



AU08-2022-00931

CIRCULAR N°3.713

SANTIAGO, 30 DE NOVIEMBRE DE 2022

RECHAZO DE LICENCIA MÉDICA O REPOSO MÉDICO POR CALIFICACIÓN DE ORIGEN COMÚN O LABORAL, APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 77 BIS DE LA LEY N°16.744

MODIFICA EL TÍTULO IV. RECHAZO POR CALIFICACIÓN DE ORIGEN COMÚN O LABORAL ARTÍCULO 77 BIS, LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES, DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SEGURO SOCIAL DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA LEY N°16.744

La Superintendencia de Seguridad Social, en uso de las facultades que le confieren los artículos 2°, 3°, 30 y 38 letra d) de la Ley N°16.395 y lo dispuesto en la Ley N°16.744, ha estimado necesario modificar y complementar las instrucciones para la adecuada aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, contenidas en el Título IV. Rechazo por calificación del origen común o laboral artículo 77 bis, del Libro III del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744.

I. MODIFÍCASE EL TÍTULO IV. RECHAZO POR CALIFICACIÓN DE ORIGEN COMÚN O LABORAL ARTÍCULO 77 BIS. LEY 16.744, DEL LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES, DEL SIGUIENTE MODO:

1. Reemplázanse los números 1 y 2 de la Letra B. Derivación del trabajador, por los siguientes:

“1. Resolución del primer organismo interviniente

Para que opere el procedimiento señalado en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, es necesaria la emisión por parte del primer organismo interviniente de una resolución que rechace la licencia médica o el reposo, fundada en que la afección invocada tiene o no origen profesional, según corresponda, y derive al trabajador al segundo organismo, con copia de dicha licencia médica rechazada o con la licencia médica de derivación, según corresponda.

La resolución deberá indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar, ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la decisión adoptada.

El segundo organismo interviniente estará siempre obligado a cursar de inmediato la licencia o reposo médico rechazado por dicho articulado y otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren.

Atendido que el rechazo de una licencia médica o de un reposo médico, en este caso por el origen de una enfermedad o accidente, implica la denegación de la cobertura de prestaciones por parte de la entidad actúa como primer interviniente en la aplicación del artículo 77 bis, este rechazo debe ser fundado, esto es, estar sustentado en antecedentes médicos concretos del respectivo trabajador que hagan plausible su eventual discusión respecto del origen de la respectiva enfermedad o accidente, ya sea ante el organismo que actúa como segundo interviniente, así como, ante la Superintendencia de Seguridad Social.

- a) Caso de rechazo por organismos administradores de la Ley 16.744

Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deben sustentar el rechazo por aplicación del artículo 77 bis, a lo menos, en los siguientes antecedentes, que deben ser remitidos, a la respectiva entidad del sistema de salud común:

- i) La resolución de calificación del accidente o enfermedad (RECA).
- ii) El informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en el Título III (enfermedades profesionales) del Libro III del Compendio de Normas del Seguro de la Ley N°16.744.
- iii) Copia de la(s) orden (es) de reposo (s) o licencia (s) médica (s) rechazada (s) por dicho articulado, según corresponda y de copia de la licencia médica de derivación.

Además, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, al realizar la calificación del accidente o de la enfermedad, deberán dar aplicación a los criterios y plazos contenidos en el Título II y Título III, de este Libro III.

Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de los organismos administradores de remitir al Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) las Resoluciones de Calificación (RECA), en los plazos instruidos al efecto.

En el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, esto es, 10 días corridos contados desde la emisión de la RECA, los organismos administradores deberán notificar la calificación al organismo de salud común que corresponda, es decir, a la ISAPRE en que se encuentre afiliado el trabajador o bien, tratándose de trabajadores afiliados a FONASA, a la COMPIN o Subcomisión correspondiente al domicilio del empleador, adjuntando los antecedentes ya señalados.

Por otra parte, si después de haber sido notificado del origen común de su patología, el trabajador decide continuar atendiéndose en los centros médicos de alguna mutualidad, bajo la cobertura de su régimen de salud común, deberá suscribir, previo a su reingreso, el formulario cuyo formato se contiene en el Anexo N°26 "Declaración Ingreso Paciente Común" de este Título IV. En ningún caso, las prestaciones que se otorguen en esta modalidad podrán incluirse en las cartas de cobranzas que se emitan al efecto.

