

1. Funciones del ISL respecto de sus afiliados

- a) Determinar y conceder las prestaciones de orden económico establecidas en la ley, en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;
- b) Contratar el otorgamiento de prestaciones médicas de los trabajadores de sus empresas afiliadas, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Ley N°16.744;
- c) Preparar el proyecto del presupuesto del Fondo del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales que administra;
- d) Recaudar las cotizaciones y demás recursos que le correspondan, administrar el producto de ellos y traspasar al Ministerio de Salud los aportes a que se refiere el artículo 21 de la Ley N°16.744;
- ~~e) Proponer las medidas de fiscalización que podrá adoptar en las materias que la ley o los reglamentos entregan a su competencia;~~
- f)e) Realizar los estudios que se le encomienden o estime convenientes en orden a perfeccionar el sistema de seguro;
- g)f) Organizar fuentes permanentes de información técnica tanto en lo nacional como en lo internacional. y;
- h)g) Disponer la suspensión del pago de las pensiones en los casos de pensionados que se nieguen a someterse a los exámenes, controles o prescripciones que les sean ordenados; o que rehusasen, sin causa justificada, a someterse a los procesos necesarios para su rehabilitación física y reeducación profesional que les sean indicados. y;
- ~~i) Las demás funciones que, en razón de su especialidad, le asigne el director del ISL.~~

CAPÍTULO III. Formularios

Los organismos administradores, en todos sus centros de atención de público y en aquellos centros de atención de salud con los que mantengan convenio, deberán tener a disposición formularios de Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo (DIAT) y de Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales (DIEP) y todos los elementos que permitan completarlos. Además, deberán entregar copias de las respectivas DIAT o DIEP al denunciante.

Los formatos de los formularios DIAT y DIEP corresponden a los contenidos en el Anexo N°2, "Denuncia individual de accidente del trabajo y Denuncia individual de enfermedades profesionales", de la Letra G, del Título I., del Libro IX. Sistemas de información. Informes y Reportes.

5. Plazo para calificar

El organismo administrador deberá resolver acerca del origen de un accidente y emitir la correspondiente "Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744" (RECA) ~~dentro del plazo de 15 días corridos, contado desde la fecha en que recepcione la primera DIAT. en cuanto disponga de los antecedentes médicos y/o administrativos suficientes para calificar, pero siempre dentro del plazo de 15 días corridos contados desde la fecha en que recepcione la primera DIAT, salvo que, en situaciones excepcionales y por motivos fundados, se exceda ese plazo.~~

~~Solo en casos debidamente fundados, el organismo administrador podrá efectuar la calificación del accidente fuera del plazo señalado.~~

~~El organismo administrador deberá entregar una copia de la RECA al trabajador, al empleador y otra debe ser incluida en la ficha médica del trabajador.~~

~~Dicha resolución, en su versión impresa, deberá ser notificada al trabajador y a su entidad empleadora, dentro de los 5 días hábiles siguientes a su emisión. Una copia debe ser incluida en la ficha médica del trabajador.~~

2. Trayecto directo

La expresión "trayecto directo" supone que el recorrido debe ser racional y no interrumpido ni desviado, conforme a la invariable y reiterada jurisprudencia de la Superintendencia de Seguridad Social. En consecuencia, dicho desplazamiento no implica que el trayecto necesariamente sea el más corto, sino que éste debe ser razonable y, en términos generales, no interrumpido ni desviado por razones de interés particular o personal.

Sin embargo, la interrupción por tales razones, particularmente cuando aquella es habitual y responda a una necesidad objetiva y no al mero capricho, no impide calificar un siniestro como del trayecto, puesto que se considera que en esos casos ello no alcanza a romper el nexo que se supone existe entre el accidente de trayecto y el trabajo.

Tal es el caso, por ejemplo, del infortunio que se verifica mientras el trabajador se dirige desde su domicilio a dejar a sus hijos al colegio, para posteriormente dirigirse a su trabajo, o del accidente que ocurre una vez finalizada la jornada laboral, cuando, el afectado se dirige a retirar sus pertenencias a la pensión en la que ha debido pernoctar con motivo de sus labores, para continuar su trayecto a su habitación.

Ahora bien, los organismos administradores, previo a calificar un hecho como una interrupción del trayecto, deberán ponderar, en cada caso, los elementos señalados en el párrafo precedente, esto es, que sea habitual y responda a una necesidad objetiva, considerando, por lo tanto, que no todo desvío habilita para calificar un accidente como común.

