



**CIRCULAR N° 0233**

**FECHA 26 AGO. 2005**

**D.S. N°67, DE 1999, DEL MINISTERIO DEL TRABAJO Y  
PREVISIÓN SOCIAL. IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS  
SEREMIS DE SALUD, AL INSTITUTO DE NORMALIZACIÓN  
PREVISIONAL Y A LAS MUTUALIDADES**

Conforme lo establecido en las Leyes N°s. 16.395 y 16.744 y en el D.S. 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión, esta Superintendencia imparte las siguientes instrucciones, las cuales complementan y modifican, en lo que corresponde, lo instruido mediante las Circulares N° 2.065 y 2.068, de 14 de julio y 1° de agosto, respectivamente, ambas de 2003:

## 1. LEY DE AUTORIDAD SANITARIA:

La Ley N° 19.937, publicada en el Diario Oficial de 24 de febrero de 2004, estableció la nueva estructura de la Autoridad Sanitaria, cuerpo legal que entró en vigencia el 1° de enero del año 2005.

Dicha ley modificó diversos artículos del D.L. N° 2.763, de 1979, en lo específico en el artículo 14 C, señala que serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las **Secretarías Regionales Ministeriales**, todas aquellas materias que **corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de carácter asistencial en salud**, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública. En relación con estas materias, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud deberán ajustarse a las normas técnicas y administrativas de carácter general que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional.

A su vez, la Ley N° 19.937, respecto del artículo 17 del D.L. N° 2.763, si bien derogó sus incisos segundo y tercero, referidos al Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, ha mantenido la vigencia de su inciso primero, como inciso único, el cual establece que los **Servicios de Salud ejercerán**, en sus respectivos territorios, **las funciones que la Ley N° 10.383, el decreto con fuerza de ley N° 286, de 1960, y las demás normas legales y reglamentarias vigentes asignan al Servicio Nacional de Salud y al Servicio Médico Nacional de Empleados**, exceptuando las que la presente ley radique en el Ministerio de Salud, en el Fondo Nacional de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud

1. Lo dispuesto en el artículo 14 C del D.L. N° 2.763 debe interpretarse en el sentido que se han traspasado a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud todas las funciones que hasta antes del 1° de enero de 2005 se encontraban ejerciendo los Servicios de Salud en relación con la Ley N° 16.744 como sucesoras legales del Servicio Nacional de Salud, y que no digan relación con prestaciones médicas.
2. El D.S. N° 67, de 1999, reglamento destinado a regular las exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional a que se refiere el artículo 16 de la Ley N° 16.744, señala en su artículo 1° que éstas se determinarán por las Mutualidades de Empleadores respecto de las entidades empleadoras adheridas a ellas y por los Servicios de Salud respecto de las demás entidades empleadoras, incluso de aquellas que tengan la calidad de administradoras delegadas.

Conforme a lo expuesto, la facultad del artículo 16 de la Ley N° 16.744 para fijar la tasa de cotización adicional respecto de las empresas no adheridas a las Mutuales, y las demás facultades del D.S. N° 67, que eran propias de los Servicios de Salud, fueron traspasadas a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud a contar del 1° de enero de 2005, conforme a las modificaciones de la Ley N° 19.937.

Atendido lo anteriormente señalado, se deberán modificar las cartas y resoluciones, a enviar a las entidades empleadoras, reemplazando las menciones a “este servicio de salud”, “el servicio de salud”, y “DIRECTOR SERVICIO DE SALUD” por “esta Secretaría Regional Ministerial de Salud”, “la Secretaría Regional Ministerial de Salud”, y “SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD”, respectivamente.