En aquellos casos en que con posterioridad a que el organismo administrador o la empresa con administración delegada califique el accidente o enfermedad como de origen común, se otorgue al trabajador una licencia médica tipo 5 o 6 por la misma patología que aquella que dio origen a la referida calificación, o una licencia médica tipo 1 emitida por dicha patología, que sea rechazada por el sistema de salud común, por aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, no será necesaria una nueva resolución de calificación por parte organismo administrador o la empresa con administración delegada, bastando, para estos efectos, con la emisión de una licencia médica de derivación, conforme a lo establecido en el número 2, de la Letra B, Título IV, del Libro III. Sin perjuicio de lo anterior, se deberá notificar esa nueva derivación al organismo del sistema de salud común, adjuntando una copia de la RECA emitida al efectuar la primera derivación.

b) Caso de rechazo por parte de ISAPRES o COMPIN

Por su parte, los médicos contralores de las ISAPRES o de las COMPIN o Subcomisión, deben sustentar la resolución que rechaza la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, a lo menos, en los siguientes antecedentes:

- i) Informe fundado del rechazo de la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, el que debe ser emitido y suscrito por el médico contralor y, además basarse en, a lo menos uno de los siguientes antecedentes: informe del médico tratante, evaluación médica y/o peritaje, u otros antecedentes que permitan determinar el origen profesional del respectivo accidente o la enfermedad.
- ii) Copia de la (s) licencia (s) médica (s) rechazada (s) por dicho articulado.

Los antecedentes antes señalados deben ser remitidos al respectivo organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 por parte de la ISAPRE o COMPIN, con posterioridad a la derivación del trabajador por aplicación del artículo 77 bis, en un plazo máximo de 10 días corridos contados desde la resolución de rechazo por dicho articulado.

Las entidades deberán resguardar la confidencialidad de los datos sensibles contenidos en la información que se les remita.

No procede que las ISAPRES, COMPIN o Subcomisión rechacen por el artículo 77 bis, las licencias médicas que eventualmente recibieran emitidas como tipo 5 o 6, ya que corresponde que estas sean tramitadas ante el organismo administrador. En estos casos, las ISAPRES, COMPIN o Subcomisión deben devolverlas para su tramitación ante el respectivo organismo administrador.

c) Obligación de mantener casillas de correo electrónico

Por otra parte, con el objeto de contar con un expedito relacionamiento entre el primer y segundo interviniente en la aplicación del procedimiento del artículo 77 bis, así como en las

comunicaciones derivadas de situaciones no 77 bis, y respecto de las solicitudes de reembolsos, cada entidad interviniente deberá establecer casillas de correos electrónicos para estos fines, las que constarán en un protocolo de comunicación, cuyo contenido se encuentra en el Anexo N°37 "Protocolo de comunicación" de la Letra G. Anexos, del Título IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis, de este Libro.

Este protocolo consiste en una declaración unilateral de cada entidad, que contiene las direcciones de correos electrónicos que utilizarán para las comunicaciones por las materias del artículo 77 bis, situaciones no 77 bis y cartas de cobranza.

El referido protocolo debe ser firmado por el representante de cada entidad, y ser enviado al Gerente General, al Director Nacional y al Jefe de Servicio, según corresponda, de los demás organismos intervinientes en el procedimiento y a la Superintendencia de Seguridad Social.

Las casillas electrónicas incorporadas en el protocolo de comunicación por parte de cada entidad, deberá estar compuesta por la abreviatura del nombre o razón social de cada entidad interviniente y las siglas: "77 bis", "no 77 bis", "77 en cobranza", según se trate el asunto una materia relacionada con el 77 bis, situación no 77 bis o una solicitud de reembolso. Las casillas electrónicas deben ser configuradas según el siguiente formato:

[nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio Salud]77bis@xxx.cl.

[nombre del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio Salud]NO77@xxx.cl.

[nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio de Salud]cobranza77@xxx.cl.

Para una mayor seguridad de la información, la documentación que se adjunte a una casilla de correo electrónico de las señaladas en el protocolo deberá ser comprimida por la entidad remitente con extensión ".zip" e incorporar una clave para su apertura, la que debe proporcionar la entidad receptora del archivo.

Las herramientas de comunicación electrónica, adoptadas por las entidades en el citado protocolo, deben preservar la confidencialidad en el tratamiento de la información del trabajador, velando por el principio de integridad, resguardo, reserva, disponibilidad y del fin de la licitud de la entrega, teniendo como objetivo primordial, la inmediata cobertura en el otorgamiento de los beneficios de salud que le corresponden al trabajador.

2. Emisión de licencia médica de derivación y copia de licencia médica

a) Cuando la primera entidad interviniente es un organismo administrador o una empresa de administración delegada y estime que la afección por la cual el profesional habilitado otorgó el reposo al trabajador tiene un origen común, deberá emitir una licencia médica tipo 1, "de derivación", ya sea en formato papel o electrónica.

La licencia médica "de derivación" debe ser entregada al trabajador para que la presente al sistema previsional de salud común.

Adicionalmente, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán entregar al trabajador una copia del formulario contenido en el Anexo N°27 "Derivación de Paciente (artículo 77 bis, de la Ley N°16.744)", de este Título.

Los organismos administradores y las empresas de administración delegada deben considerar que, para emitir una licencia médica de derivación, de manera electrónica, la Zona A.6. del respectivo formulario, debe consignar en la sección "otros diagnósticos", lo siguiente: "licencia médica de derivación otorgada por [nombre del organismo

administrador o administrador delegado], aplicación del artículo 77 bis". Lo que se debe reiterar en la Zona E del respectivo formulario electrónico.

Además, la licencia médica "de derivación" emitida por los organismos administradores y las empresas con administración delegada deberá contener a lo menos un día de reposo futuro a la fecha de su emisión y extenderse por un período de reposo que no sea superior a 30 días corridos. Ahora bien, por aplicación del artículo 77 bis podrán, excepcionalmente, extender una licencia médica "de derivación", sin días de reposo futuro, cuando a la fecha de su emisión, no ha transcurrido más de 30 días, contados desde el inicio del reposo médico. En estas situaciones, el reposo médico pudiese provenir de otro continuo o discontinuo que afectó al trabajador y cuyo subsidio por incapacidad laboral ya fue cubierto por el organismo administrador como una situación no 77 bis.

En atención a lo anterior, en el evento que el trabajador haya ingresado a los servicios asistenciales del correspondiente organismo administrador o sea atendido en un "centro en convenio", y se le haya prescrito reposo por más de 30 días, el subsidio por incapacidad temporal correspondiente deberá pagársele con una periodicidad no superior a 30 días, aunque posteriormente se determine que su dolencia es de origen común.

- b) Cuando la primera entidad interviniente fuere una COMPIN o ISAPRE y estime que la afección por la cual el profesional habilitado otorgó el reposo al trabajador tiene origen laboral, se entenderá que deriva al trabajador al organismo administrador o empresa con administración delegada, mediante la entrega al afiliado o a quien le represente de una copia de la licencia médica rechazada por artículo 77 bis debiendo estampar un timbre sobre dicha copia que señale, claramente, que la entrega es una "copia de la licencia médica rechazada por 77 bis", para que la presente a su organismo administrador.

La entrega de la copia de la licencia médica rechazada por el artículo 77 bis, debe efectuarse en el más breve plazo, informándole al beneficiario el lugar más cercano a su domicilio en que puede retirarla, o bien que éste pueda pedir su remisión vía correo electrónico. En todo caso, si el trabajador o su representante, no efectúa el respectivo retiro de copia de la licencia, dentro de los 5 días hábiles siguientes contados desde que se le notifica el rechazo por dicho articulado, se le deberá hacer llegar esa copia con todos los antecedentes de que se disponga, a su correo electrónico o mediante carta certificada, debiendo informarle del procedimiento del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, esto es, que debe presentarse ante el organismo administrador para el otorgamiento de las prestaciones.

Los intervinientes, ISAPRES, COMPIN y organismos administradores deberán respetar la periodicidad con que deben pagarse las remuneraciones, ya que el subsidio por incapacidad laboral o temporal tiene por objeto, precisamente, reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.