De igual modo, cuando la satisfacción de una necesidad objetiva, atendida las circunstancias particulares en que se produce, justifique por sí misma la interrupción, el accidente podrá calificarse como de trayecto, aun cuando aquella no sea habitual.

Por otra parte, los accidentes que se verifiquen en el trayecto directo, aun cuando existan antecedentes que permitan presumir que se había planificado un eventual futuro desvío, corresponden a siniestros cubiertos por el inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744.

A su vez, si el trabajador se traslada a su habitación para tomar su colación, los siniestros de que fuere víctima en el trayecto de ida o de regreso entre ésta y el lugar de trabajo, constituirán accidentes de trayecto, en la medida que se

verifiquen las condiciones antes señaladas, esto es, que el recorrido sea racional y no interrumpido. Con todo, los siniestros que ocurran una vez que el trabajador se encuentre en su habitación, aun cuando se verifiquen durante la hora de colación, corresponden a accidentes domésticos.

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO II. Calificación de accidentes del trabajo B. Accidentes de trayecto CAPÍTULO III. Calificación del accidente de trayecto 2. Plazo para calificar

2. Plazo para calificar

El organismo administrador deberá resolver acerca del origen de un accidente y emitir la correspondiente "Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744" (RECA). ~~dentro del plazo de 15 días corridos, contado desde la fecha en que recepcione la primera DIAT—en cuanto disponga de los antecedentes médicos y/o administrativos suficientes para calificar, pero siempre dentro del plazo de 15 días corridos, contado desde la fecha en que se recepcione la primera DIAT, salvo que, en casos excepcionales y por motivos fundados, se exceda ese plazo. .~~

~~Solo en casos debidamente fundados, el organismo administrador podrá efectuar la calificación del accidente fuera del plazo señalado.~~

~~El organismo administrador deberá entregar una copia de la RECA al trabajador, al empleador y otra debe ser incluida en la ficha médica del trabajador.~~

~~Dicha resolución, en su versión impresa, deberá ser notificada al trabajador y a su entidad empleadora, dentro de los 5 días hábiles siguientes a su emisión. Una copia debe ser incluida en la ficha médica del trabajador.~~

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO II. Calificación de accidentes del trabajo C. Remisión de antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de reclamaciones

C. Remisión de antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de reclamaciones

~~Los sistemas de información de los organismos administradores deberán contener la documentación correspondiente a cada uno de los accidentes del trabajo o de los accidentes de trayecto que deban calificar, de modo de posibilitar su oportuno envío a la Superintendencia de Seguridad Social, para la resolución de los procedimientos contencioso administrativo o para los otros fines que ésta determine, en virtud de sus facultades fiscalizadoras.~~

~~Dichos antecedentes corresponden a los enumerados en los Capítulos I y II de esta Letra C, relativos a los accidentes del trabajo y de trayecto, respectivamente.~~

~~De esta forma, cuando la Superintendencia de Seguridad Social requiera información respecto de un determinado accidente, el organismo administrador deberá remitir la totalidad de los antecedentes que procedan según el tipo de accidente, junto a una copia actualizada de la ficha clínica. En caso que no cuente con alguno de esos antecedentes, el organismo administrador deberá precisar en su respuesta las razones que justifican la falta del o los documentos de que se trate.~~

CAPÍTULO I. Remisión de antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de reclamaciones por calificación de accidentes del trabajo

~~Los sistemas de información de los organismos administradores deben contener la documentación correspondiente a cada uno de los accidentes del trabajo que sufra un trabajador, sea que éstos se califiquen como de origen común o~~

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

~~laboral, para posibilitar el envío oportuno de dichos antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en los plazos establecidos al efecto.~~

~~Respecto de los accidentes del trabajo, los antecedentes a que se refiere el párrafo anterior son los siguientes:~~

En el caso de los accidentes del trabajo, los antecedentes que los sistemas de información deberán contener y que deberán ser remitidos a la Superintendencia, son los siguientes:

