



AU08-2016-03256

**CIRCULAR N°**

**SANTIAGO,**

**EXENCIONES, REBAJAS Y RECARGOS DE LA COTIZACIÓN  
ADICIONAL DIFERENCIADA DE LA LEY N° 16.744. IMPARTE  
INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL D.S. N° 67, DE 1999,  
DEL MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL.  
DEROGA Y REEMPLAZA CIRCULARES QUE INDICA.**

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. DEFINICIONES .....	3
III. ENTIDADES EMPLEADORAS INCLUIDAS Y EXCLUIDAS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN.....	6
IV. PROCESO DE EVALUACIÓN.....	7
V. RECARGOS DE LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL POR INCUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD, PREVENCIÓN E HIGIENE.....	17
VI. CAMBIO DE ORGANISMO ADMINISTRADOR .....	18
VII. VIGENCIA.....	19

Esta Superintendencia, en ejercicio de las facultades que le confieren los artículos 2, 30 y 38 letra d) de la Ley N° 16.395; 12 y 74 de la Ley N° 16.744, imparte las siguientes instrucciones a los organismos administradores del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La presente circular sistematiza, consolida y complementa las instrucciones que esta Superintendencia ha impartido en relación al Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que aprueba el Reglamento para la aplicación de los artículos 15 y 16 de la Ley N° 16.744, sobre exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada.

Este Reglamento establece un sistema de exenciones, rebajas y recargos de las tasas de cotización adicional, de aplicación obligatoria y simultánea por parte de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI de Salud) y de las Mutualidades de Empleadores (Asociación Chilena de Seguridad, Instituto de Seguridad del Trabajo y Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción), respecto de todas las entidades empleadoras, incluidas las empresas con administración delegada. Asimismo, regula el procedimiento para determinar la cotización adicional por siniestralidad efectiva, incluyendo como factores los días perdidos por incapacidad temporal, las incapacidades permanentes provocadas por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que den origen al pago de indemnizaciones o pensiones, y las muertes provocadas por dichos siniestros.

## **II. DEFINICIONES**

### **1. Siniestralidad Efectiva**

En el artículo 2° del Decreto Supremo N° 67 se define como siniestralidad efectiva, las incapacidades y muertes provocadas por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

En cuanto a las incapacidades, se distingue entre las temporales y las permanentes. En las primeras, se consideran los días perdidos sujetos a pago de subsidio, sea que éste se pague o no, y en las segundas se incluyen las incapacidades permanentes iguales o superiores a un 15%.

No obstante, se excluyen las incapacidades o muertes causadas por:

- a. Los accidentes de trayecto y los accidentes del trabajo sufridos por los dirigentes sindicales, a que se refieren los incisos segundo y tercero del artículo 5° de la Ley N°16.744.
- b. Los accidentes del trabajo ocurridos en una entidad empleadora distinta de la evaluada, o por enfermedades profesionales contraídas como consecuencia del trabajo realizado en una entidad empleadora distinta de la evaluada, cualquiera fuese la fecha del diagnóstico o del dictamen de incapacidad.

Estas incapacidades y muertes deberán considerarse en la evaluación de la entidad empleadora en que ocurrió el accidente del trabajo o se contrajeron las enfermedades profesionales, siempre que ello haya ocurrido dentro de los cinco años anteriores al 1° de julio del año en que se efectúe el Proceso de Evaluación.

- c. Las incapacidades y muertes causadas por accidentes del trabajo ocurridos en la entidad empleadora evaluada o enfermedades profesionales contraídas en la misma, con anterioridad a los 5 años previos al 1° de julio del año en que se efectúa el Proceso de Evaluación [letra a) del artículo 2°].

Para los efectos establecidos en los literales b y c precedentes, las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez y las Mutualidades de Empleadores, en las resoluciones en que fijen el grado de incapacidad de origen profesional, deberán dejar constancia de la fecha en que se produjo el accidente del trabajo o se contrajo la enfermedad profesional y la identificación de la entidad empleadora en la que laboraba el trabajador a dicha data. En caso que no se precise la fecha en que se contrajo la enfermedad, se entenderá que ésta corresponde a la data del inicio de la incapacidad permanente, siempre que a esa fecha el trabajador se desempeñe en una entidad empleadora en que esté o haya estado expuesto al agente de riesgo causante de la enfermedad.

Asimismo, en aquellos casos en que se configuren incapacidades múltiples, deberá quedar claramente establecido el grado de incapacidad que corresponde a cada una.

Lo anterior resulta necesario para efectos del cálculo de la siniestralidad efectiva que determinará la cotización adicional que corresponda a cada entidad empleadora.

## **2. Entidad Empleadora**

Se entenderá por entidad empleadora a toda empresa, institución, servicio o persona que proporcione trabajo.

## **3. Período Anual**

Es el lapso de doce meses comprendidos entre el 30 de junio de un año y el 1° de julio del año precedente, esto es, desde el 1° de julio de un año hasta el 30 de junio del año siguiente.

Para los efectos de esta circular, se entenderá como primer período anual, el inmediatamente anterior al 1° de julio del año en que se realiza el proceso de evaluación.

## **4. Período de Evaluación**

Corresponde a los tres Períodos Anuales inmediatamente anteriores al 1° de julio del año en que se realice la evaluación.

Tratándose de entidades empleadoras que hubieren estado afectas al Seguro de la Ley N° 16.744 por menos de tres y más de dos períodos anuales, se considerarán sólo dos Períodos Anuales, siempre que éstos correspondan a los dos más próximos al inicio del proceso de evaluación.

## **5. Proceso de Evaluación**

Proceso mediante el cual las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Mutualidades de Empleadores, determinan la magnitud de la siniestralidad efectiva de una entidad empleadora durante el Período de Evaluación.

## **6. Promedio Anual de Trabajadores**

El Promedio Anual de Trabajadores será el que resulte de la suma del número de trabajadores, con remuneración sujeta a cotización, o con subsidio por incapacidad laboral, de cada uno de los meses de un Período Anual, dividida por doce y expresado con dos decimales, elevando el segundo de éstos al valor superior si el tercer decimal es igual o superior a cinco y despreciando el tercer decimal si fuere inferior a cinco.

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.

En las situaciones que a continuación se señalan, el promedio anual de trabajadores se determinará conforme a las siguientes instrucciones:

- a. En los casos en que la entidad empleadora ha pagado o declarado las cotizaciones correspondientes, sin informar todos los meses el número de trabajadores por los que está cotizando, es decir, sin utilizar las planillas nominadas, las SEREMI de Salud o la Mutualidad según corresponda, deberán considerar “0” trabajador en los meses que se encuentren sin información.

No obstante, dicha situación podrá ser corregida con el envío de la planilla nominada de los meses correspondientes, dentro de los quince días siguientes a la fecha de recepción de la carta certificada a que se refiere el artículo 11 del citado D.S, N° 67. Mediante dicha carta, las SEREMI de Salud o las Mutualidades, deberán informar a esas entidades empleadoras, los meses que se ha considerado “0” trabajador y la razón de esa decisión.

- b. En aquellos casos en que no se informó el número de trabajadores mensuales durante todo un Período Anual y no se envió, en su oportunidad, la corrección establecida en el párrafo precedente, para efectos de no dejar indeterminadas las respectivas Tasas de Siniestralidad, al producirse una división por “0”, se deberá asignar un valor igual a “1” al promedio anual de trabajadores de dicho período.
- c. En los casos de entidades empleadoras que no hayan tenido movimiento durante uno o más meses de un Período Anual, es decir, no hayan tenido trabajadores afectos a la Ley 16.744, para efectos de la aplicación del D.S. N° 67, deberá considerarse que durante dicho período no han estado adheridas al seguro de la citada Ley.