## 2. FORMATOS DE CARTAS Y RESOLUCIONES

En atención a que se han presentado problemas en la interpretación, por parte de algunos empleadores, de la información contenida en las cartas y resoluciones referida a la cotización que éstos deben pagar, con posterioridad a la aplicación del D.S. N° 67, entendiendo que debían pagar sólo la tasa de cotización adicional, única tasa señalada en dichos documentos, se ha estimado necesario modificar los formatos de las cartas en que los organismos administradores - Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Mutualidades de Empleadores- comunican a las entidades empleadoras el inicio del proceso de evaluación y la situación que presentan respecto de la tasa de cotización adicional diferenciada determinada, así como también los de las resoluciones que establecen las exenciones, rebajas o recargos de esa tasa, dejando expresamente establecida la tasa total de cotización a que estarán afectos.

Se acompañan los formatos de las Cartas y Resoluciones que deberán utilizar las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Mutualidades a contar de la fecha de esta Circular.

Agradeceré a Ud. dar la más amplia difusión a la presente Circular, especialmente entre el personal encargado de su aplicación.

Saluda atentamente a Ud.,



  
ATL

### DISTRIBUCIÓN

Secretarías Regionales Ministeriales de Salud  
Mutualidades de Empleadores Ley N° 16.744  
Instituto de Normalización Previsional  
(Se incluyen 11 formatos)  
Subsecretaría de Salud Pública  
Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo (SUSESOT)  
Oficina de Partes  
Archivo Central

## COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN

(con recargo)

En ..... a ..... de 200\_

Ref.: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

**Empresa adherente Mutualidad**

De nuestra consideración:

Por la presente comunico a Ud. que, de acuerdo con lo dispuesto en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento para la aplicación de exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada de la Ley N° 16 744, se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a la cual se determinará la Tasa de Cotización adicional diferenciada que deberá pagar en este Organismo Administrador, además de la tasa básica, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y el 31 de diciembre de 200\_

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 200\_ y 30 de junio de 200\_ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, en la que se indica respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez.

Se le hace presente que esa entidad puede solicitar la rectificación de los errores de hecho en que se haya incurrido en la nómina adjunta, ante esta Mutualidad, para lo cual dispone de un plazo de 15 días contados desde la recepción de esta carta certificada, la que para estos efectos se entiende notificada al tercer día de recibida por la Oficina de Correos que corresponda.

La evaluación efectuada sobre la base de los antecedentes registrados en este Organismo, permite determinar que la Tasa de Cotización Adicional que corresponde a esa entidad es de ....%. Lo anterior implica que a esa entidad empleadora le correspondería un recargo de la tasa que tiene fijada en la actualidad, **debiendo pagar una cotización total de ....%.**

## COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN

(rebaja indica requisitos no cumplidos)

En ..... a .. .... de 200\_.

Ref.: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

### **Empresa adherente Mutualidad**

De nuestra consideración:

Por la presente comunico a Ud. que, de acuerdo con lo dispuesto en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento para la aplicación de exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada de la Ley N° 16.744, se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a la cual se determinará la Tasa de Cotización adicional diferenciada que deberá pagar en este Organismo Administrador, además de la tasa básica y la tasa extraordinaria, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y el 31 de diciembre de 200\_.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el periodo comprendido entre el 1 de julio de 200\_ y 30 de junio de 200\_, han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, en la que se indica respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez.

Se le hace presente que **esa entidad puede solicitar la rectificación de los errores de hecho en que se haya incurrido en la nómina adjunta, ante esta Mutualidad, para lo cual dispone de un plazo de 15 días contados desde la recepción de esta carta certificada**, la que para estos efectos se entiende notificada al tercer día de recibida por la Oficina de Correos que corresponda.

La evaluación efectuada sobre la base de los antecedentes registrados en este Organismo, permite determinar que la Tasa de Cotización Adicional que correspondería a esa entidad es de ...%. Lo anterior implica que si esa entidad empleadora accede a rebajar la tasa adicional deberá pagar una cotización total de ..%.

Conforme a los antecedentes registrados en este organismo administrador esa entidad empleadora no ha dado cumplimiento a los siguientes requisitos contemplados en el artículo 8 del D.S. 67, los que deberá acreditar ante esta mutualidad, a más tardar al 31 de octubre del presente: (Indicar sólo los requisitos que no se cumplen)

#### 1.- HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES

Acompañar copia de las planillas de pago de las cotizaciones de la Ley N° 16.744. correspondientes a los meses .. ....del año.....

