómina con los trabajadores por los cuales las entidades empleadores afiliadas o adheridas cotizaron en el mes que se informa, de acuerdo con el formato contenido en el Anexo N°38 "Estructura del registro de pago de cotización previsional mutualidades e ISL para la

generación del maestro de pago de cotizaciones".

La información solicitada deberá ser enviada por los organismos administradores directamente a la Dirección del Trabajo, el último día hábil de cada mes y con 2 meses de retraso en relación con el mes que se informa.

Para la transmisión de la información se deberán utilizar casillas FTP, dispuestas por la Dirección del Trabajo, con el fin de garantizar la seguridad de los antecedentes, así como la recepción oportuna e íntegra de la información.

Para efectos de la operatividad del traspaso de datos y otras situaciones informáticas que deban ser resueltas, los organismos administradores deberán contactarse con el Jefe del Departamento de Tecnologías de la Información, de la Dirección del Trabajo.

b) Informe de deudas previsionales

Las mutualidades de empleadores deberán entregar información a la Dirección del Trabajo, referida a las empresas deudoras de obligaciones previsionales vigentes, mediante archivos construidos de acuerdo a las especificaciones técnicas que se detallan en el Anexo N°39 "Formato Boletín, Estructura registro archivo de deudas previsionales"y el Anexo N°40 "Formato Boletín, Registro de detalle".

La información deberá remitirse a la Dirección del Trabajo en forma trimestral, debiendo incluirse las deudas vigentes a la fecha del informe, correspondientes a deudas que tengan más de 4 meses de antigüedad.

Los montos informados deberán corresponder a valores nominales, por cada empleador, esto es, no deberán incluir intereses, reajustes y multas.

El plazo para la remisión de la información vence el día 30 de cada uno de los siguientes meses: enero, abril, julio y octubre de cada año.

Para efectos de la identificación requerida en el campo N° 01, tanto del "Registro de control" como del "Registro de detalle", del Anexo N°39 "Formato Boletín, Estructura registro archivo de deudas previsionales"y del Anexo N°40 "Formato Boletín, Registro de detalle", deberá tenerse presente la siguiente codificación:

| Código de identificación | |
|--------------------------|---|
| Código | Entidad |
| 3111 | Asociación Chilena de Seguridad |
| 3112 | Instituto de Seguridad del Trabajo |
| 3113 | Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción |

3. Remisión de antecedentes a las Comisiones Médicas del D.L. N°3.500

Las mutualidades de empleadores deberán proporcionar oportuna y debidamente la información que soliciten las Comisiones Médicas establecidas en el D.L. N°3.500, de 1980, relativa a si en determinados casos de trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional, se ha aplicado o no la normativa de la Ley N°16.744. Ello, con el objeto que las aludidas Comisiones puedan resolver las solicitudes de declaración de invalidez que formulen dichos imponentes, teniendo en cuenta la incompatibilidad que contempla el artículo 12 del citado decreto ley.

Lo anterior, sin perjuicio de las atribuciones que posee la Superintendencia de Seguridad Social, en lo que se refiere al Seguro de la Ley N°16.744.

E. Anexos



Anexo N°37: Formulario de notificación provisoria inmediata de accidente laboral ocurrido a menores de 18 años



Anexo N°38: Estructura del registro de pago de cotización previsional mutualidades e ISL para la generación del maestro de pago de cotizaciones



Anexo N°39: Formato Boletín, Estructura registro archivo de deudas previsionales



Anexo N°40: Formato Boletín, Registro de detalle