Para la determinación del promedio anual de trabajadores, se deberá considerar la información consignada en la Planilla Mensual de Declaración y Pago de Cotizaciones, a que se refiere el inciso primero del artículo 9° del Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Dichas planillas, conforme a lo instruido, deben contener, entre otros, los siguientes antecedentes para cada uno de los trabajadores dependientes de las entidades empleadoras: R.U.T., nombre completo, y la remuneración imponible.

## **7. Día Perdido**

Es aquél en que el trabajador, conservando o no la calidad de tal, se encuentra temporalmente incapacitado debido a un accidente del trabajo o a una enfermedad profesional, sujeto a pago de subsidio, sea que éste se pague o no.

Los días en que el trabajador se encuentra con reposo parcial, se deberán computar como días perdidos.

Los organismos administradores para la determinación de la tasa de siniestralidad, deberán incluir todos los días perdidos sin exclusión. Lo anterior, no obsta al derecho de la entidad empleadora de reclamar ante esta Superintendencia, para que se rebaje de sus índices de siniestralidad los días perdidos que estime improcedentes, por ejemplo, fundamentado en que son consecuencia de un tratamiento inadecuado o insuficiente.

### **III. ENTIDADES EMPLEADORAS INCLUIDAS Y EXCLUIDAS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN**

#### **1. Entidades empleadoras y trabajadores excluidos permanentemente del Proceso de Evaluación**

No estarán afectas a la aplicación del proceso de evaluación establecido en el D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, ni a los procedimientos administrativos correspondientes, las entidades empleadoras que tengan contratados a un número máximo de dos trabajadores de casa particular y exclusivamente por éstos, ni los trabajadores independientes afiliados al Seguro Social de la Ley N° 16.744.

Dichas entidades y trabajadores mantendrán vigente la tasa de cotización adicional a que se encuentren afectas a la entrada en vigencia del Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo o Previsión Social o a la que se les aplique conforme a lo establecido en la letra b) del artículo 15 de la Ley N° 16.744, o en el artículo 15 del citado decreto.

#### **2. Entidades empleadoras sujetas a evaluación**

Sólo deberá evaluarse la siniestralidad efectiva en las entidades empleadoras que al 1° de julio del año en que se realice la evaluación, hayan estado adheridas a algún organismo administrador de la Ley N° 16.744 o tengan la calidad de Administradores Delegados, por un lapso que en conjunto abarque, al menos, dos Períodos Anuales consecutivos.

Las que no reúnan el tiempo mínimo indicado, continuarán sujetas a la tasa de cotización adicional a que estuvieren afectas, hasta el 31 de diciembre del año subsiguiente.

En este último caso, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Mutualidades de Empleadores deberán emitir una resolución fundada en que consten las causas por las que no procede la evaluación. Dicha resolución deberá ser notificada a través de una carta certificada a la correspondiente entidad empleadora, a más tardar en septiembre del año en que se realice la evaluación.

Si una entidad empleadora deriva de otra que podría ser evaluada y de la cual tenía carácter de sucursal o dependencia, será evaluada si mantiene la misma actividad, considerando los antecedentes estadísticos de los tres períodos anteriores al 1° de julio del año respectivo, correspondientes a esta última entidad.

Lo anterior también resulta aplicable en aquellos casos en que una entidad empleadora es sucesora legal de una anterior que se extingue, en cuanto la continuadora legal desarrolle el mismo proceso productivo, la misma actividad y se encuentre, por tanto, expuesta a los mismos riesgos que su antecesora.

Para efecto de lo establecido en los dos párrafos precedentes, la entidad empleadora deberá acompañar los antecedentes legales pertinentes y solicitar su análisis al organismo administrador.

#### **IV. PROCESO DE EVALUACIÓN**

##### **1. Inicio del Proceso**

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Mutualidades de Empleadores evaluarán cada dos años la siniestralidad efectiva ocurrida en las respectivas entidades empleadoras en el Período de Evaluación. Dicho proceso se realizará durante el segundo semestre del año calendario en que corresponda efectuarla.

Respecto de las entidades empleadoras afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral - incluidas las Empresas con Administración Delegada -, la evaluación que realicen las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud se hará teniendo en cuenta el informe emitido por dicho Instituto en que éste proponga la tasa de cotización a aplicar y contenga los antecedentes en que se funde.

Para la emisión del informe por parte del aludido Instituto, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud proporcionarán a aquél, semestralmente, la información respecto del número de días de subsidio otorgados por ellos conforme a la Ley N°16.744, desglosado por entidad empleadora y dentro de ésta por trabajador, indicando en cada caso el período a que corresponde cada subsidio. La información anterior deberá incluir la correspondiente a las Empresas con Administración Delegada.

##### **2. Carta y antecedentes a remitir a las entidades empleadoras**

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Mutualidades de Empleadores remitirán por carta certificada a las respectivas entidades empleadoras, o por carta entregada personalmente al representante legal de ellas, a más tardar en septiembre del año en que se realice la evaluación, el Promedio Anual de Trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el Período de Evaluación hubieren sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional. La nómina señalará respecto de cada trabajador, el número de días perdidos, las muertes y los grados de invalideces, según corresponda. Asimismo, en el evento que en el Período de Evaluación hubieren ocurrido una o más muertes por accidentes del trabajo en que se haya determinado que se originaron por falta de prevención de la entidad empleadora, deberán informar a ésta que dicha circunstancia generará el aumento de la tasa de cotización adicional determinada en el Proceso de Evaluación, a la tasa inmediatamente superior de la tabla contenida en el artículo 5° del citado D.S. N° 67.

Además, en dicha carta las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Mutualidades deberán informar a las entidades empleadoras respecto del inicio del Proceso de Evaluación y requerirles el envío, antes del 31 de octubre siguiente, de los antecedentes que correspondan.

La carta a la que se hace referencia en los párrafos anteriores, deberá confeccionarse de acuerdo a los formatos de los Anexos N°s. 1 a 8, de esta circular.

Al respecto, cabe precisar que la carta dirigida a las entidades adheridas a una Mutualidad de Empleadores, que podrían acceder a la exención o rebaja de su cotización adicional,

deberá elaborarse de acuerdo a los modelos contenidos en los anexos N°s. 5 y 6 de esta circular, dependiendo de si se encuentran al día o no en el pago de las cotizaciones del Seguro de la Ley N° 16.744, según los registros del organismo administrador.

En el caso de entidades empleadoras afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, deberá utilizarse el formato del Anexo N° 7, cuando no se tenga información respecto del pago de las cotizaciones y el Anexo N° 8, cuando se disponga de información sobre los períodos con cotizaciones adeudadas.

Respecto de las entidades empleadoras que se encuentren adheridas a una Mutualidad de Empleadores, su domicilio será para estos efectos el que hubieran señalado en su solicitud de ingreso a aquella, a menos que posteriormente hubiesen designado uno nuevo en comunicación especialmente destinada al efecto.

Con el objeto de que las cartas certificadas que se dirijan a las entidades empleadoras lleguen efectivamente a destino, deberá considerarse como comunicación especial de domicilio la contenida en la última planilla de declaración y/o pago de cotizaciones.

También deberán enviarse al domicilio consignado en la última planilla de declaración y/o pago de cotizaciones, las cartas dirigidas a las entidades empleadoras afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral.

### **3. Rectificación de antecedentes**

Las entidades empleadoras dispondrán de un plazo de 15 días contados desde la recepción de la carta certificada o de la notificación personal, en que se les haya proporcionado los antecedentes a que se refiere el punto anterior, para solicitar la rectificación de errores de hecho detectados en ellos. Para estos efectos, se entenderá que la carta certificada ha sido recibida al tercer día de su recepción por la Oficina de Correos de Chile.