Sin embargo, en el caso de que el trabajador, habiendo sido notificado por el sistema de salud común del rechazo de su licencia médica por el artículo 77 bis y que debe concurrir ante el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 o empresa con administración delegada, según corresponda, este no se presenta para su evaluación, a contar de la segunda licencia médica recepcionada, rechazada por la ISAPRE o COMPIN por aplicación de dicho artículo, el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 o administrador delegado le deberá suspender el pago del subsidio por incapacidad laboral hasta su comparecencia, informándole de esta exigencia, de lo que deberá mantener registro."

2. Modifícase el numeral 5 de la Letra D. Normas para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y emisión de cartas de cobranza, en los siguientes términos:

- a) Reemplázase el título por el siguiente: “5. Cartas de cobranza”.
- b) Reemplázanse los primeros seis párrafos por los siguientes:

“Las cartas de cobranza (denominadas también solicitudes de reembolsos), deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

Dichas cartas deberán ser remitidas a las mutualidades, el Instituto de Seguridad Laboral, COMPIN, Subcomisiones, Servicios de Salud, Cajas de Compensación o las ISAPRE, según corresponda, con los siguientes antecedentes:

- a) Un informe reservado con la especificación de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico.
- b) El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes de la patología respectiva y los antecedentes que sirvieron para determinar el monto del subsidio.
- c) Copia de la licencia médica o de la orden de reposo.
- d) Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, además, deberán remitir, además, copia de la Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, y de las demás declaraciones del trabajador que estén en su poder y de la notificación de calificación de la afección, si no la hubiesen remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza.

Por su parte, la entidad del sistema de salud común deberá remitir el Informe fundado del rechazo de la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, si no lo hubiese remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza.

- e) Cuando se hubiese reclamado ante esta Superintendencia, además, se deberá adjuntar a la carta de cobranza, la copia de la resolución mediante la cual la Superintendencia acogió la respectiva reclamación.

No procede que se formulen cartas de cobranza que no acompañen la totalidad de los antecedentes antes indicados. Las entidades no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que le sean remitidas sin todos estos antecedentes, debiendo la entidad requerida de cobro devolverlas y comunicar a la solicitante del reembolso que por ello no cursará el pago requerido, informándole siempre cuales son los documentos faltantes, los que no pueden ser otros a los ya señalados precedentemente.

Por lo señalado, el plazo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 77 bis, para concretar el reembolso, comenzará a contabilizarse cuando la entidad recepcione la carta de cobranza con la totalidad de los antecedentes antes indicados.

Para efectos de gestión, las cartas de cobranza por aplicación del artículo 77 bis, podrán encontrarse en estado de revisión preliminar, en análisis, pagadas, rechazadas o devueltas.

- a) El estado de revisión preliminar de las cartas o solicitudes de reembolso corresponde al check list o listado de verificación de los documentos mínimos que se deben acompañar a una carta de cobranza, según lo ya indicado en este Título, sin el análisis de fondo de la información en ellos contenida.
- b) El estado en análisis corresponde a aquellas cartas o solicitudes de reembolso que están siendo analizadas en su contenido de fondo o bien que con anterioridad fueron

rechazadas o devueltas y que previa corrección o entrega de los antecedentes faltantes, se encuentran en análisis para su pago.

- c) El estado devuelta corresponde a aquellas cartas o solicitudes de reembolso en que la respectiva entidad que recibe la carta o solicitud de reembolso, detecta que no se acompañan la totalidad de los documentos que exige la normativa vigente en el período de revisión preliminar o bien en el periodo de análisis, antes indicado, los devuelve para ser completados por la entidad que solicita el reembolso. En tal caso, la entidad requerida de cobro, al devolver la carta de cobranza, debe indicar al solicitante siempre cual es el documento o la información faltante para concretar el pago.
- d) El estado de pagada corresponde a aquel en que se concreta el pago del reembolso.
- e) El estado rechazada corresponde a una negativa del pago derivada de errores en los antecedentes entregados, por ejemplo: número de rut del trabajador, trabajador no era cotizante en la institución al momento de la enfermedad o accidente, cobranza duplicada, montos cobrados que ya fueron pagados, o se niega el pago por la existencia de una resolución de la Superintendencia de Seguridad Social que determina un origen distinto al accidente o enfermedad, reclamo o recurso pendiente, entre otros.