- Copia de la DIAT;
- Resolución que califica el accidente como de origen común o laboral;
- Informe que justifique la calificación del origen efectuada y que se pronuncie, cuando corresponda, respecto de la compatibilidad del mecanismo lesional descrito con el diagnóstico formulado, en los casos en que no exista registro de esta información en la ficha clínica. Dicho informe deberá contener, a lo menos, la información que se presenta en el Anexo N°3 "Informe de accidente calificado como de origen común" de este Título.
- Todos los exámenes de imágenes con sus respectivos informes (cuando procediere);
- Informe de investigación de accidente (cuando procediere);
- Registro de control de asistencia del interesado (cuando procediere);
- Certificado de alta con derivación, precisando si lo hizo con licencia médica (cuando procediere);
- Copia de licencia médica emitida al trabajador por patología de origen común (cuando procediere);
- Orden de Reposo Ley N°16.744 (RELA) o copia de licencia médica tipo 5 o 6, según corresponda (cuando procediere), y
- Cualquier otro antecedente que haya servido de base para la calificación.

~~Cuando la Superintendencia de Seguridad Social requiera información respecto de un determinado accidente, el organismo administrador deberá remitir la totalidad de los antecedentes enumerados precedentemente y una copia actualizada de la ficha clínica. En caso que no cuente con alguno de los antecedentes señalados, el organismo deberá precisar en su respuesta las razones que justifican su omisión.~~

CAPÍTULO II. Remisión de antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de reclamaciones por accidentes de trayecto

~~Cuando la Superintendencia de Seguridad Social requiera información respecto a este tipo de accidentes, en aquellos casos en que el trabajador ha recibido prestaciones por parte de la respectiva entidad, deben proporcionar los siguientes antecedentes:~~

Tratándose de los accidentes de trayecto, los antecedentes que los sistemas de información deberán contener y que deberán ser remitidos a la Superintendencia, son los siguientes:

1. Copia íntegra y legible de la resolución impugnada;
2. Copia legible de la DIAT y de la declaración del trabajador conforme al formato contenido en el Anexo N°4 "Accidente de trayecto -Declaración del trabajador" de este Título;
3. Copia legible del contrato de trabajo del afectado, con indicación de su jornada laboral, si se ha tenido a la vista para resolver;
4. Copia legible del registro de control de asistencia correspondiente al mes en que ocurrió el accidente;

5. Croquis o mapa, que grafique la ubicación del lugar de trabajo, la habitación del trabajador y el lugar donde habría ocurrido el siniestro, con indicación aproximada de la distancia entre dichos puntos y el tiempo de demora esperable, según el medio de transporte utilizado, en que debieran recorrerse tales distancias;
6. Copia íntegra del parte de Carabineros o constancia, en caso que éstos existiesen;
7. Copias legibles de las declaraciones de testigos, acerca del accidente o hechos conexos, aportadas por el trabajador o que hayan sido recabadas por el Organismo Administrador, junto a todo otro antecedente tenido a la vista por dicha entidad;
8. Copia íntegra y legible de las licencias médicas extendidas, si procede y fueron tenidas a la vista por el Organismo Administrador;
9. ~~Antecedentes médicos que expliquen la naturaleza de la lesión y el mecanismo lesional relatado por el interesado~~ Dependiendo de la naturaleza médica o jurídica de los fundamentos que sustentan la calificación del siniestro como accidente común, se deberá remitir:
 - a) Un informe médico que precise: i) La naturaleza de la lesión; ii) Su compatibilidad con el mecanismo lesional relatado por el interesado, y iii) La concordancia de la signología exhibida por el trabajador al momento de presentarse a los centros asistenciales del organismo con el tiempo que habría transcurrido desde la ocurrencia del accidente, o
 - a)b) Un informe que contenga un análisis fundado respecto de la falta de uno o más de los presupuestos que para la configuración de un accidente de trayecto, exige el inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744; el artículo 9° del D.S. N°101, de 1968; el inciso segundo del artículo 5° del D.S. N°67, de 2008 o el inciso segundo del artículo 3° del D.S. N°313, de 1972, todos, del Ministerio del Trabajo o Previsión Social
10. ~~Informe médico que precise si la signología exhibida por el trabajador al momento de presentarse a los centros asistenciales del organismo es compatible con la evolución que habría tenido la lesión, atendido el tiempo transcurrido desde la ocurrencia del accidente denunciado, e~~
11. ~~Informe de la Fiscalía de la Mutualidad de Empleadores o Departamento Jurídico del Instituto de Seguridad Laboral que analice la presentación realizada, incluyendo un pronunciamiento fundado sobre la calificación de origen del accidente.~~

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales A. Protocolo General CAPÍTULO I. Aspectos generales 1. Ámbito de aplicación del protocolo general y plazo para la calificación

1. Ámbito de aplicación del protocolo general y plazo para la calificación

Este protocolo es aplicable a la calificación de patologías, cualquiera sea su naturaleza, denunciadas como de origen presuntamente profesional, exceptuadas aquellas que cuenten con protocolos específicos. En lo no previsto en los protocolos específicos, se aplicarán supletoriamente las normas establecidas en este Protocolo General.