### **4. Dictámenes de la Superintendencia**

Para la determinación de la Tasa de Siniestralidad Total que servirá de base para fijar la cotización adicional por siniestralidad efectiva, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Mutualidades de Empleadores, deberán actualizar la información respectiva considerando los dictámenes de esta Superintendencia que incidan en ella y que se hubieren emitido hasta el 31 de octubre del año en que se realice el Proceso de Evaluación. Para tales efectos, el Instituto de Seguridad Laboral y las Mutualidades de Empleadores deberán formar un archivo separado con los dictámenes de esta Superintendencia que pudieren incidir en la materia.

### **5. Determinación de las Tasas de Siniestralidad**

El artículo 2° del D.S. N° 67, define las tasas a considerar para determinar la siniestralidad efectiva de una entidad empleadora. Ellas son:

#### **5.1. Tasa de Siniestralidad Total**

La magnitud de la siniestralidad efectiva existente en la entidad empleadora se medirá en función de la Tasa de Siniestralidad Total, que corresponde a la suma de la Tasa Promedio de Siniestralidad por Incapacidades Temporales y de la Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muertes.

## 5.2. Tasa promedio de Siniestralidad por Incapacidades Temporales

Es el promedio de las Tasas de Siniestralidad por Incapacidades Temporales de los Períodos Anuales considerados en el Período de Evaluación, expresado sin decimales, elevado al entero inmediatamente superior si el primer decimal es igual o superior a cinco y despreciando el primer decimal si fuere inferior a cinco.

A su vez, las Tasas de Siniestralidad por Incapacidades Temporales, corresponden al cociente entre el total de Días Perdidos en un Período Anual y el Promedio Anual de Trabajadores, multiplicado por cien y expresado con dos decimales, elevando el segundo de éstos al valor superior si el tercer decimal es igual o superior a cinco y despreciando el tercer decimal si fuere inferior a cinco.

## 5.3. Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muertes

Es el valor que según la tabla del literal b. siguiente, corresponde al promedio de Factores de Invalideces y Muertes considerados en el Período de Evaluación.

Para efecto de determinar esta tasa, los organismos administradores de la Ley N° 16.744, deberán llevar un registro por empresa de todos los trabajadores fallecidos producto de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales y de aquéllos que por las mismas causales se les haya dictaminado alguna incapacidad permanente de un 15% o más, indicando el grado de invalidez decretado.

Para el cálculo de la Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muertes, deberán observarse las siguientes reglas:

- a. Se deberán considerar todas aquellas invalideces declaradas por primera vez en el Período de Evaluación, siempre que sean iguales o superiores al 15%, es decir, se considerarán las incapacidades permanentes que a lo menos den derecho a indemnización, y
- b. Para cada Período Anual considerado en el Período de Evaluación, se asignará a cada incapacidad, según su grado, el valor que le corresponda de acuerdo con la siguiente tabla:

**TABLA N° 1<sup>1</sup>**

<b>Grado de invalidez</b>	<b>Valor</b>
15,0% a 25,0%	0.25
27,5% a 37,5%	0.50
40,0% a 65,0%	1.00
70,0% o más	1.50
Gran Invalidez	2.00
Muerte	2.50

- c. Luego, se suman los valores correspondientes a todas las incapacidades permanentes y muertes de cada Período Anual y el resultado se multiplica por cien y se divide por el Promedio Anual de Trabajadores. El factor que se obtiene se denomina “Factor de Invalideces y Muertes”, y debe expresarse con dos

<sup>1</sup> Valores establecidos en los N°s. 1, y 2, de la letra j) del artículo 2° del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

decimales, elevando el segundo de éstos al valor superior si el tercer decimal es igual o superior a cinco y despreciando el tercer decimal si fuere inferior a cinco.

- d. A continuación, se promedian los Factores de Invalideces y Muertes de los Períodos Anuales considerados en el Período de Evaluación y el valor resultante, se expresa con dos decimales, elevando el segundo de éstos al valor superior si el tercer decimal es igual o superior a cinco y despreciando el tercer decimal si fuere inferior a cinco.
- e. Una vez obtenido el Promedio de Factores de Invalideces y Muertes del Periodo de Evaluación, se determina la Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muertes, que corresponda de acuerdo con la siguiente tabla:

**TABLA N° 2<sup>2</sup>**

Promedio de Factores de Invalideces y Muertes	Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muertes
0,00 a 0,10	0
0,11 a 0,30	35
0,31 a 0,50	70
0,51 a 0,70	105
0,71 a 0,90	140
0,91 a 1,20	175
1,21 a 1,50	210
1,51 a 1,80	245
1,81 a 2,10	280
2,11 a 2,40	315
2,41 a 2,70	350
2,71 y más	385

## **6. Efecto de las variaciones de las incapacidades permanentes**

### **6.1. Aumento del grado de incapacidad por un mismo siniestro**

#### **6.1.1. Durante la relación laboral con el mismo empleador**

En caso de aumento del grado de incapacidad, se considerará en el respectivo Periodo Anual el nuevo grado de invalidez y al valor que le corresponda en la tabla pertinente, deberá descontarse el valor correspondiente a la invalidez computada en un Periodo Anual anterior, sea éste del mismo Proceso de Evaluación o de uno anterior.

<sup>2</sup> Tabla establecida en el N° 4, letra j) del artículo 2° del citado D.S. N° 67.

### **6.1.2. Durante la relación laboral con otro empleador**

Si el aumento del grado de incapacidad se produjere cuando el trabajador se desempeña en una entidad empleadora distinta de aquella en la que ocurrió el siniestro, dicho aumento deberá considerarse en la evaluación de esta última siempre que el siniestro se hubiese producido dentro de los cinco años anteriores al 1° de julio del año de la evaluación.

## **6.2. Aumento del grado de incapacidad por nuevos siniestros**

### **6.2.1. Durante la relación laboral con el mismo empleador**

Si el aumento del grado de incapacidad se produce por nuevos siniestros de origen profesional, ocurridos en una misma entidad empleadora, será aplicable lo señalado en el punto 6.1.1.

### **6.2.2. Durante la relación laboral con otro empleador**

Si el aumento del grado de incapacidad se produzca como consecuencia de un nuevo siniestro de origen profesional ocurrido en una entidad empleadora distinta a aquélla en que se originó la anterior incapacidad, el grado de invalidez profesional a considerar será el que resulte de la diferencia entre el nuevo grado de invalidez y el grado de invalidez anterior.

#### **Ejemplo:**

En el Proceso de Evaluación del año 2015, a un trabajador se le ha dictaminado una incapacidad permanente con un grado de invalidez del 27,5%, durante el segundo semestre del año 2014. Este trabajador se cambia de trabajo durante el primer semestre del año 2015 y en la nueva entidad empleadora le ocurre otro accidente del trabajo en el mes de febrero de ese año y en el transcurso de ese semestre se le asigna una incapacidad del 50%.

En la primera entidad empleadora se deberá considerar, para el cálculo de la Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muertes, el valor 0,50, que corresponde al grado de invalidez 27,5%, dictaminado producto del primer accidente. En la segunda entidad empleadora, se deberá considerar el segundo accidente, es decir, sólo la diferencia entre los dos grados de invalidez dictaminados ( $50\% - 27,5\% = 22,5\%$ ), grado al que le corresponde el valor de 0,25 de la Tabla N° 1.

## **6.3. Muerte con evaluación previa de incapacidad permanente**

El inciso final del artículo 3° dispone que la muerte se considerará siempre que no hubiere mediado una declaración de invalidez igual o superior al 15%, derivada del siniestro que la causó. Por consiguiente, no procede computar la muerte cuando en relación al siniestro que la causó, ha habido una evaluación previa de Incapacidad de 15% o más, caso en el cual debe considerarse sólo el valor correspondiente a la invalidez en el Periodo Anual en que se declaró.