Las actividades que involucran cada uno de los estados de la carta de cobranza, tales como la revisión preliminar, análisis, devolución, pago o rechazo de la carta de cobranza, deben ser ejecutadas dentro del plazo de 10 días que tiene la entidad para concretar el reembolso y que se encuentra establecido en el artículo 77 bis de la Ley 16.744. El citado plazo se entiende de días hábiles y debe ser contabilizado desde la fecha de recepción o reingreso de la solicitud de reembolso.

Las acciones de cobro por no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles contados desde la notificación de la resolución de calificación por parte del organismo administrador, no exista reclamo o recurso pendiente respecto del origen común de la patología o accidente.

A contar del 3 de marzo de 2023, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán acompañar a las cartas de cobranza, cuando corresponda, una copia del documento otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social, que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.”.

- c) Intercálase en el actual séptimo párrafo, a continuación de la sigla “COMPIN”, la expresión “o Subcomisión”.
 - d) Elimínanse los actuales párrafos octavo y décimo.
3. Modifícase el número 1 de la Letra E. Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, de la siguiente forma:
- a) Elimínase en el tercer párrafo, a continuación de la palabra “cobranza” el siguiente texto “que los organismos administradores emitan en virtud de cuadros a los que no le sea aplicable el artículo 77 bis de la Ley N°16.744,”.
 - b) Reemplázase en el cuarto párrafo, la expresión “Los organismos administradores no deberán remitir” por la expresión “No procede formular”.
 - c) Reemplázase en el quinto párrafo, la expresión “A su vez, dichos organismos” por la expresión “Las entidades”.
 - d) Incorpórase al final del quinto párrafo, antes del punto aparte, la frase “individualizando siempre el documento faltante el que solo puede ser de aquellos exigidos en la normativa vigente establecida en el numeral 5, Letra D de este Título”.

e) Reemplázase el sexto párrafo por el siguiente:

“Las acciones de cobro por el no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles contados desde la notificación de la resolución del organismo administrador, no exista reclamo o recurso pendiente respecto del origen común de la patología o accidente. A contar del 3 de marzo de 2023, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán acompañar a las cartas de cobranza, cuando corresponda, una copia del documento otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social, que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.”.

4. Incorpórase en la Letra G. Anexos, el Anexo N°37 “Protocolo de comunicación”, que se adjunta a esta circular.

II. VIGENCIA

Las modificaciones introducidas por esta circular entrarán en vigencia a partir de la fecha de su publicación, con excepción de lo señalado en la siguiente disposición transitoria.

III. DISPOSICIÓN TRANSITORIA

El protocolo de comunicación señalado en el número 1 del capítulo I de esta circular, cuyo formato consta en el Anexo N°37 “Protocolo de comunicación” que se adjunta a esta circular, deberá ser remitido, debidamente suscrito, por cada entidad interviniente en la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 al resto de las entidades y a la Superintendencia de Seguridad Social, antes del 20 de febrero de 2023, y deberá estar implementado a partir del 3 de marzo de 2023.

PAMELA GANA CORNEJO
SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL

PSA/ETS/VNC/CRM/MPC

DISTRIBUCIÓN:

(Adjunta 1 Anexo)

- Mutualidades de Empleadores
- Instituto de Seguridad Laboral
- Empresas con Administración Delegada
- COMPIN Y SUBCOMISIONES
- Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)
- Servicios de Salud

Copia Informativa:

- Dirección del Departamento Coordinación Nacional de COMPIN
- Superintendencia de Salud
- Subsecretaría de Redes Asistenciales

ANEXO N°37 PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN

Logo

[ISAPRE, COMPIN, SUBCOMISIÓN o SERVICIO DE SALUD
Organismo Administrador]

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN

APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 77 BIS DE LA LEY N°16.744 Y SITUACIONES NO 77 BIS

En Santiago, xxx de xx de 20xx, [Organismo Administrador, ISAPRE, COMPIN, SUBCOMISIÓN, Servicio de

Salud, Rol único tributario xxx, representada por xxx, domiciliada en xxx, comuna y ciudad xxx] declara que, para la coordinación, comunicaciones, notificaciones y toda gestión derivada de la aplicación del artículo 77 bis, situaciones no 77 bis y cartas de cobranza, se ceñirá a la normativa vigente establecida en el Título IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis Ley N°16.744, Libro III. Denuncia, Calificación y Evaluación de Incapacidades Permanentes, del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744, de la Superintendencia de Seguridad Social, y a este protocolo.