#### 2.- COMITÉ (S) PARITARIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD, con la siguiente información:

- a.- Copia de las actas de constitución de todos los Comités que hubiere constituido por primera vez o renovado en el período y
- b.- Declaración jurada ante Notario que certifique el funcionamiento de los mismos durante el periodo citado, suscrita por el representante legal de la empresa y los miembros de dichos Comités.

### 3.- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

Informe, carta, declaración simple o jurada ante Notario del representante legal, en que indique la fecha a contar de la cual la entidad empleadora ha contratado el Experto en Prevención de Riesgos, la categoría a la cual pertenece, el número de registro de Experto en el Servicio de Salud correspondiente, el número de jornadas por las cuales está contratado.

### 4.- CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LOS TITULOS V y VI DEL D.S.40.

Informe, carta, declaración simple o jurada ante Notario del representante legal que acredite que la empresa mantiene vigente el Reglamento Interno de Seguridad e Higiene durante el período citado, y cumple con la obligación de informar a todos sus trabajadores acerca de los riesgos que entrañan sus labores, de las medidas preventivas y de los métodos de trabajo correctos.

En caso de tener que acreditar además, de la existencia y funcionamiento del Comité Paritario otros requisitos, se podrá incorporar en una declaración jurada toda la información que corresponda.

Al respecto, se le hace presente que el plazo para acreditar el cumplimiento de los requisitos indicados vence el 31 de octubre de 200\_, en cuyo caso la tasa comenzará a regir el 1 de enero de 200\_.

Si no pudiera acreditarlos en la fecha indicada, podrá hacerlo a más tardar el 31 de diciembre de 200\_, en cuyo caso la tasa de cotización adicional determinada en el Proceso de Evaluación se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Se reitera que en el caso que no se acredite oportunamente su cumplimiento, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada, aún cuando ello le corresponda, conforme su simestralidad efectiva.

## COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN

(mantiene tasa)

En ... .. a ... .. de 200\_.

Ref: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

**Empresa adherente Mutuality**

De nuestra consideración:

Por la presente comunico a Ud. que, de acuerdo con lo dispuesto en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento para la aplicación de exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada de la Ley N° 16.744, se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a la cual se determinará la Tasa de Cotización adicional diferenciada que deberá pagar en este Organismo Administrador, además de la tasa básica, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y el 31 de diciembre de 200\_.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 200\_ y 30 de junio de 200\_ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, en la que se indica respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez.

Se le hace presente que esa entidad puede solicitar la rectificación de los errores de hecho en que se haya incurrido en la nómina adjunta, ante esta Mutuality, para lo cual dispone de un plazo de 15 días contados desde la recepción de esta carta certificada, la que para estos efectos se entiende notificada al tercer día de recibida por la Oficina de Correos que corresponda.

La evaluación efectuada sobre la base de los antecedentes registrados en este Organismo, permite determinar que la Tasa de Cotización Adicional que corresponde a esa entidad es de .... %.

Lo anterior, implica que mantendría la tasa que tiene fijada en la actualidad, **debiendo pagar una cotización total de ...%.**

**COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN  
(rebaja indica requisitos no cumplidos)**

En ..... a ..... de ..... de 200\_

Ref.: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

De nuestra consideración:

Por la presente comunico a Ud. que, de acuerdo con lo dispuesto en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento para la aplicación de exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada de la Ley N° 16.744, se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a la cual se determinará la Tasa de Cotización adicional diferenciada que deberá pagar en el Instituto de Normalización Previsional -INP- además de las tasas de cotización básica y extraordinaria, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y el 31 de diciembre de 200\_.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 200\_ y 30 de junio de 200\_, han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, en la que se indica respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez.