#### **Ejemplo:**

En una entidad empleadora, un trabajador ha sufrido un accidente del trabajo producto del cual se le dictamina un grado de invalidez del 70%, durante el primer Periodo Anual a considerar para un determinado Proceso de Evaluación. Durante el Periodo Anual siguiente el trabajador muere a causa de ese siniestro. Esta muerte no

deberá considerarse en el cálculo de la Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muertes de dicha entidad empleadora. Sólo deberá considerarse en el primer Periodo Anual, el grado de invalidez dictaminado de un 70%, asignándole el valor 1,50.

#### **7. Determinación de la Tasa de Cotización Adicional por Siniestralidad Efectiva**

Una vez calculada la Tasa de Siniestralidad Total se determinará la Tasa de Cotización Adicional conforme a la siguiente tabla:

**TABLA N° 3<sup>3</sup>**

Tasa de Siniestralidad Total	Cotización Adicional (%)
0 a 32	0.00
33 a 64	0.34
65 a 96	0.68
97 a 128	1.02
129 a 160	1.36
161 a 192	1.70
193 a 224	2.04
225 a 272	2.38
273 a 320	2.72
321 a 368	3.06
369 a 416	3.40
417 a 464	3.74
465 a 512	4.08
513 a 560	4.42
561 a 630	4.76
631 a 700	5.10
701 a 770	5.44
771 a 840	5.78
841 a 910	6.12
911 a 980	6.46
981 y más	6.80

En el evento que en el Periodo de Evaluación hubieren ocurrido una o más muertes por accidentes del trabajo, el organismo administrador que corresponda deberá investigar la causa del o los siniestros y si ellos se hubieren originado por falta de prevención por parte de la entidad empleadora, la tasa de cotización adicional determinada se elevará al porcentaje inmediatamente superior de la tabla precedente.

<sup>3</sup> Tabla contenida en el artículo 5° del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Las citadas investigaciones deberán efectuarse inmediatamente después de ocurrido el accidente, de modo que permita utilizar oportunamente dicha información en el Proceso de Evaluación.

## **8. Requisitos para acceder a exenciones y rebajas de la cotización adicional. Difusión**

De acuerdo con el artículo 8° del citado D.S. N° 67, para acceder a exenciones y rebajas de la cotización adicional, las entidades empleadoras deben acreditar ante el Instituto de Seguridad Laboral o la Mutualidad de Empleadores que corresponda, a más tardar al 31 de octubre del año en que se realice el Proceso de Evaluación, el cumplimiento de los siguientes requisitos, que le fueren exigibles.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, las entidades empleadoras que no den cumplimiento a lo requerido en el párrafo anterior y que lo hagan con posterioridad, pero antes del 1° de enero del año siguiente, tendrán derecho a que la tasa de cotización adicional, determinada en el proceso de evaluación, se les aplique a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquél en que hayan acreditado el cumplimiento de todos los requisitos y hasta el 31 de diciembre del año siguiente.

### **8.1. Requisito de la letra a) del artículo 8° del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social**

De conformidad con lo dispuesto en la letra a) del artículo 8° del D.S. 67, antes citado, para acceder a la rebaja o exención de su cotización adicional diferenciada, las entidades empleadoras deben hallarse al día en el pago de las cotizaciones del Seguro de la Ley N° 16.744.

Se entiende que se encuentra al día, la entidad empleadora que ha pagado hasta las cotizaciones correspondientes a las remuneraciones del mes de junio del año en que se efectúa el proceso de evaluación.

En relación a este requisito, corresponde que los organismos administradores verifiquen su cumplimiento. Sin embargo, dichos organismos sólo podrán requerir a las entidades empleadoras acreditar el pago de las cotizaciones que, según sus registros, se encuentren impagas.

El Instituto de Seguridad Laboral verificará si la entidad empleadora afiliada se encuentra al día en el pago de las cotizaciones, al momento que ésta se presente a acreditar los restantes requisitos que le fueren exigibles.

Cuando una entidad empleadora se hubiere cambiado de organismo administrador, el nuevo organismo, deberá requerir al anterior los antecedentes necesarios para la aplicación de las disposiciones del citado D.S. N° 67, incluyendo la información relativa a la existencia de cotizaciones adeudadas, precisando, en caso afirmativo, a cuáles meses corresponden.

Las entidades empleadoras que no se encuentren al día en el pago de las cotizaciones, para efectos de la rebaja o exención de su cotización adicional, podrán pagar las cotizaciones adeudadas hasta el 31 de diciembre del año en que se efectúa el proceso de evaluación.

Quienes paguen las cotizaciones adeudadas con posterioridad al 31 de octubre y hasta el 31 de diciembre, tendrán derecho a que la rebaja o exención se les aplique a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquél en que hayan efectuado la

acreditación de todos los requisitos que les fueren exigibles, siempre que lo hagan antes del 1° de enero del año siguiente.

## **8.2. Requisito de la letra b) del artículo 8° del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social**

Las entidades empleadoras deberán acreditar además, cuando proceda, tener en funcionamiento el o los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad, con arreglo a las disposiciones del D.S. N°54, de 1969, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Para estos efectos, las entidades empleadoras deberán remitir copia de las actas de constitución de todos los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad que se hayan constituido por primera vez, o renovado, en los dos últimos Períodos Anuales, y una declaración jurada ante Notario, efectuada por el representante legal de la entidad empleadora, suscrita también por los miembros de dichos Comités, en que se certifique el funcionamiento del o de los Comités Paritarios (Se adjunta modelo de declaración jurada en el Anexo N° 11)

## **8.3. Requisito de la letra c) del artículo 8° del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social**

Las entidades empleadoras deberán acreditar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los Títulos III, V y VI del Decreto Supremo N°40, de 1969, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, durante los últimos dos Períodos Anuales del Proceso de Evaluación.

En lo que se refiere al Título III del citado D.S. N° 40, la entidad empleadora deberá, cuando corresponda, presentar informe, carta, declaración simple o jurada ante Notario, efectuada por el representante legal, en la que se indique: la fecha a contar de la cual la entidad empleadora ha contratado al experto en prevención de riesgos, la categoría a la cual pertenece, el número de registro del experto en el Servicio de Salud o la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente y el número de jornadas por las cuales está contratado (Se adjunta modelo de declaración simple en el Anexo N° 10).

Para acreditar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en los Títulos V (Reglamento interno) y VI (Obligación de informar los riesgos laborales) del D.S. N° 40, de 1969, la entidad empleadora deberá presentar informe, carta, declaración simple o jurada ante Notario, efectuada por el representante legal, en la que se indique que ésta mantiene vigente el Reglamento Interno de Seguridad e Higiene y que ha cumplido con la obligación de informar a todos sus trabajadores acerca de los riesgos de sus labores, durante los periodos antes citados (Se adjunta modelo de declaración simple en el Anexo N° 9).

Los modelos o formatos de declaración que se adjuntan a esta circular, podrán ser adaptados por los organismos administradores, según las características de las entidades empleadoras, con el objetivo de facilitar la comprensión, por parte de estas últimas, de los requisitos que deben acreditar.

Estos formatos se podrán adjuntar a las cartas que se envíen a las entidades empleadoras que podrían acceder a una rebaja o exención de su tasa de cotización adicional. En todo caso, dichos modelos de declaración deberán estar disponibles en el sitio web de los respectivos organismos administradores.

## **8.4. Difusión de los requisitos para acceder a rebaja o exención de la cotización adicional diferenciada**

### **8.4.1. Habilitación de un banner en los sitios web de los organismos administradores**

Desde el 1° de mayo y hasta el 31 de diciembre de los años en que se realice el proceso de evaluación por siniestralidad efectiva, los organismos administradores deberán habilitar en un lugar visible y destacado de la página de inicio de sus respectivos sitios web, un banner que esta Superintendencia pondrá a disposición, denominado “Cotización Adicional. Requisitos para acceder a la rebaja o exención”, el que estará direccionado a una página de este Servicio.

