

SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO ACTUARIAL



CIRCULAR No. 1247

SANTIAGO, marzo 27 de 1992.

SUBSIDIOS POR REPOSO MATERNAL. INPARTE INSTRUCCIONES A LAS INSTITUCIONES PAGADORAS DE SUBSIDIOS POR REPOSO MATERNAL Y PERMISO POR ENFERMEDAD GRAVE DEL HIJO MENOR DE 1 AÑO, SOBRE EL PRESUPUESTO PARA EL AÑO 1992.

Por Decreto Supremo No. 62, de 1991, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, publicado en el Diario Oficial del 24 de febrero de 1992, se aprobó el Programa del Fondo Unico de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía para el ejercicio del año 1992, en conformidad a lo dispuesto por el D.F.L. No. 150, de 1981, del mismo Ministerio.

Luego, para efectos de regularizar la operatoria con el Fondo Unico de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, esta Superintendencia imparte las siguientes instrucciones, las que son obligatorias para todas las instituciones pagadoras de subsidios por reposo maternal y permiso por enfermedad grave del hijo menor de 1 año, que operan directamente con el Fondo:

1. Las instituciones afectas al Fondo deberán operar sobre la base del Presupuesto vigente, vale decir, no podrán excederse de la cantidad máxima anual de aporte fiscal indicada en el Anexo adjunto, firmado por la Sra. Eliana Quiroga Aguilera, Jefe del Departamento Actuarial, para cada Entidad en particular. Lo anterior sin perjuicio de las modificaciones que pueda experimentar el Programa del Fondo Unico de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía en el presente año en cuanto a los montos asignados a las instituciones en esta oportunidad.

2. Las instituciones pagadoras de subsidios por reposo maternal y permiso por enfermedad grave del hijo menor de 1 año, podrán efectuar sólo un giro global mensual de la cuenta corriente No. 901721-6 - del Banco del Estado de Chile, cuyo valor no podrá exceder del monto máximo autorizado por esta Superintendencia, a contar de abril de 1992, el cual se indica en el Anexo adjunto. Dicho giro se podrá realizar solamente a partir del día 5 y hasta el último día hábil de cada mes y se utilizará para financiar los subsidios que se paguen durante el mismo mes. En el caso que el día 5 fuese sábado, domingo o festivo el plazo regirá a partir del primer día hábil siguiente.

En caso de que la Institución no efectúe el giro oportunamente, deberá solicitar por escrito la correspondiente autorización a este Organismo Fiscalizador para girar con posterioridad, ya sea el monto máximo autorizado o el gasto real si éste ya se conoce.

Cuando el gasto real mensual supere el monto máximo autorizado como giro del mes, la Institución pagadora de subsidios deberá solicitar a este Organismo Contralor la autorización para efectuar un giro extraordinario por la diferencia resultante, la cual será aprobada por Oficio dirigido al Banco con transcripción a la Institución recurrente.

Ahora bien, cuando el monto del giro sea superior al gasto real del mes, la diferencia que resulte deberá ser depositada en la cuenta corriente No. 901721-6 - del Banco del Estado de Chile, a más tardar el día 15 del mes siguiente al que corresponda ese excedente. En el caso que el día 15 fuese sábado, domingo o festivo el plazo expirará el primer día hábil siguiente.

3. Por tratarse del manejo de fondos fiscales, todos los cheques que contiene el talonario que se encuentra en poder de las instituciones deben estar previamente cruzados, nominativos y a nombre de la Institución giradora, de acuerdo con las instrucciones impartidas expresamente por esta Superintendencia a través de la Circular No. 1046, de 1987.
4. En el caso que se deba anular un cheque de la cuenta corriente No. 901721-6 - Subsidios por Reposo Maternal del Banco del Estado de Chile, esa Institución deberá comunicarlo a esta Superintendencia en un plazo máximo de 5 días hábiles, remitiendo la fotocopia del cheque anulado. El original se deberá adjuntar al talonario de cheques que se encuentra en poder de esa Institución giradora.

5. Inmediatamente después de efectuado un giro, la Institución deberá comunicarlo a esta Superintendencia, adjuntando para tales efectos, fotocopia del cheque y comprobante de giro del mismo. En el caso de los depósitos, debe enviarse a este Organismo Contralor la copia de la boleta de depósito y su respectivo comprobante (se adjuntan modelos de comprobante de giro y depósito).
6. La información financiera, de respaldo y estadística deberá remitirse mensualmente, a más tardar el día 15 del mes siguiente al que se informa, de acuerdo con las instrucciones impartidas para tal efecto en la Circular Nº 1.161, de 1990, de esta Superintendencia y sus modificaciones, en los formularios que se acompañan (anexos 1, 2, 3 y 4).

En el caso que el día 15 fuese sábado, domingo o festivo, el plazo expirará el primer día hábil siguiente.