El proceso de calificación comprende diversas actividades que los organismos administradores deben cumplir para determinar el origen laboral o común de las enfermedades presuntamente de origen profesional. Sus etapas se esquematizan en el Anexo N°5 "Proceso de calificación", de este Título.

~~Dicho proceso deberá concluir íntegramente dentro de un plazo máximo de 30 días corridos contados desde la presentación de la DIEP, salvo que se acrediten situaciones de caso fortuito o fuerza mayor. La calificación deberá efectuarse una vez que se disponga de los antecedentes médicos y/u ocupacionales suficientes para determinar el origen, común o laboral, de la afección, pero siempre dentro de un plazo máximo de 30 días corridos contados desde la presentación de la DIEP, salvo que, en casos excepcionales y por motivos fundados, se exceda ese plazo.~~ Excepcionalmente, cuando se esté evaluando una enfermedad por exposición a sílice, se podrá ampliar dicho plazo

en virtud de los tiempos requeridos para obtener los resultados del análisis de la muestra de una evaluación ambiental.

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales A. Protocolo General CAPÍTULO IV. Proceso de calificación5. Resolución de calificación

5. Resolución de calificación

El pronunciamiento del médico de urgencia, del Médico del Trabajo o del Comité de Calificación, según corresponda, deberá formalizarse mediante la emisión de una Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), que podrá ser suscrita por alguno de los médicos calificadores.

Dicha resolución, en su versión impresa, deberá ser notificada al trabajador evaluado y a su entidad empleadora, dentro de los 53 días hábiles siguientes a su emisión.

El calificador deberá elaborar un informe con los fundamentos de la calificación y los restantes datos establecidos en el Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la patología". Se exceptúan de esta obligación los casos calificados por el médico de urgencia, conforme a lo establecido en el N°1, Capítulo II, de esta Letra A.

LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral H. Cálculo del subsidio 1. Conceptos a considerar para determinar la Base de Cálculo

1. Conceptos a considerar para determinar la Base de Cálculo

d) Cotizaciones Previsionales

~~Para efectos de determinar la remuneración mensual nota se deben descontar de la remuneración imponible las siguientes cotizaciones que son de cargo del trabajador:~~

- ~~i) Para pensiones y salud, las que están determinadas por las tasas vigentes en los organismos de previsión y de salud a los que se encontraba afiliado el trabajador durante los meses que se considerarán para el cálculo del subsidio.~~
- ~~ii) No corresponde descontar la cotización para pensiones en los casos que el trabajador subsidiado, afiliado al Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, que haya manifestado su voluntad de quedar exento de la obligación de cotizar establecida en el artículo 17 (10% para el fondo de pensiones y cotización adicional para la AFP), por encontrarse en alguna de las siguientes situaciones:
 - ~~i. Afiliado mayor de 65 años de edad, si es hombre, o mayor de 60 años de edad, si es mujer.~~
 - ~~ii. Afiliado acogido en ese sistema a pensión de vejez o invalidez total.~~

~~Cabe hacer presente, que estos trabajadores acogidos a dicha exención deberán continuar efectuando la cotización para salud que establece el artículo 84 del D.L. N°3.500.~~~~
- ~~iii) Por trabajos pesados, la que deben efectuar los afiliados que desempeñen actividades calificadas como tales. Esta cotización deberá enterarse en la cuenta de capitalización individual, y corresponde a la establecida en el artículo 17 bis del D.L. N° 3.500, esto es, 1% o 2% de la remuneración imponible, según corresponda.~~
- ~~iv) Desahucio, tratándose de imponentes de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Previsión Social, que tengan entre sus beneficios el desahucio y los afiliados al~~

~~sistema de pensiones creado por el D.L. N° 3.500, que optaron por continuar cotizando para este beneficio.~~

Para efecto de determinar la remuneración mensual neta se deben descontar de las remuneraciones imponibles las siguientes cotizaciones que son de cargo del trabajador:

- i) Para pensiones y salud, las que están determinadas por las tasas vigentes en los organismos de previsión y de salud a los que se encontraba afiliado el trabajador durante los meses que se consideran para el cálculo del subsidio.