Además, los organismos administradores deberán poner a disposición de cada una de sus entidades empleadoras, en su sitio WEB, la información utilizada para determinar su tasa de siniestralidad total, tomando las medidas necesarias para resguardar la confidencialidad de estos antecedentes.

### **8.4.2. Envío de un correo electrónico a las entidades empleadoras**

A partir del mes de septiembre del año en que se realice el referido proceso de evaluación, los organismos administradores deberán remitir un correo electrónico masivo a sus entidades empleadoras adherentes o afiliadas, con el link a la información del banner que esta Superintendencia ha puesto a disposición conforme a lo instruido precedentemente.

El texto de dicho correo debe ser confeccionado por cada organismo administrador. En él deberá precisar, a lo menos, que a través del link que se adjunta se podrá acceder a información sobre el inicio del proceso de evaluación y los requisitos que deben acreditar las entidades empleadoras que de acuerdo a su siniestralidad efectiva, pueden rebajar o quedar exentos de la cotización adicional.

## **9. Notificaciones**

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud o las Mutualidades de Empleadores notificarán por carta certificada dirigida al domicilio de la entidad empleadora o personalmente al representante legal de la misma, durante el mes de noviembre del año en que se realice la evaluación, la resolución mediante la cual hayan fijado la cotización adicional a la que quedarán afectas y les remitirán todos los antecedentes que hayan considerado para el cálculo de la Tasa de Siniestralidad Total.

Se instruye a los organismos administradores para que adopten las medidas tendientes a que las comunicaciones que remitan a las entidades empleadoras a través de todo el Proceso de evaluación lleguen efectivamente a su destino, a fin de que aquéllas, en la práctica, puedan proporcionar los antecedentes que se requieran y/o hacer las aclaraciones que corresponda.

Asimismo, para la procedencia de la exención o rebaja de la cotización adicional, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Mutualidades notificarán a las entidades empleadoras que no cumplan con alguno de los requisitos a que se refiere el artículo 8°, la resolución que señale cuál es el requisito no cumplido, indicándole que

podrán acreditar su cumplimiento antes del 1° de enero siguiente para los efectos de acceder a la rebaja de la cotización en los términos señalados en el punto 8.

Si se hubiere notificado por carta certificada, se tendrá como fecha de notificación el tercer día de recibida dicha carta en la oficina de la Empresa de Correos de Chile.

#### **10. Recursos de Reconsideración y Reclamación**

En contra de las resoluciones que fijen la tasa de cotización adicional procederá el recurso de reconsideración, el que deberá interponerse ante la Secretaría Regional Ministerial de Salud o la Mutualidad que emitió la resolución, dentro de los quince días siguientes a su notificación, señalando las razones en que se fundamente. Dicho recurso deberá resolverse dentro de los treinta días siguientes a su interposición.

Se hace presente que dicho recurso podrá fundarse en cualquier causal que permita acreditar que la cotización adicional ha sido erróneamente determinada.

Lo anterior, es sin perjuicio del recurso de reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social, establecido en el inciso tercero del artículo 77 de la Ley N°16.744. La Superintendencia podrá solicitar, si lo estima pertinente, informe de la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente, la que deberá informar en el plazo de quince días.

Si se solicitare la reconsideración, el plazo de 90 días hábiles para interponer la reclamación correrá desde la notificación de la resolución en que la SEREMI de Salud o Mutualidad, según corresponda, se pronuncie sobre la reconsideración.

#### **11. Recálculo de las Tasas de Cotización Adicional Diferenciada**

En el caso de recursos cuya resolución no haya alcanzado a ser considerada en la fijación de la tasa de Cotización Adicional y que incidan en el Período de Evaluación, la SEREMI de Salud o la Mutualidad de Empleadores, según corresponda, deberá proceder a efectuar en su oportunidad el recálculo pertinente, fijando la nueva tasa con la misma vigencia de la tasa original y notificando de ello a la entidad empleadora. Igual recálculo procederá al momento de resolverse reconsideraciones o reclamaciones deducidas en contra de las resoluciones que fijen las tasas de cotización adicional.

Las diferencias de cotización producto del recálculo se restituirán o integrarán, según corresponda, durante el mes siguiente al de la notificación respectiva, sin reajustes, ni intereses, ni multas.

#### **12. Vigencia de la cotización adicional por siniestralidad efectiva**

La tasa de cotización adicional regirá a contar del 1° de enero del año siguiente al del respectivo Proceso de Evaluación y hasta el 31 de diciembre del año subsiguiente al de dicho proceso, es decir, tendrán una vigencia de dos años.

Ello, no obstante la existencia de recursos pendientes en contra de las resoluciones que han fijado dichas cotizaciones, los que una vez resueltos podrían dar origen a su recálculo.

La resolución que fije la cotización adicional a la que quedará afecta la entidad empleadora deberá indicar el plazo de vigencia de la cotización fijada, los recursos que proceden en su contra, los plazos en que se pueden interponer y las entidades llamadas a resolverlos.

## **V. RECARGOS DE LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL POR INCUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD, PREVENCIÓN E HIGIENE**

### **1. Causales para la aplicación del Recargo**

El artículo 15 del D.S. N° 67, dispone que las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Mutualidades de Empleadores, de oficio o por denuncia del Instituto de Seguridad Laboral, cuando corresponda, del Comité Paritario de Higiene y Seguridad, de la Dirección del Trabajo, del Servicio Nacional de Geología y Minería, de la Dirección del Territorio Marítimo y Marina Mercante o de cualquier persona, podrán además imponer recargos de hasta un 100% de las tasas de cotización adicional establecidas de acuerdo con lo dispuesto en la letra b) del artículo 15 de la Ley N° 16.744, en virtud de las siguientes causales:

- a. La sola existencia de condiciones inseguras de trabajo;
- b. La falta de cumplimiento de las medidas de prevención exigidas por los respectivos Organismos Administradores del Seguro o por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, correspondiente;
- c. La comprobación del uso en los lugares de trabajo de las sustancias prohibidas por la autoridad sanitaria o por alguna autoridad competente, mediante resolución o reglamento;
- d. La comprobación que la concentración ambiental de contaminantes químicos ha excedido los límites permisibles señalados por el reglamento respectivo, sin que la entidad empleadora haya adoptado las medidas necesarias para controlar el riesgo dentro del plazo que le haya fijado el organismo competente, y
- e. La comprobación de la existencia de agentes químicos o de sus metabolitos en las muestras biológicas de los trabajadores expuestos, que sobrepasen los límites de tolerancia biológica, definidos en la reglamentación vigente, sin que la entidad empleadora haya adoptado las medidas necesarias para controlar el riesgo dentro del plazo que le haya fijado el organismo competente.

Los recargos por las causales anteriores se impondrán sin perjuicio de las demás sanciones que correspondan conforme con las disposiciones legales vigentes. En todo caso, los recargos deben guardar relación con la magnitud del incumplimiento y con el número de trabajadores de la entidad empleadora afectada con el respectivo incumplimiento.

### **2. Vigencia de los Recargos**

Los recargos regirán a contar del 1° del mes siguiente al de la notificación de la respectiva resolución y subsistirán mientras la entidad empleadora no justifique ante la Secretaría Regional Ministerial de Salud o Mutualidad a la que se encuentra adherida, que cesaron las causas que los motivaron. Para este último efecto, la entidad empleadora deberá comunicar por escrito a la entidad competente las medidas que ha adoptado. La Secretaría Regional Ministerial de Salud o la Mutualidad, según corresponda, emitirá y notificará la resolución que deje sin efecto el recargo de la cotización adicional.

Cuando la entidad empleadora se haya cambiado de organismo administrador con posterioridad a la aplicación del recargo por incumplimiento de las medidas de seguridad, prevención e higiene, deberá justificar ante el nuevo organismo administrador que cesaron las causas que motivaron el recargo y será éste quien deberá emitir la resolución que lo deje sin efecto.