PRIMERO: OBJETIVO

La presente Declaración tiene por objeto permitir la adecuada coordinación, comunicación, notificación y toda otra gestión derivada de la aplicación del presente protocolo, los canales de comunicación formal, que informo son los correos electrónicos que se identifican a continuación:

- [nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE, COMPIN o Servicio de salud]77bis@xxx.cl.
- [nombre del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE, COMPIN o Servicio de Salud]NO77bis@xxx.cl.
- [nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE, COMPIN o Servicio de salud]cobranza77@xxx.cl.

Cualquier modificación posterior se comunicará formalmente e inmediatamente a todas las entidades participantes como también a la Superintendencia de Seguridad Social.

SEGUNDO: COMUNICACIONES

Las comunicaciones se realizarán por medio de los correos electrónicos indicados en la cláusula precedente. Estos canales de comunicación estarán a cargo de un coordinador de la información, quien será el responsable de la administración de los correos indicados en la cláusula primera, sin perjuicio de las delegaciones de esa función.

Para estos efectos, como coordinador de la información se designa a don /doña [nombre y correo electrónico del coordinador de la información del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE, COMPIN o Servicio de salud]. Este se obliga a velar por el cumplimiento de la confidencialidad en el tratamiento de la información y protección de datos personales en los términos establecidos en este protocolo y en la normativa vigente.

TERCERO: CONFIDENCIALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Por la especial naturaleza de la información, [Organismo Administrador, ISAPRE, COMPIN, SUBCOMISIÓN, Servicio de Salud] me obligo a efectuar el tratamiento de los datos con absoluta e irrestricta sujeción a las normas vigentes en materia de confidencialidad y protección de datos. En dicho espíritu, se debe guardar cautela, privacidad y secreto de toda la información que se proporcione o sea conocida por sus

funcionarios o sus personas relacionadas. Este compromiso incluye a todo el personal que trabaje con y para dichas entidades.

En virtud de lo anterior, se compromete a hacer uso de los datos personales comunicados en forma exclusiva, y no hacer traspasos totales o parciales de la información a terceros ajenos a los procedimientos asociados a las materias que trata este protocolo.

El canal de comunicación entre las entidades es un medio de traspaso de información y eventual notificación, según corresponda a lo transferido y no será una base de datos, ni tampoco concentrará información que se contenga en las bases de datos de los organismos pertinentes, asegurando que la información que se transmita desde el origen a su destino, sea siempre encriptada y según las claves de acceso que se indiquen por cada asegurador, garantizando altos niveles de seguridad, tanto en el acceso a la información como en su transferencia.

CUARTO: OBLIGACIONES

Entre las obligaciones que esta entidad acepta, se encuentran, principalmente, las siguientes:

- i. Cumplir con la normativa de la Superintendencia de Seguridad Social que se encuentra en el Título IV. Rechazo por calificación del origen común o laboral artículo 77 bis Ley N°16.744, Libro III. Denuncia, Calificación y Evaluación de Incapacidades Permanentes, del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744, y además la que se contiene en este protocolo.
- ii. Constituir contrapartes técnicas responsables de la ejecución y puesta en marcha del protocolo.
- iii. Facilitar la entrega de información y antecedentes actualizados y oportunos;
- iv. Facilitar los procedimientos administrativos asociados a los diversos trámites;
- v. Disminuir los tiempos de trámites a los ciudadanos;
- vi. Facilitar que la información entregada cumpla con los requisitos legales para la protección de datos de privacidad de los datos y con las normativas vigentes de intercambio de datos de las entidades dentro del ámbito de sus competencias y con pleno respeto y resguardo de los derechos de las personas;
- vii. Cumplir con la normativa de protección de datos en el tratamiento de la información conforme a la normativa, velando por el principio de integridad, resguardo, reserva, disponibilidad y del fin de la licitud de la entrega, teniendo como objetivo primordial, la inmediata cobertura en el otorgamiento de los beneficios de salud que le corresponden.