Sin embargo, respecto de los trabajadores acogidos a pensión de vejez o invalidez total en el Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, de 1980, no corresponde descontar el 10% para el fondo de pensiones, ni la parte de la cotización adicional destinada al financiamiento de la AFP, a que se refiere el artículo 17 de ese decreto ley, salvo que haya manifestado expresamente su voluntad de efectuar tales cotizaciones.

Asimismo, no procede descontar las cotizaciones señaladas en el párrafo anterior, a los afiliados mayores de 65 años de edad, si son hombres, o mayores de 60 años de edad, si son mujeres, no pensionados de vejez, que han manifestado expresamente su voluntad de acogerse a la exención prevista en el artículo 69 del D.L. N°3.500.

En todo caso, respecto de los trabajadores que se encuentran en las situaciones descritas en los dos párrafos precedentes, deberá descontarse la cotización para salud, que establece el artículo 85 del D.L. N°3.500, para la determinación de la remuneración mensual neta.

Por otra parte, no procede descontar la cotización por trabajos pesados a que se refiere el artículo 17 bis del D.L. N°3.500, toda vez que, de acuerdo con su inciso final, no corresponde enterar dichas cotizaciones durante los períodos en que el trabajador se encuentre en goce de licencia médica.

- ii) Desahucio, tratándose de imponentes de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Previsión Social que tengan entre sus beneficios el desahucio y los afiliados al Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, de 1980, que optaron por continuar cotizando para este beneficio.”

LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral H. Cálculo del subsidio 3. Estructura de la Base de Cálculo

3. Estructura de la Base de Cálculo

a) Trabajador Dependiente

Para determinar el monto de la remuneración neta de cada uno de los 3 meses calendarios más próximos al mes en que se inicia el reposo, se debe efectuar el siguiente cálculo:

Cálculo de la Remuneración Neta - Trabajador Dependiente:	
REMUNERACIÓN IMPONIBLE (descontadas las remuneraciones ocasionales)	
(menos)	COTIZACIÓN DE PENSIONES (incluida la comisión de AFP) (1)
(menos)	COTIZACIÓN DE SALUD (el 7% ó el monto total pactado si éste supera el 7%)

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

Cálculo de la Remuneración Neta - Trabajador Dependiente:	
(menos)	IMPUESTO (*)
TOTAL:	REMUNERACIÓN NETA MENSUAL
(más)	SUBSIDIOS DEL MES (si corresponde)
TOTAL:	REMUNERACIÓN MENSUAL NETA

“(1) Se exceptúan del descuento de estas cotizaciones los trabajadores que se encuentren en la situación descrita en los párrafos segundo y tercero, del numeral i), letra d), del número 1., de esta letra H, salvo que han decidido cotizar.”

i. Monto diario del Subsidio

Para determinar el monto diario del subsidio se debe dividir por 90, la suma de los totales mensuales de cada uno de los 3 meses que conforman la Base de Cálculo.

MONTO DIARIO DEL SUBSIDIO =

$$\frac{\sum_{i=1}^3 \text{Totales mensuales}_i}{90 \text{ días}}$$

ii. Monto del Subsidio

Corresponde al monto diario del subsidio, multiplicado por el número de días de subsidio.

iii. Monto del subsidio a pagar

Corresponde al monto del subsidio menos la cotización para el seguro de cesantía, según corresponda, por los días de subsidio.

(*) Determinación del Impuesto a descontar en la Base de Cálculo del Subsidio	
REMUNERACIÓN IMPONIBLE (topada)	
(menos)	COTIZACIÓN DE PENSIONES (incluida la comisión de la AFP)
(menos)	COTIZACIÓN DE SALUD (el 7% aun cuando el monto total pactado supere dicho porcentaje)
(menos)	COTIZACIÓN SEGURO DE CESANTÍA

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

(*) Determinación del Impuesto a descontar en la Base de Cálculo del Subsidio	
TOTAL:	"REMUNERACIÓN AFECTA A IMPUESTO"
Luego, (REMUNERACIÓN AFECTA A IMPUESTO * FACTOR) - REBAJA = IMPUESTO (*)	

En el Anexo N°6 "Ejemplo de Cálculo de un Subsidio por Incapacidad Temporal - Trabajador Dependiente", se muestra un ejemplo de cálculo.

LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral K. Cotizaciones previsionales durante los períodos de subsidio_1. Cotizaciones para pensiones y salud

1. Cotizaciones para pensiones y salud

Estas cotizaciones deberán efectuarse sobre la base de la última remuneración o renta imponible correspondiente al mes anterior a aquél en que se haya iniciado la Licencia Médica u Orden de Reposo Ley N°16.744 o en su defecto, de la estipulada en el respectivo contrato de trabajo. En el caso de los trabajadores independientes obligados, la renta imponible corresponderá a la renta imponible anual que sirvió de base para la determinación de sus cotizaciones obligatorias, dividida por doce. Si el trabajador independiente hubiere ejercido el derecho a cotización parcial a que se refiere el artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133, las cotizaciones para pensiones y salud que corresponda pagar durante los periodos de subsidio por incapacidad laboral cubiertos por el Seguro de la Ley N°16.744, se calcularán en base a la renta imponible determinada para pensiones y salud por el Servicio de Impuestos Internos.

Respecto a los afiliados a los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Previsión Social (IPS), las cotizaciones para previsión comprenden, las destinadas a financiar los fondos de pensiones y de desahucio o indemnización cuando corresponda. Respecto a los trabajadores dependientes afiliados al Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, de 1980, comprenden las cotizaciones para el fondo de pensiones, incluida la comisión que cobra la AFP. En relación a los afiliados independientes, los organismos administradores deberán retener y pagar además la cotización al Seguro de Invalidez y Sobrevivencia.

Sin embargo, respecto de los trabajadores acogidos a pensión de vejez o invalidez total en el Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, de 1980, no corresponde enterar el 10% para el fondo de pensiones, ni la parte de la cotización adicional destinada al financiamiento de la AFP, a que se refiere el artículo 17 de ese decreto ley, salvo que hayan manifestado expresamente su voluntad de efectuar tales cotizaciones.

Asimismo, no procede enterar las cotizaciones señaladas en el párrafo anterior, a los afiliados mayores de 65 años de edad, si son hombres, o mayores de 60 años de edad, si son mujeres, no pensionados de vejez, que han manifestado expresamente su voluntad de acogerse a la exención prevista en el artículo 69 del D.L. N°3.500.

Por otra parte, no procede descontar la cotización por trabajos pesados a que se refiere el artículo 17 bis del D.L. N°3.500, toda vez que, de acuerdo con su inciso final, no corresponde enterar dichas cotizaciones durante los períodos en que el trabajador se encuentre en goce de licencia médica.

Tratándose de afiliados a alguna Institución de Salud Previsional (ISAPRE) corresponde efectuar las cotizaciones del 7% o del monto superior pactado o, si se trata de afiliados a FONASA, el 7%.

Cuando durante el período de incapacidad laboral se produce un aumento del precio del plan de salud pactado, ya sea por la incorporación de una nueva carga o por la aplicación de los procedimientos de revisión contractual anual, las diferencias de cotizaciones que se generen deberán ser pagadas por la entidad pagadora del subsidio

LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO III. Prestaciones económicas por incapacidad permanente. Indemnizaciones y pensiones F. Otras normativas aplicables a pensiones 9. Cotizaciones previsionales

9. Cotizaciones previsionales

El artículo 54 de la Ley N° 16.744, dispone que los pensionados por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, deberán efectuar en el organismo previsional en que se encuentren afiliados las mismas cotizaciones que los otros pensionados. Para estos efectos, los organismos administradores deberán retener y enterar las correspondientes cotizaciones previsionales.

a) Afiliado a los Regímenes Previsionales que administra el IPS

Atendido que la Ley N° 19.732, en su artículo único, suprimió las cotizaciones para los respectivos fondos de pensiones, que gravan a las pensiones de los afiliados a los regímenes previsionales que administra el IPS, de acuerdo con la normativa vigente, los pensionados pertenecientes a dichos regímenes sólo están afectos a la cotización para su régimen de salud.

b) Cotizantes al Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, de 1980

~~Los pensionados de invalidez de la Ley N°16.744, afiliados al Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, deberán efectuar las cotizaciones establecidas en el artículo 17 (10% para el fondo de pensiones y cotización adicional para la AFP) y en el artículo 85 (cotización destinada al financiamiento de las prestaciones de salud) de dicho decreto ley.~~