En todo caso, estos recargos subsistirán hasta dos meses después de haberse acreditado que cesaron las causas que le dieron origen. Para estos efectos, dicho plazo se contará a partir de la fecha en que la Secretaria Regional Ministerial de Salud o Mutualidad, reciba la comunicación escrita de la entidad empleadora respecto de las medidas adoptadas.

### **3. Límite máximo de la Cotización Adicional**

Las variaciones que experimente la cotización adicional de una entidad empleadora como consecuencia de la evaluación de su siniestralidad efectiva, no afectará al recargo impuesto por incumplimiento de las medidas de seguridad, prevención e higiene, conforme al artículo 15 del D.S. N° 67. Aquella cotización se sumará a este recargo, pero si la suma excede el 6,8% se rebajará dicho recargo hasta alcanzar ese porcentaje. En caso que la sola cotización adicional por siniestralidad efectiva alcance al 6,8%, quedará sin efecto el recargo impuesto de acuerdo con el artículo 15.

## **VI. CAMBIO DE ORGANISMO ADMINISTRADOR**

Las entidades empleadoras no podrán cambiar de organismo administrador durante el segundo semestre del año en que se realice el Proceso de Evaluación.

Las entidades empleadoras a las que, como resultado de dicho Proceso de Evaluación, se les haya recargado la tasa de Cotización Adicional a tasas superiores a las que les corresponderían de conformidad con lo dispuesto en la letra b) del artículo 15 de la Ley N° 16.744, no podrán cambiarse de organismo administrador entre el 1° de enero y el 31 de marzo del año siguiente al del Proceso de Evaluación. Esta restricción no afectará a las entidades empleadoras cuando el recargo obedezca al incumplimiento de las medidas de seguridad, prevención e higiene.

Cuando una entidad empleadora cambie de organismo administrador, el anterior organismo administrador deberá proporcionar al nuevo, los antecedentes estadísticos necesarios para el siguiente Proceso de Evaluación y la tasa de cotización adicional a que se encuentra afecta. Para estos efectos, el nuevo organismo deberá solicitar dichos antecedentes dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha de aceptación de la adhesión, y en el caso del Instituto de Seguridad Laboral, desde cuando tome conocimiento de la afiliación de una entidad empleadora, debiendo el anterior organismo proporcionarlos dentro de los treinta días siguientes al requerimiento.

## **VII.VIGENCIA**

La presente circular entrará en vigencia a contar de la fecha de su publicación y quedarán derogadas a partir de entonces, las Circulares N°s. 1.796, 1.800, 1.807, 1.822, 1.920, 1.928, 1.934, 1.973, 1.989, 2.065, 2.068, 2.529 y 3.127, de esta Superintendencia.

Se solicita a usted arbitrar las medidas necesarias para dar estricto cumplimiento a las presentes instrucciones

Saluda atentamente a Usted,

**CLAUDIO REYES BARRIENTOS**  
**SUPERINTENDENTE**

### **DISTRIBUCIÓN**

Adjunta 11 Anexos

- Mutualidades de Empleadores
- Instituto de Seguridad Laboral
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
- Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez
- Fiscalía
- Departamento de Regulación
- Departamento de Supervisión y Control
- Departamento Contencioso Administrativo
- Oficina de Partes
- Archivo Central



Logo  
Organismo  
Administrador

**ANEXO N° 1**  
**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 Mutualidad**

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que deberá pagar al/el (Nombre de la **Mutualidad**), además de las tasas de cotización básica y extraordinaria, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20\_\_ y el 31 de diciembre de 20\_\_.

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 20\_\_ y 30 de junio de 20\_\_ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Se les hace presente que Uds. **pueden solicitar, en esta Mutualidad, la rectificación de los errores de hecho**, en caso que se hubiesen incurrido en la nómina adjunta, para lo cual **disponen 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.

Asimismo, efectuada la investigación del o de los accidente(s) con resultado de muerte que afectó o afectaron a ...(Nombre del o de los trabajadores fallecidos) se ha aplicado el inciso final del artículo 5° del citado D.S. 67.

Los antecedentes con que cuenta esta Mutualidad han permitido 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 .....%**.



Logo  
Organismo  
Administrador

## ANEXO N° 2

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

En ..... a ..... de .....de 20\_\_.

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

Señores

#### **Empresa No adherida a Mutualidad**

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que deberá pagar al **Instituto de Seguridad Laboral** (ex-INP), además de las tasas de cotización básica y extraordinaria, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20\_\_ y el 31 de diciembre de 20\_\_.

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 20\_\_ y 30 de junio de 20\_\_ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Se les hace presente que Uds. **pueden solicitar**, a esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, **en la sucursal del Instituto de Seguridad Laboral (ISL) más cercana a su empresa, la rectificación de los errores de hecho**, en caso que se hubiesen 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.

Asimismo, efectuada la investigación del o de los accidente(s) con resultado de muerte que afectó o afectaron a ...(Nombre del o de los trabajadores fallecidos) se ha aplicado el inciso final del artículo 5° del citado D.S. 67.

Los antecedentes con que cuenta esta SEREMI y el ISL han permitido 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 .....%.**

Ante cualquier duda consulte en la sucursal del ISL (ex-INP) más cercana a su domicilio, o en su página WEB: [www.isl.gob.cl](http://www.isl.gob.cl), o al 800 202500.

**SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD**



### ANEXO N° 3

## 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:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que deberá pagar a esta **Mutualidad**, además de las tasas de cotización básica y extraordinaria, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20\_\_ y el 31 de diciembre de 20\_\_.

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 20\_\_ y 30 de junio de 20\_\_ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Se les hace presente que Uds. **pueden solicitar**, a esta Mutualidad, **la rectificación de los errores de hecho**, en caso que se hubiesen 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.

Asimismo, efectuada la investigación del o de los accidente(s) con resultado de muerte que afectó o afectaron a ...(Nombre del o de los trabajadores fallecidos) se ha aplicado el inciso final del artículo 5° del citado D.S. 67.

Los antecedentes con que cuenta Mutualidad han permitido 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 .....%, a contar del 1° de enero de 20\_\_.**



Logo  
Organismo  
Administrador

## ANEXO N° 4

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN (Con recargo)

En ..... a ..... de .....de 20\_\_

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

Señores

#### **Empresa No adherida a Mutualidad**

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que deberá pagar al **Instituto de Seguridad Laboral** (ex-INP), además de las tasas de cotización básica y extraordinaria, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20\_\_ y el 31 de diciembre de 20\_\_.

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 20\_\_ y 30 de junio de 20\_\_ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Se les hace presente que Uds. **pueden solicitar**, a esta Secretaría Regional Ministerial de Salud **en la sucursal del Instituto de Seguridad Laboral (ISL) más cercana a su empresa, la rectificación de los errores de hecho**, en caso que se hubiesen 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.

Asimismo, efectuada la investigación del o de los accidente(s) con resultado de muerte que afectó o afectaron a ...(Nombre del o de los trabajadores fallecidos) se ha aplicado el inciso final del artículo 5° del citado D.S. 67.

Los antecedentes con que cuenta esta SEREMI y el ISL han permitido 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 .....%, a contar del 1° de enero de 20\_\_**.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal del ISL (ex-INP) más cercana a su domicilio, o en su página WEB: [www.isl.gob.cl](http://www.isl.gob.cl), o al 800 202500.

**SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD**



## ANEXO N° 5

### COMUNICA QUE SU EMPRESA PODRÍA ACCEDER A UNA REBAJA DE SU TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL LEY N°16.744

(Entidades empleadoras con cotizaciones al día. Indica requisitos a acreditar)

En Santiago, a ....de.... de 20..

REF: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva. D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Señores

Empresa adherente Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, proceso que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que sumada a las tasas de cotización básica y extraordinaria, deberá pagar a (Nombre de la Mutualidad), durante los años 20.. y 20....