Se le hace presente que esa entidad **puede solicitar, a esta Secretaría Regional Ministerial de Salud en la sucursal del Instituto de Normalización Previsional más cercana a su empresa, la rectificación de los errores de hecho en que se haya incurrido en la nómina adjunta, para lo cual dispone de un plazo de 15 días contados desde la recepción de esta carta certificada**, la que para estos efectos se entiende notificada al tercer día de recibida por la Oficina de Correos que corresponda

La evaluación efectuada sobre la base de los antecedentes registrados en este Organismo, permite determinar que la Tasa de Cotización Adicional que correspondería a esa entidad es de .....%. Lo anterior implica que si esa entidad empleadora accede a esa rebaja deberá pagar una cotización total de .....%.

De acuerdo con los registros del Instituto de Normalización Previsional y la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente, esa entidad empleadora no ha dado cumplimiento a los siguientes requisitos contemplados en el artículo 8 del D.S. 67, **los que deberá acreditar ante el Instituto de Normalización Previsional, a más tardar al 31 de octubre del presente:** (colocar sólo los requisitos no cumplidos)

**1.- HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES**

Cotizaciones, correspondientes a los meses ..... del año. Usted deberá acompañar copias de las planillas de declaración y pago.

**2.- CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LOS TITULOS V Y VI DEL D.S.40.**

Informe, carta, declaración simple o jurada ante Notario del representante legal que acredite que la empresa mantiene vigente el Reglamento Interno de Seguridad e Higiene y cumple con la obligación de informar a todos sus trabajadores acerca de los riesgos que entrañan sus labores durante el período citado.

3.- COMITÉ (S) PARITARIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD, con la siguiente información:

- a.- Copia de las actas de constitución de todos los Comités que hubiere constituido por primera vez o renovado en el período, y
- b.- Declaración jurada ante Notario que certifique el funcionamiento de o de los mismos durante el período citado, suscrita por el representante legal de la empresa y los miembros de dichos Comités.

4.- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

Informe, carta, declaración simple o jurada ante Notario del representante legal, en que indique la fecha a contar de la cual la entidad empleadora ha contratado el Experto en Prevención de Riesgos, la categoría a la cual pertenece, el número de registro de Experto en el Servicio de Salud o la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente, y el número de jornadas por las cuales está contratado.

En caso de tener que acreditar además, de la existencia y funcionamiento del Comité Paritario otros requisitos, se podrá incorporar en una declaración jurada toda la información que corresponda. En las Sucursales del INP se encuentra a su disposición formatos de declaración jurada o en su página WEB: [www.inp.cl](http://www.inp.cl)

Al respecto, se le hace presente que el plazo para acreditar el cumplimiento de los requisitos indicados vence el 31 de octubre de 200\_, en cuyo caso la tasa comenzará a regir el 1 de enero de 200\_. Si no pudiera acreditarlos en la fecha indicada, podrá hacerlo a más tardar el 31 de diciembre de 200\_, en cuyo caso la tasa de cotización adicional determinada en el Proceso de Evaluación se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

**Se reitera que en el caso que no se acredite oportunamente su cumplimiento, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada, aún cuando ello le corresponda, conforme su siniestralidad efectiva y mantendrá su actual tasa de cotización.**

**SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD**

**COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN**  
**(mantiene tasa)**

En ..... a ..... de ..... de 200\_

Ref.: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

De nuestra consideración:

Por la presente comunico a Ud. que, de acuerdo con lo dispuesto en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento para la aplicación de exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada de la Ley N° 16 744, se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a la cual se determinará la Tasa de Cotización adicional diferenciada que deberá pagar en el Instituto de Normalización Previsional, además de las tasas de cotización básica y extraordinaria, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y el 31 de diciembre de 200\_.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 200\_ y 30 de junio de 200\_, han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, en la que se indica respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez.

Se le hace presente que **esa entidad puede solicitar la rectificación, a esta Secretaría Regional Ministerial de Salud en la sucursal del Instituto de Normalización Previsional más cercana a su empresa, de los errores de hecho en que se haya incurrido en la nómina adjunta, para lo cual dispone de un plazo de 15 días contados desde la recepción de esta carta certificada**, la que para estos efectos se entiende notificada al tercer día de recibida por la Oficina de Correos que corresponda.

La evaluación efectuada sobre la base de los antecedentes registrados en este Organismo, permite determinar que la Tasa de Cotización Adicional que corresponde a esa entidad es de .....%.

Lo anterior, implica que mantendría la tasa que tiene fijada en la actualidad, **debiendo pagar una cotización total de .....%**.

**SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD**

**COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN  
(con recargo)**

En ..... a ..... de ..... de 200\_

Ref.: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de  
Siniestralidad Efectiva.

Señores

De nuestra consideración:

Por la presente comunico a Ud. que, de acuerdo con lo dispuesto en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento para la aplicación de exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada de la Ley N° 16.744, se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a la cual se determinará la Tasa de Cotización adicional diferenciada que deberá pagar en el Instituto de Normalización Previsional, además de las tasas de cotización básica y extraordinaria, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y el 31 de diciembre de 200\_.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 200\_ y 30 de junio de 200\_, han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, en la que se indica respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez.

Se le hace presente que **esa entidad puede solicitar la rectificación, a esta Secretaría Regional Ministerial de Salud en la sucursal del Instituto de Normalización Previsional más cercana a su empresa, de los errores de hecho en que se haya incurrido en la nómina adjunta, para lo cual dispone de un plazo de 15 días contados desde la recepción de esta carta certificada**, la que para estos efectos se entiende notificada al tercer día de recibida por la Oficina de Correos que corresponda.

La evaluación efectuada sobre la base de los antecedentes registrados en este Organismo, permite determinar que la Tasa de Cotización Adicional que corresponde a esa entidad es de .....%. Lo anterior implica que a esa entidad empleadora le correspondería un recargo de la tasa que tiene fijada en la actualidad, **debiendo pagar una cotización total de .....%.**

**SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD**

**RESOLUCIÓN QUE FIJA LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA  
DE LA LEY N° 16.744.  
(mantiene tasa a entidades que no están sujetas a evaluación)**

Resolución N° .....  
N° adherente .....  
(cuando corresponda)

En ..... a ..... de ..... de 200\_.

**VISTOS:**

Los antecedentes de la entidad empleadora ..(Nombre o Razón Social)..... Rut  
..... con domicilio en ..(Calle, N°, Comuna)....., representada por.....(Nombre,  
RUT).

**TENIENDO PRESENTE:**

Lo dispuesto por el artículo 16 de la Ley N° 16.744 y el Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, este Organismo Administrador del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, resuelve:

**PRIMERO:**

Se mantiene su Tasa de Cotización Adicional Diferenciada en .....%, la que sumada a las tasas de cotización básica y extraordinaria, determina que **deberá pagar una tasa de cotización total de ...%**, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y 31 de diciembre de 200\_.

**SEGUNDO:**

Esa entidad empleadora presenta menos de 2 períodos anuales consecutivos de adherencia a algún organismo administrador de la Ley N° 16.744, razón por la cual no puede ser evaluada en este Proceso, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° del D.S. N° 67

**TERCERO:**

Esa entidad empleadora dispone del plazo de quince días para formular ante este organismo administrador un recurso de reconsideración debidamente fundado.

Además, esa entidad puede recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social para lo cual dispone del plazo de 90 días hábiles

Los plazos anteriormente señalados se contabilizarán desde la fecha de notificación de esta resolución o de la notificación de la resolución que emita este organismo respecto de la reconsideración, si la hubiere solicitado, según corresponda.

**RESOLUCIÓN QUE FIJA LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA DE LA LEY N° 16.744.**

**(Accede a rebaja)**

Resolución N° .....

N° adherente .....

(cuando corresponda)

En ..... a ..... de.....de 200\_.

**VISTOS:**

Los antecedentes de la entidad empleadora ....(Nombre o Razón Social)..... Rut ..... con domicilio en ..(Calle, N°, Comuna)....., representada por. . (Nombre, RUT)...