~~En el caso de pensionados de la Ley N°16.744 que obtuvieron su pensión después de haber cumplido los 60 años de edad las mujeres o 65 años de edad los hombres, ya sea que continúen trabajando o se hayan pensionado en el Sistema de Pensiones del D.L. N° 3.500, los organismos administradores deberán efectuar las cotizaciones referidas en el párrafo anterior, salvo que dichos pensionados hayan manifestado su voluntad de acogerse a la exención establecida en el artículo 69 del D.L. N° 3500, de 1980.~~

~~Los pensionados de invalidez de la Ley N°16.744, afiliados al Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, deberán cotizar el 10% para el fondo de pensiones y la parte de la cotización adicional destinada al financiamiento de la AFP, además de la cotización del artículo 85 de ese decreto ley, destinada al financiamiento de las prestaciones de salud.~~

~~En el caso de los pensionados de la Ley N°16.744 que obtuvieron su pensión de invalidez después de haber cumplido los 60 o 65 años de edad, según se trate de mujeres u hombres y que no han ejercido su derecho a pensionarse por vejez en el Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, los organismos administradores deberán efectuar las cotizaciones referidas en el párrafo anterior salvo que respecto del 10 % para el fondo de pensiones y de la parte de la cotización adicional destinada al financiamiento de la AFP, hubieren manifestado su voluntad de acogerse a la exención establecida en el artículo 69, de ese decreto ley.~~

~~Por su parte, tratándose de los pensionados de la Ley N°16.744 que además detentan la calidad de pensionados de vejez o invalidez total en el Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, los organismos administradores solo deberán efectuar la cotización del 10% para el fondo de pensiones y la parte de la cotización adicional destinada al financiamiento de la AFP, cuando manifiesten expresamente su voluntad de enterar esas cotizaciones y no acogerse a la exención del aludido artículo 69.~~

~~Para tal efecto, los~~ Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deberán descontar de las pensiones que otorguen a afiliados al Sistema de Pensiones establecido por el citado D.L. N°3.500, ~~las referidas cotizaciones~~ las cotizaciones que procedan y enterarlas en la respectiva Administradora de Fondos de Pensiones y en el Fondo Nacional de Salud o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Asimismo, con el objeto que la Administradora de Fondos de Pensiones que corresponda, pueda revisar el pago de las cotizaciones de los pensionados por invalidez de la Ley N°16.744, los organismos administradores deberán poner en conocimiento de aquéllas, las resoluciones de constitución de pensiones de invalidez de la Ley N°16.744 a trabajadores afectos al Sistema de Pensiones del D.L. N°3.500, de 1980, cada vez que las dicten.”

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

b)c) Rebaja y exención de la obligación de cotizar para salud.

Los pensionados de la Ley N°16.744, que cumplan los requisitos establecidos en las letras a) y c) del artículo 3° de la Ley N°20.255 y que integren un grupo familiar perteneciente a los cuatro primeros quintiles de la población chilena, son beneficiarios de la rebaja y exención de la cotización de salud obligatoria para pensionados. Para los referidos pensionados la cotización para salud será del 3% a contar de noviembre de 2015 y hasta octubre de 2016. A partir de noviembre de 2016, estarán exentos de la cotización legal para salud.

Para las pensiones devengadas a contar noviembre de 2015 que incorporen pagos retroactivos del beneficio de rebaja de la cotización de salud, éstos se regirán por las disposiciones de la Ley N°20.531, anteriores a la Ley N°20.864; esto es, desde el 1° diciembre del 2012 y hasta el 31 de octubre de 2015, se deberá considerar una cotización de salud de 5%.

LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTE TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales CAPÍTULO II. Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (DIAT y DIEP) 3. Tipos de presentación de los formularios DIAT y DIEP

3. Tipos de presentación de los formularios DIAT y DIEP

La DIAT y DIEP podrán originarse utilizando un formulario papel o un formulario electrónico, los cuales tienen un contenido equivalente y sólo cambia su forma de presentación.

a. Formulario papel

Los organismos administradores deberán mantener un stock permanente de formularios de denuncias DIAT y DIEP impresos, a disposición de sus empresas adheridas o afiliadas, así como en sus centros de atención al público, en sus centros asistenciales y en aquellos con los que tengan convenios de atención. Asimismo, las empresas con administración delegada deberán imprimir y mantener un stock adecuado de los formularios DIAT y DIEP en sus centros de atención asistencial.