7. Por último, se solicita a esa Entidad que la información estadística la remita por Oficio a esta Superintendencia, en forma separada de la restante información requerida mensualmente.

Saluda atentamente a Ud.,



[Handwritten signature]
FRANCIS A. ORLANDINI MOLINA
 SUPERINTENDENTE

CHR/ea

DISTRIBUCION

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

ANEXO Nº 1

INFORMACION FINANCIERA
Subsidios por Reposo Maternal y Permiso por
Enfermedad Grave del Hijo Menor de 1 año

Nombre Institución Informante Mes a que corresponde la información

.....

INGRESOS

1. Provisión del mes \$.....
2. Reintegro por cobro indebido \$.....
TOTAL INGRESOS (A) \$.....

EGRESOS

1. En subsidios por reposo maternal \$.....
2. En subsidios por enfermedad grave del hijo menor de 1 año \$.....
3. En subsidios revalidados \$.....
4. Descuentos por cheques caducados (-) \$.....
SUBTOTAL DE GASTO EN SUBSIDIOS \$.....
5. En cotizaciones a fondos de pensiones \$.....
6. En cotizaciones de salud \$.....
7. Otras cotizaciones \$.....
SUBTOTAL DE GASTOS EN COTIZACIONES \$.....
8. Otros \$.....
TOTAL EGRESOS (B) \$.....
SUPERAVIT O (-) DEFICIT (A-B) \$.....
(Tarjar lo que no corresponda)

Observaciones:.....
.....

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE
GERENTE DE FINANZAS

ANEXO No. 3
RESUMEN DE COTIZACIONES PREVISIONALES
ENTERADOS EN EL MES DE.....

INSTITUCION.....

INSTITUCIONES	TIPO DE SUBSIDIOS				TOTAL
	MATERNAL	HIJO ENFERMO	SUB-TOTAL	CURATIVA	
1. FONDOS DE PENSIONES					
ADM. DE FONDOS DE PENSIONES					
Concordia S.A.					
Cuprum S.A.					
El Libertador S.A.					
Future S.A.					
Habitat S.A.					
Invierta S.A.					
Magister S.A.					
Planvital S.A.					
Protección S.A.					
Santa Maria S.A.					
Summa S.A.					
Provida S.A.					
Unión A.F.P.					
.....					
.....					
INST. DE NORMALIZACION PREV.					
INSTITUCIONES PUBLICAS (*)					
SUB-TOTAL					
2. FONDOS DE SALUD					
INST. DE NORMALIZACION PREV.					
INST. DE SALUD PREVISIONAL					
INSTITUCIONES PUBLICAS (*)					
SUB-TOTAL					
3. OTRAS COTIZACIONES					
INST. DE NORMALIZACION PREV.					
INSTITUCIONES PUBLICAS (*)					
SUB-TOTAL					
TOTAL GENERAL					

(*) Corresponde a cotizaciones efectuadas por las Instituciones empleadoras de imponentes afectas a la Ley No.18.834 (antes D.F.L. No. 338), acogidos a licencias médicas, que son restituidos posteriormente por las entidades pagadoras de subsidios conjuntamente con dicho beneficio.

ANEXO No. 4

INFORMACION ESTADISTICA

SUBSIDIOS POR REPOSO MATERNAL Y POR PERMISO POR ENFERMEDAD GRAVE DEL HIJO MENOR DE 1 AÑO

INSTITUCION..... MES.....199_

SUBSIDIOS POR REPOSO MATERNAL SUBSIDIOS POR REPOSO MATERNAL SUBSIDIOS POR REPOSO MATERNAL SUBSIDIOS POR REPOSO MATERNAL SUBSIDIOS POR REPOSO MATERNAL
 REPOSO MATERNAL PERMISO ENF. GRAVE ENFERMEDAD DE MENORES EN ADOPCION
 POR MENORES EN DEL HIJO MENOR DE 1 AÑO

TOTAL

NUMERO DE SUBSIDIOS INICIADOS

NUMERO DE PERSONAS SUBSIDIADAS

NUMERO DE DIAS PAGADOS

MONTO PAGADO EN SUBSIDIOS (EN PESOS)

SUBSIDIOS POR REPOSO MATERNAL
Comprobante de giro

bre Institución
Informante

Mes a que corresponde
la información

.....

.....

ANTA CORRIENTE Nº 901721-6

ITO DEL GIRO

\$.....

{ CHEQUE Nº.....

_____, DE 199

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL
JEFE DE LA INSTITUCION

SUBSIDIOS POR REPOSO MATERNAL
Comprobante de depósito

Nombre Institución
Informante

Mes a que corresponde
la información

.....

.....

CUENTA CORRIENTE Nº 901721-6

Monto DEL DEPOSITO

\$......

_____, DE 199

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL
JEFE DE LA INSTITUCION