Los antecedentes con que cuenta esta Mutualidad permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a la REBAJA de su tasa de cotización adicional de--% a --%, sólo si cumple los requisitos que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta la información relativa a la siniestralidad que su entidad empleadora registró durante el período de evaluación y que sirvió de base para el cálculo de la tasa de cotización adicional diferenciada.

Si dicha información presenta errores, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación de esta carta certificada, la cual se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. La solicitud de rectificación deberá presentarla a la agencia de esta Mutualidad más cercana.

1) **REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN (Señalar sólo los requisitos que debe cumplir)**

a. **HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744**

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad se encuentra al día en el pago de las cotizaciones hasta la correspondiente a las remuneraciones del mes de junio de 20....

**b. CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LOS TÍTULOS V Y VI DEL D.S. N° 40, DE 1969, DEL MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (Período: 1° de julio 20... al 30 de junio de 20...).**

Presentar un informe, carta o declaración simple o jurada suscrita ante notario por el 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 de sus labores durante el período citado.

**c. COMITÉ(S) PARITARIO(S) DE HIGIENE Y SEGURIDAD (Período: 1° de julio 20... al 30 de junio de 20...)**

1. Presentar copias de las actas de constitución de todos los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad que se hayan constituido por primera vez, o renovado, en el período, y
2. Presentar una declaración jurada ante notario suscrita por el representante legal de la empresa y por los miembros del o los Comités, que certifique el funcionamiento de los mismos durante el período citado.

**d. DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES (Período: 1° de julio 20... al 30 de junio de 20....)**

Presentar un informe, una carta o una declaración simple o jurada ante notario del representante legal, en que se 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 (profesional o técnico), el número de registro del Experto en el Servicio de Salud o la Seremi de Salud correspondiente, y el número de jornadas por las cuales está contratado.

**2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS**

De acreditarse el cumplimiento de los requisitos indicados hasta el 31 de octubre de 20..., la tasa rebajada comenzará a regir el 1° de enero de 20....

Si no pudiera acreditarlos en la fecha indicada, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20..., 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 al 31 de diciembre del presente año no haya acreditado el cumplimiento de los requisitos señalados, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada, aun cuando ello le corresponda conforme a su siniestralidad efectiva y mantendrá su actual tasa de cotización hasta la próxima evaluación.

La documentación requerida deberá presentarla en la sucursal de esta Mutual más cercana al domicilio de la entidad empleadora.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal de esta Mutual más cercana, o en su página WEB: [www.....](http://www.suseso.cl) o al teléfono .....

También encontrará información en [www.suseso.cl](http://www.suseso.cl).



Logo  
Organismo  
Administrador

## ANEXO N° 6

### COMUNICA QUE SU EMPRESA PODRÍA ACCEDER A UNA REBAJA DE SU TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL LEY N°16.744

(Entidades empleadoras sin cotizaciones al día. Indica requisitos a acreditar)

En Santiago, a ....de..... de 20...

**REF:** Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva. D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Señores  
Empresa Adherida a Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, proceso que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que sumada a las tasas de cotización básica y extraordinaria, deberá pagar a (Nombre de la **Mutualidad**), durante los años 20... y 20.....

Los antecedentes con que cuenta esta Mutualidad permiten determinar que esa entidad empleadora puede **acceder a la REBAJA de su tasa de cotización adicional de--% a --%**, sólo si **cumple los requisitos** que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta la información relativa a la siniestralidad que su entidad empleadora registró durante el período de evaluación y que sirvió de base para el cálculo de la tasa de cotización adicional diferenciada.

Si dicha información presenta errores, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación de esta carta certificada, la cual se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. La solicitud de rectificación deberá presentarla a esta Mutualidad, en la sucursal más cercana.

**1) REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN** (Señalar sólo los requisitos que debe cumplir)

a. **HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744**

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad **adeuda las cotizaciones** que se indican en el anexo Deuda.

Ud. tiene plazo para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago, acompañando copias de las planillas de declaración y pago correspondientes. Los plazos se señalan en el punto 2) de esta carta.

**b. CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LOS TÍTULOS V Y VI DEL D.S. N° 40, DE 1969, DEL MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (Período 1° de julio 20... al 30 de junio de 20...).**

Presentar un informe, carta o declaración simple o jurada suscrita ante notario por el 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.

**c. COMITÉ(S) PARITARIO(S) DE HIGIENE Y SEGURIDAD (Período: 1° de julio 20... al 30 de junio de 20...)**

1. Presentar copias de las actas de constitución de todos los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad que se hayan constituido por primera vez, o renovado, en el período y
2. Presentar una declaración jurada ante notario suscrita por el representante legal de la empresa y por los miembros del o los Comités, que certifique el funcionamiento de los mismos durante el período citado.

**d. DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES (Período: 1° de julio 20... al 30 de junio de 20....)**

Presentar un informe, una carta o una declaración simple o jurada ante notario del representante legal, en que se 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 (profesional o técnico), el número de registro del Experto en el Servicio de Salud o la Seremi de Salud correspondiente, y el número de jornadas por las cuales está contratado.

**2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS**

De acreditarse el cumplimiento de los requisitos indicados hasta el 31 de octubre de 20..., la nueva tasa rebajada comenzará a regir el 1° de enero de 20....

Si no pudiera acreditarlos en la fecha indicada, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20..., 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 al 31 de diciembre del presente año no haya acreditado el cumplimiento de los requisitos señalados, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada, aun cuando ello le corresponda conforme a su siniestralidad efectiva y mantendrá su actual tasa de cotización hasta la próxima evaluación.

La documentación requerida deberá presentarla en la sucursal de esta Mutual más cercana al domicilio de la entidad empleadora.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal de esta Mutual más cercana, o en su página WEB: [www.....](http://www.suseso.cl) o al teléfono .....

También encontrará información en [www.suseso.cl](http://www.suseso.cl).



## ANEXO N° 7

### COMUNICA QUE SU EMPRESA PODRÍA ACCEDER A UNA REBAJA DE SU TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL LEY N°16.744 (Indica requisitos a acreditar)

En Santiago, a ....de..... de 20...

**REF:** Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva. D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Señores  
Empresa No Adherida a Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, proceso que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que sumada a las tasas de cotización básica y extraordinaria, deberá pagar al **Instituto de Seguridad Laboral (ISL)**, durante los años 20.. y 20....

Los antecedentes con que cuenta esta SEREMI de Salud y el ISL permiten determinar que esa entidad empleadora puede **acceder a la REBAJA de su tasa de cotización adicional de--% a --%**, sólo si **cumple los requisitos** que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta la información relativa a la siniestralidad que su entidad empleadora registró durante el período de evaluación y que sirvió de base para el cálculo de la tasa de cotización adicional diferenciada.

Si dicha información presenta errores, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación de esta carta certificada, la cual se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. La solicitud de rectificación deberá presentarla a esta SEREMI de Salud, en la sucursal del ISL más cercana a la entidad empleadora.

**1) REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN** (Señalar sólo los requisitos que debe cumplir)

**a. HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744**

Este requisito será verificado por el Instituto de Seguridad Laboral, al momento que se le presente la documentación para acreditar el cumplimiento de los requisitos que se señalan a continuación.

**b. CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LOS TÍTULOS V Y VI DEL D.S. N° 40, DE 1969, DEL MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (Período 1° de julio 20... al 30 de junio de 20...).**

Presentar un informe, carta o declaración simple o jurada suscrita ante notario por el 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.

**c. COMITÉ(S) PARITARIO(S) DE HIGIENE Y SEGURIDAD (Período 1° de julio 20... al 30 de junio de 20...)**

1. Presentar copias de las actas de constitución de todos los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad que se hayan constituido por primera vez, o renovado, en el período y
2. Presentar una declaración jurada ante notario suscrita por el representante legal de la empresa y por los miembros del o los Comités, que certifique el funcionamiento de los mismos durante el período citado.