Dichos organismos deberán, además, mantener los elementos que permitan completar los formularios DIAT y DIEP, a quien lo requiera, y obtener las copias necesarias.

Por otra parte, las personas que atiendan público o reciban consultas, en los centros señalados en el párrafo anterior, deberán estar capacitados acerca del procedimiento de denuncia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, a fin de atender adecuadamente las consultas que se les formulen.

El Instituto de Seguridad Laboral proveerá los formularios DIAT y DIEP en papel a los Servicios de Salud, para que éstos los mantengan en sus centros de atención asistencial.

Sin perjuicio de lo anterior, dichos organismos deberán mantener en sus respectivos sitios web institucionales, a disposición del público, los formularios de DIAT y DIEP y ponerlos a disposición de sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas, según corresponda, para que éstas puedan imprimirlos y denunciar los accidentes o enfermedades que les ocurran, a causa o con ocasión del trabajo, a sus trabajadores así como también puedan hacerlo los trabajadores independientes cotizantes del Seguro de la Ley N°16.744.

Los formularios DIAT y DIEP en formato papel, ya sea aquéllos que forman parte del stock de impresos que deben mantener los organismos administradores o aquéllos que pueden ser impresos desde los respectivos sitios web de los organismos administradores, deberán ajustarse al contenido señalado en el N°2 precedente. Para los efectos de facilitar y optimizar la impresión de estos formularios de denuncia, en el [Anexo N°2 "Denuncia individual de accidente del trabajo y](#)

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

Denuncia individual de enfermedad profesional"~~Denuncia individual de accidentes del trabajo~~", se adjuntan las especificaciones técnicas para la impresión de dichos formularios, así como una muestra impresa de ambos.

b. DIAT Y DIEP Electrónica

En relación a la DIAT y DIEP como documento electrónico, ya sea que ésta se haya originado electrónicamente o se refiera al formato a través del cual los organismos administradores deberán remitir los datos al SISESAT, deberá ajustarse a la descripción que forma parte del Anexo N°3 "DIAT y DIEP electrónica".

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que permiten conformar la DIAT y DIEP electrónica se encuentran en la dirección <http://www.suseso.cl>.

LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTE TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) G. Anexos

G. Anexos

Anexo N°1: Definición en llenado de campos de SISESAT

Anexo N°2: Denuncia individual de accidente del trabajo y Denuncia individual de enfermedad profesional~~Denuncia individual de accidente del trabajo~~

Anexo N°3: DIAT y DIEP electrónica

Anexo N°4: Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con reposo laboral (RELA)

Anexo N°5: Orden de Reposo Ley N°16.744

Anexo N°6: Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con alta laboral (ALLA)

Anexo N°7: Certificado de alta laboral Ley N°16.744

Anexo N°8: Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con alta médica (ALME)

Anexo N°9: Certificado de alta médica Ley N°16.744

Anexo N°10: Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con la resolución de calificación (RECA)

Anexo N°11: Resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N° 16.744

Anexo N°12: Documento electrónico por medio del cual se remite información del documento de reingreso

Anexo N°13: Prescripción de medidas

Anexo N°14: Verificación de medidas

Anexo N°15: Notificación a la autoridad

Anexo N°16: Resolución de incapacidad permanente Ley N° 16.744

Anexo N°17 "Documento electrónico de la Resolución de Incapacidad Permanente (REIP)"

Anexo N°18: Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [142] RALF-Medidas

Anexo N°19: Documentos electrónicos

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

Anexo N°20: Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [145] RALF- Prescripción

Anexo N°21: Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [146] RALF- Verificación

Anexo N°22: Requisitos mínimos del formulario impreso eDoc [147] RALF- Notificación

Anexo N°23: Interacción de documentos electrónicos EVAST

Anexo N°24: Planilla de definición y Tablas EVAST/Silice

Anexo N°25: Descripción general de zonas por documento

Anexo N°26: Estructura y contenido de los documentos electrónicos de infracciones DT

Anexo N°27: Prescripción de Medidas Correctivas Infracciones DT

Anexo N°28: Descripción documentos electrónicos CAPACITACION SISESAT

Anexo N°41: Planilla de definición y de tablas EVAST/Estándar

Anexo N°42: Planilla de definición y de tablas EVAST/RPSL

Anexo N°43: Planilla de definición y de tablas EVAST/Plaguicidas