**TENIENDO PRESENTE:**

Lo dispuesto por el artículo 16 de la Ley N° 16.744 y el Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, este Organismo Administrador del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, resuelve:

**PRIMERO:**

Se fija su Tasa de Cotización Adicional Diferenciada en ....., la que sumada a las tasas de cotización básica y extraordinaria, determina que **deberá pagar una tasa de cotización total de ...%**, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y 31 de diciembre de 200\_.

**SEGUNDO:**

La rebaja de su cotización adicional fue procedente por cuanto esa entidad empleadora ha acreditado el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Hallarse al día en el pago de las cotizaciones de la Ley 16.744 correspondientes a las remuneraciones incluidas las de junio de 200\_ ( Se deberá indicar el año en que se realiza la evaluación).
- b) Cuando proceda, tener en funcionamiento durante el período julio 200\_ a junio 200\_, el o los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad.
- c) Cuando proceda, tener en funcionamiento durante el período julio 200\_ a junio 200\_, el Departamento de Prevención de Riesgos.
- d) Establecer y mantener al día el Reglamento Interno de Seguridad e Higiene en el trabajo durante el período julio 200\_ a junio 200\_.
- e) Haber informado oportuna y convenientemente a todos sus trabajadores acerca de los riesgos que entrañan sus labores, de las medidas preventivas y de los métodos de trabajo correctos.

**TERCERO:**

Se adjuntan a la presente resolución todos los antecedentes que se tomaron en consideración para el cálculo de su Tasa de Siniestralidad Total.

**CUARTO:**

Esa entidad empleadora dispone del plazo de quince días para formular ante este organismo administrador un recurso de reconsideración debidamente fundado.

Además, esa entidad puede recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social para lo cual dispone del plazo de 90 días hábiles.

Los plazos anteriormente señalados se contabilizarán desde la fecha de notificación de esta resolución o de la notificación de la resolución que emita este organismo respecto de la reconsideración, si la hubiere solicitado, según corresponda.

**RESOLUCIÓN QUE FIJA LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA  
DE LA LEY N° 16.744.  
(no accede a rebaja)**

Resolución N° . . . . .

N° adherente  
(cuando corresponda)

En ..... a ..... de ..... de 200\_.

**VISTOS:**

Los antecedentes de la entidad empleadora .....(Nombre o Razón Social)..... Rut ..... con domicilio en ..(Calle, N°, Comuna)....., representada por.....(Nombre, RUT)...

**TENIENDO PRESENTE:**

Lo dispuesto por el artículo 16 de la Ley N° 16.744 y el Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, este Organismo Administrador del Seguro Social contra Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, resuelve:

**PRIMERO:**

Se fija su Tasa de Cotización Adicional Diferenciada en .....%, la que sumada a las tasas de cotización básica y extraordinaria, determina que **deberá pagar una tasa de cotización total de .....%**, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y 31 de diciembre de 200\_.

**SEGUNDO:**

No obstante que por siniestralidad efectiva, esa entidad empleadora, habría podido acceder a rebaja o exención, ello no resultó procedente, pues no cumplió con los siguientes requisitos: (se deberán señalar sólo los requisitos que no se cumplieron)

- a) Hallarse al día en el pago de las cotizaciones de la Ley 16 744 correspondientes a remuneraciones incluidas las del mes de junio de 200\_ (señalar el año en que se realiza la evaluación)
- b) Cuando proceda, tener en funcionamiento durante el período julio 200\_ a junio 200\_, el o los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad
- c) Cuando proceda, tener en funcionamiento durante el período julio 200\_ a junio 200\_, el Departamento de Prevención de Riesgos
- d) Establecer y mantener al día el Reglamento Interno de Seguridad e Higiene en el trabajo durante el período julio 200\_ a junio 200\_.
- e) Haber informado oportuna y convenientemente a todos sus trabajadores acerca de los riesgos que entrañan sus labores, de las medidas preventivas y de los métodos de trabajo correctos

**TERCERO:**

Se adjuntan a la presente resolución todos los antecedentes que se tomaron en consideración para el cálculo de su Tasa de Siniestralidad Total.