**d. DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES (Período 1° de julio 20... al 30 de junio de 20...)**

3. Presentar un informe, una carta o una declaración simple o jurada ante notario del representante legal, en que se 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 (profesional o técnico), el número de registro del Experto en el Servicio de Salud o la Seremi de Salud correspondiente, y el número de jornadas por las cuales está contratado.

**2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS**

De acreditarse el cumplimiento de los requisitos indicados hasta el 31 de octubre de 20..., la tasa rebajada comenzará a regir el 1° de enero de 20....

Si no pudiera acreditarlos en la fecha indicada, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20... , 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 al 31 de diciembre del presente año no haya acreditado el cumplimiento de los requisitos señalados, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada, aun cuando ello le corresponda conforme a su siniestralidad efectiva y mantendrá su actual tasa de cotización hasta la próxima evaluación.

La documentación requerida deberá presentarla en la oficina del ISL más cercana al domicilio de la entidad empleadora.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal del ISL más cercana, o en su página WEB: [www.isl.gob.cl](http://www.isl.gob.cl). o al teléfono \_\_\_\_\_.

También encontrará información en [www.suseso.cl](http://www.suseso.cl).

**SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD**



Logo  
Organismo  
Administrador

## ANEXO N° 8

### COMUNICA QUE SU EMPRESA PODRÍA ACCEDER A UNA REBAJA DE SU TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL LEY N°16.744

(Entidades empleadoras sin cotizaciones al día. Indica requisitos a acreditar)

En Santiago, a ....de..... de 20...

**REF:** Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva. D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Señores  
Empresa No Adherida a Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, proceso que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que sumada a las tasas de cotización básica y extraordinaria, deberá pagar al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), durante los años 20... y 20...

Los antecedentes con que cuenta esta SEREMI de Salud y el ISL permiten determinar que esa entidad empleadora puede **acceder a la REBAJA de su tasa de cotización adicional de--% a --%**, sólo si **cumple los requisitos** que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta la información relativa a la siniestralidad que su entidad empleadora registró durante el período de evaluación y que sirvió de base para el cálculo de la tasa de cotización adicional diferenciada.

Si dicha información presenta errores, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación de esta carta certificada, la cual se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. La solicitud de rectificación deberá presentarla a esta SEREMI de Salud, en la sucursal del ISL más cercana a la entidad empleadora.

**1) REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN** (Señalar sólo los requisitos que debe cumplir)

a. **HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744**

De acuerdo a la información disponible, esa entidad **adeuda las cotizaciones** que se indican en el anexo Deuda.

Ud. tiene plazo para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago, acompañando copias de las planillas de declaración y pago correspondientes. Los plazos se señalan en el punto 2) de esta carta.

**b. CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LOS TÍTULOS V Y VI DEL D.S. N° 40, DE 1969, DEL MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (Período 1° de julio 20... al 30 de junio de 20...).**

Presentar un informe, carta o declaración simple o jurada suscrita ante notario por el 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.

**c. COMITÉ(S) PARITARIO(S) DE HIGIENE Y SEGURIDAD (Período 1° de julio 20... al 30 de junio de 20...)**

1. Presentar una copia de las actas de constitución de todos los Comités que se hubieren constituido por primera vez o renovado en el período y
2. Presentar una declaración jurada ante notario suscrita por el representante legal de la empresa y por los miembros del o los Comités, que certifique el funcionamiento de los mismos durante el período citado.

**d. DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES (Período 1° de julio 20... al 30 de junio de 20...)**

Presentar un informe, una carta o una declaración simple o jurada ante notario del representante legal, en que se 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 (profesional o técnico), el número de registro del Experto en el Servicio de Salud o la Seremi de Salud correspondiente, y el número de jornadas por las cuales está contratado.

**2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS**

De acreditarse el cumplimiento de los requisitos indicados hasta el 31 de octubre de 20..., la nueva tasa rebajada comenzará a regir el 1 de enero de 20....

Si no pudiera acreditarlos en la fecha indicada, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20., 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 al 31 de diciembre del presente año no haya acreditado el cumplimiento de los requisitos señalados, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada, aun cuando ello le corresponda conforme a su siniestralidad efectiva y mantendrá su actual tasa de cotización hasta la próxima evaluación.

La documentación requerida deberá presentarla en la oficina del ISL más cercana al domicilio de la entidad empleadora.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal del ISL más cercana, o en su página WEB: [www.isl.gob.cl](http://www.isl.gob.cl). o al teléfono \_\_\_\_\_.

También encontrará información en [www.suseso.cl](http://www.suseso.cl).

**SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD**



Logo Organismo Administrador
------------------------------------

## ANEXO N° 9

### DECLARACIÓN SIMPLE DE EXISTENCIA DE REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD Y OBLIGACION DE INFORMAR

Por el presente instrumento, Yo, ....., Célula de Identidad N°....., representante legal de la empresa ....., RUT N°....., en cumplimiento a lo establecido en el D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social, **DECLARO QUE:**

Entre el 1° de julio de 20\_\_ y el 30 de junio de 20\_\_ se encontraba vigente el Reglamento Interno de Seguridad e Higiene en el Trabajo, como también que hemos dado cumplimiento a la obligación de informar a todos los trabajadores acerca de los riesgos que entrañan sus labores, de las medidas preventivas y de los métodos de trabajo correctos. Lo anterior, conforme a lo preceptuado en el artículo 67 de la Ley N°16.744 y en los Títulos V y VI del D.S. N°40, de 1969, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

---

REPRESENTANTE LEGAL EMPRESA



Logo  
Organismo  
Administrador

## ANEXO N° 10

### DECLARACIÓN SIMPLE DE EXISTENCIA Y FUNCIONAMIENTO DE DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

Por el presente instrumento, Yo, ....., Célula de Identidad N°.....-....., representante legal de la empresa ....., RUT N°.....-....., en cumplimiento a lo establecido en el D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social, **DECLARO QUE:**

Desde el .....cuento con la asesoría del Experto en Prevención de Riesgos, categoría .....que tiene el registro N°..... del Servicio de Salud o SEREMI de Salud, y que cumple con una jornada de trabajo de .....horas semanales conforme a lo dispuesto en el D.S. N° 40 de 1969, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

---

REPRESENTANTE LEGAL EMPRESA



Logo  
Organismo  
Administrador

**ANEXO N° 11**

**DECLARACIÓN JURADA DE EXISTENCIA Y FUNCIONAMIENTO DE COMITES PARITARIOS DE HIGIENE Y SEGURIDAD**

Por el presente instrumento, Yo, ....., Célula de Identidad N°....., representante legal de la empresa ....., RUT N°....., en cumplimiento a lo establecido en el D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social, **DECLARO QUE:**

Entre el 1° de julio de 2013 y el 30 de junio de 2015, se encontraba(n) en funcionamiento el/los Comité(s) Paritario(s) de Higiene y Seguridad de la entidad empleadora que represento, de acuerdo a lo establecido en el D.S. N°54 de 1969, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

A continuación se señalan cual(es) es/son el/los Comité(s) que se encontraban en funcionamiento (indicar calle y comuna en que se encuentra la dependencia a la que pertenece cada Comité).

**Dirección de la dependencia.....**

Miembro Titular Entidad Empleadora  
Nombre y firma

Miembro Titular Trabajador  
Nombre y firma

Miembro Titular Entidad Empleadora  
Nombre y firma

Miembro Titular Trabajador  
Nombre y firma

Miembro Titular Entidad Empleadora  
Nombre y firma

Miembro Titular Trabajador  
Nombre y firma

**Dirección de la dependencia.....**

.....  
.....  
.....

-----  
**REPRESENTANTE LEGAL EMPRESA**