La documentación remitida debe enviarse en lo posible en formato PDF y comprimida con extensión “.zip”, incorporando una clave para su apertura, la que debe ser aquella proporcionada por la entidad receptora del correo electrónico. Asimismo, se obliga a consignar en cada comunicación a lo menos los antecedentes que, según corresponda, se señalan en el Título IV del Libro III del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades profesionales de la Ley N°16.744. De esta forma las comunicaciones contenidas en el correo electrónico se remitirán con los antecedentes que establece la normativa vigente e incorporando una “ficha contenido” que consigne los elementos de la siguiente tabla, en formato Excel:

Ficha de contenido de comunicación y notificación por artículo 77 bis, situaciones no 77 bis y cartas de cobranza

Zona 0: Tipo de documento

Indicar tipo de documento:	77 bis <input type="checkbox"/>	No 77 bis <input type="checkbox"/>	Carta de cobranza <input type="checkbox"/>
----------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--

Zona 1: Identificación de la Resolución

N° de Resolución:	
Fecha de emisión de la Resolución:	
Fecha de notificación de la Resolución*:	
Folio del caso (CUN, si corresponde):	
Razón social de la Entidad que comunica o notifica:	

Zona 2: Identificación del trabajador

Nombre del trabajador:	
RUT del trabajador:	
Domicilio del trabajador:	
Comuna del trabajador:	
Teléfono del trabajador:	
Correo electrónico del trabajador:	

Zona 3: Identificación del empleador

Razón social del empleador:	
RUT del empleador:	

Zona 4: Identificación de la Licencia Médica

Folio Licencia Médica:	
Licencia Médica de derivación:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Folio Licencia Médica de derivación:	

Zona 5: Estado de tramitación de la carta de cobranza

Estado de tramitación de la carta de cobranza que se comunica:	1. Estado de revisión preliminar <input type="checkbox"/>	2. Estado de análisis de la carta <input type="checkbox"/>
	3. Estado de devolución de la carta <input type="checkbox"/>	4. Estado pagada <input type="checkbox"/> 5. Estado rechazada <input type="checkbox"/>

Zona 6: Antecedentes (contestar en recuadro SI o NO se acompañan al correo electrónico)

Organismo Administrador		ISAPRES, COMPIN Y SERVICIOS DE SALUD		Carta de cobranzas	
Resolución de calificación del accidente o enfermedad (RECA):	<input type="checkbox"/>	Informe fundado del rechazo de la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis:	<input type="checkbox"/>	Informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico:	<input type="checkbox"/>
Informe de calificación :	<input type="checkbox"/>	Informe del médico tratante, evaluación médica y/o peritaje:	<input type="checkbox"/>	Detalle de las prestaciones otorgadas, los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes de la patología respectiva y los antecedentes que sirvieron para determinar el monto del subsidio:	<input type="checkbox"/>
Copia de la(s) orden (es) de reposo (s) o licencia (s) médica (s) rechazada (s):	<input type="checkbox"/>	Otros antecedentes Idóneos que permitan determinar el origen profesional del accidente o la enfermedad:	<input type="checkbox"/>	Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP):	<input type="checkbox"/>
Resolución SUSESO:	<input type="checkbox"/>		Notificación de calificación de la afección:	<input type="checkbox"/>	
Licencia médica de derivación si corresponde:	<input type="checkbox"/>	Copia de la (s) licencia (s) médica (s) rechazada (s) por dicho articulado:	<input type="checkbox"/>	Copia de la resolución mediante la cual la Superintendencia acogió la respectiva reclamación:	<input type="checkbox"/>
Copia exámenes e informes médicos:	<input type="checkbox"/>		Certificado otorgado por Superintendencia de no existir reclamo o recurso pendiente respecto del origen:	<input type="checkbox"/>	

CUARTO: VIGENCIA.

El presente protocolo tendrá vigencia a contar del 3 de marzo del año 2023.

QUINTO: PERSONERÍAS

La personería de don xxx consta en xxx

SEXTO: EJEMPLARES

El presente instrumento se extiende en ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de cada parte, ISAPRE, COMPIN, Subcomisión y Servicio de Salud, como de la Superintendencia de Seguridad Social.

[Identificación y firma representante legal Organismo Administrador, ISAPRE, COMPIN, SUBCOMISIÓN o Servicio de Salud, según corresponda]