**CUARTO:**

De acuerdo a lo dispuesto en el inciso final del artículo 8° del D.S. N° 67, esa entidad empleadora tiene la posibilidad de acreditar el cumplimiento de los requisitos señalados en el punto Segundo de esta Resolución antes del 1 de enero del año 200\_, lo que permitiría volver a determinar su tasa de cotización adicional.

**QUINTO:**

Esa entidad empleadora dispone del plazo de quince días para formular ante este organismo administrador un recurso de reconsideración debidamente fundado.

Además, esa entidad puede recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social para lo cual dispone del plazo de 90 días hábiles.

Los plazos anteriormente señalados se contabilizarán desde la fecha de notificación de esta resolución o de la notificación de la resolución que emita este organismo respecto de la reconsideración, si la hubiere solicitado, según corresponda.

**RESOLUCIÓN QUE FIJA LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA  
DE LA LEY N° 16.744.  
(mantiene tasa)**

Resolución N° .. ....  
N° adherente  
(cuando corresponda)

En ....., a ..... de ..... de 200\_.

**VISTOS:**

Los antecedentes de la entidad empleadora ... (Nombre o Razón Social)..... Rut ..... con domicilio en ..(Calle, N°, Comuna)....., representada por.. (Nombre, RUT) ..

**TENIENDO PRESENTE:**

Lo dispuesto por el artículo 16 de la Ley N° 16.744 y el Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, este Organismo Administrador del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, resuelve:

**PRIMERO:**

Se mantiene su Tasa de Cotización Adicional Diferenciada en .. ...% la que sumada a las tasas de cotización básica y extraordinaria, determina que **deberá pagar una tasa de cotización total de .....**, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y 31 de diciembre de 200\_.

**SEGUNDO:**

Se adjuntan a la presente resolución todos los antecedentes que se tomaron en consideración para el cálculo de su Tasa de Siniestralidad Total.

**TERCERO:**

Esa entidad empleadora dispone del plazo de quince días para formular ante este organismo administrador un recurso de reconsideración debidamente fundado.

Además, esa entidad puede recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social para lo cual dispone del plazo de 90 días hábiles.

Los plazos anteriormente señalados se contabilizarán desde la fecha de notificación de esta resolución o de la notificación de la resolución que emita este organismo respecto de la reconsideración, si la hubiere solicitado, según corresponda.

**RESOLUCIÓN QUE FIJA LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA  
DE LA LEY N° 16.744.  
(Recargo tasa)**

Resolución N° .....  
N° adherente .....  
(cuando corresponda)

En ....., a ..... de.....de 200\_

**VISTOS:**

Los antecedentes de la entidad empleadora ....(Nombre o Razón Social)..... Rut ....., con domicilio en ..(Calle, N°, Comuna)....., representada por... (Nombre, RUT)...

**TENIENDO PRESENTE:**

Lo dispuesto por el artículo 16 de la Ley N° 16.744 y el Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, este Organismo Administrador del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, resuelve:

**PRIMERO:**

Se fija su Tasa de Cotización Adicional Diferenciada en .....%, la que sumada a las tasas de cotización básica y extraordinaria, determina que **deberá pagar una tasa de cotización total de ...%**, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 200\_ y 31 de diciembre de 200\_.

**SEGUNDO:**

Se adjuntan a la presente resolución todos los antecedentes que se tomaron en consideración para el cálculo de su Tasa de Siniestralidad Total.

**TERCERO:**

Esa entidad empleadora dispone del plazo de quince días para formular ante este organismo administrador un recurso de reconsideración debidamente fundado

Además, esa entidad puede recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social para lo cual dispone del plazo de 90 días hábiles

Los plazos anteriormente señalados se contabilizarán desde la fecha de notificación de esta resolución o de la notificación de la resolución que emita este organismo respecto de la reconsideración, si la hubiere solicitado, según corresponda.