



AU08-2009-03126

CIRCULAR N° 2529

FECHA 05 JUN. 2009

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

Conforme lo establecido en las Leyes N°s.16.395 y 16.744 y en el D.S.N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión, esta Superintendencia imparte las siguientes instrucciones, las cuales complementan y modifican, en lo que corresponde, lo instruido mediante las Circulares N° 2.065 y 2.068, de 14 de julio y 1° de agosto, respectivamente, ambas de 2003, y la Circular N° 2.233 de 26 de Agosto de 2005.

1. LEY N° 20.255, REFORMA PREVISIONAL

Atendida la nueva institucionalidad establecida por la Ley N° 20.255, en la que se señala que el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) será el continuador legal del Instituto de Normalización Previsional, en las materias referidas a la Ley N° 16.744, a contar de la fecha en que entre en vigencia el Instituto de Previsión Social, y considerando que mediante el DFL-4, publicado en el Diario Oficial de 4 de febrero de 2009, se creó dicho Instituto, dando inicio a sus actividades el 1° de marzo de este año, es necesario adecuar las instrucciones que habían sido dadas al Instituto de Normalización Previsional en relación a las tareas que debía realizar para la aplicación del D.S. N° 67 a sus entidades empleadoras afiliadas, debiendo reemplazarse todas las menciones a dicho Instituto o INP por Instituto de Seguridad Laboral o ISL, según corresponda.

2. FORMATOS DE CARTAS



Atendido lo anteriormente señalado, se han modificado los formatos de las cartas a enviar por las Seremi de Salud a las entidades empleadoras afiliadas al ISL y de administración delegada, reemplazando las menciones al "Instituto de Normalización Previsional" o "INP" por "Instituto de Seguridad Laboral" o "ISL (ex-INP)"

Por otra parte, en atención a que los organismos administradores han solicitado efectuar algunas modificaciones al formato de la carta en la que se informan los requisitos técnicos que debe acreditar la entidad empleadora para acceder a rebaja de la cotización adicional, se procedió a revisar todos los formatos y se les introdujeron algunas modificaciones, entre otras, señalar cuando se ha procedido a aplicar lo dispuesto en el inciso final del artículo 5° del Reglamento, en los casos que corresponda por la muerte de uno o varios trabajadores.

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

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

Saluda atentamente a Ud.,



ALVARO ELIZALDE SOTO
SUPERINTENDENTE

Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
Mutualidades de Empleadores Ley N° 16.744
Instituto de Seguridad Laboral
(Se incluyen 6 formatos de Cartas; 3 para Mutualidades y 3 para Seremis)
Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Previsión Social
Instituto de Previsión Social
Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo
Oficina de Partes
Archivo Central

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

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 periodo 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.

Los antecedentes con que cuenta esta SEREMI y el ISL permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a una rebaja de su tasa de cotización adicional. Sin embargo, para **ello es necesario que acredite el cumplimiento de los siguientes requisitos** contemplados en el artículo 8 del D.S. 67, a **más tardar el 31 de octubre de 20__**, presentando la siguiente documentación, en los lugares señalados en el párrafo anterior (señalar sólo los requisitos que debe acreditar su cumplimiento):

1.- HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO LABORAL

Acompañar copias de las planillas de declaración y pago de las cotizaciones, correspondientes a los meses del o de los año(s) señalados en el anexo Deuda.

2.- CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LOS TITULOS V y VI DEL D.S.40 (Período julio 20__ a junio de 20__)

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

3.- COMITÉ(S) PARITARIO(S) DE HIGIENE Y SEGURIDAD (Periodo julio 20__ a junio de 20__)

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

4.- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES (Periodo julio 20__ a junio de 20__)

Presentar un informe o 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, el número de registro de Experto en el Servicio de Salud o la Seremi de Salud correspondiente, y el número de jornadas por las cuales está contratado.

En caso de acreditar debidamente estos requisitos en el plazo establecido, la Tasa de Cotización Adicional que correspondería a esa entidad es%. En ese caso, esa entidad empleadora accederá a esa rebaja y deberá pagar una cotización total de%.

El plazo para acreditar el cumplimiento de los requisitos indicados vence el 31 de octubre de 20__, en cuyo caso la nueva tasa rebajada comenzará a regir el 1 de enero de 20__.

Si no pudiera acreditarlos en la fecha indicada, **podrá hacerlo a más tardar 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 no se acredite oportunamente su cumplimiento, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada, aún cuando ello le corresponda conforme a su siniestralidad efectiva y mantendrá su actual tasa de cotización hasta la próxima evaluación.

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, o al 800 202500.

SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD

COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN

(rebaja indica requisitos no cumplidos)

En a de 20__

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 el/la (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**, 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.

Los antecedentes con que cuenta esta Mutualidad permiten determinar que esa entidad empleadora **puede acceder a una rebaja de su tasa de cotización adicional**. Sin embargo, para **ello es necesario que acredite el cumplimiento de los siguientes requisitos** contemplados en el artículo 8 del D.S. 67, a **más tardar el 31 de octubre de 20__**, presentando la siguiente documentación ante esta Mutualidad (señalar sólo los requisitos que debe acreditar su cumplimiento):

1.- HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO LABORAL

Acompañar copias de las planillas de declaración y pago de las cotizaciones, correspondientes a los meses del o de los año(s) señalados en el anexo Deuda.

2.- CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LOS TITULOS V y VI DEL D.S.40 (Período julio 20__ a junio de 20__)

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

3.- COMITÉ(S) PARITARIO(S) DE HIGIENE Y SEGURIDAD (Período julio 20__ a junio de 20__)

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

4.- DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES (Período julio 20__ a junio de 20__)

Presentar un informe o 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, el número de registro de Experto en el Servicio de Salud o la Seremi de Salud correspondiente, y el número de jornadas por las cuales está contratado.

En caso de acreditar debidamente estos requisitos en el plazo establecido, la Tasa de Cotización Adicional que correspondería a esa entidad es%. En ese caso, esa entidad empleadora accederá a esa rebaja y deberá pagar una cotización total de%.

El plazo para acreditar el cumplimiento de los requisitos indicados vence el 31 de octubre de 20__, en cuyo caso la nueva tasa rebajada comenzará a regir el 1 de enero de 20__

Si no pudiera acreditarlos en la fecha indicada, **podrá hacerlo a más tardar 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 1º del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.**

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

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__.**

**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, o al 800 202500.

SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD

COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN

(mantiene tasa)

En a de 20__.

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/él (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 5º 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%.**

**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 5º 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, o al 800 202500.

SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD