

**CIRCULAR N°
SANTIAGO,**

**CAJAS DE COMPENSACIÓN DE ASIGNACIÓN FAMILIAR
IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE LOS PLAZOS Y ANTECEDENTES CON
QUE DEBEN INFORMAR LOS RECLAMOS Y PRESENTACIONES EN EL
PROCEDIMIENTO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO ELECTRÓNICO**

Esta Superintendencia, en uso de las atribuciones que le confieren las Leyes N°s. 16.395, Orgánica de este Servicio, 18.883, que contiene el Estatuto Orgánico de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (C.C.A.F.), y 19.880, que estableció las Bases de los Procedimientos Administrativos de los Órganos de la Administración del Estado, y conforme lo establecido en el numeral B.1.3.c) de la Circular 3.394 de 2018, sobre Procedimiento Administrativo Electrónico, ha estimado necesario impartir instrucciones respecto de los plazos y antecedentes con que las Cajas de Compensación de Asignación Familiar deben informar los reclamos y presentaciones en el marco del procedimiento contencioso administrativo electrónico.

I. PLAZOS PARA LA REMISIÓN DE INFORMES Y ANTECEDENTES

1. FORMA DE CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

Los plazos establecidos en la presente Circular son de días hábiles administrativos, es decir, de lunes a viernes, entendiéndose que son inhábiles los días sábados, los domingos y los festivos.

2. PLAZO PARA LA REMISIÓN DE INFORMES, ANTECEDENTES Y FORMULARIOS

El plazo de que dispondrán las Cajas de Compensación de Asignación Familiar para el envío de los informes, antecedentes y formularios, será el que establezca el respectivo requerimiento. Para el caso que no existan instrucciones relativas al plazo, éste será de 5 días hábiles.

Los plazos se computarán a contar del día hábil siguiente a la puesta a disposición del requerimiento en el Sistema de Información del Procedimiento Administrativo Electrónico con que cuenta esta Superintendencia.

3. AMPLIACIÓN DE PLAZOS

Las entidades fiscalizadas, antes del vencimiento del plazo fijado, podrán solicitar de manera fundada una prórroga, hasta por el equivalente a la mitad del plazo original.

La Superintendencia ponderará los fundamentos de esa petición y en el evento que la acoja, se generará otro requerimiento ajustado a un nuevo plazo.

II. ANTECEDENTES QUE DEBEN SER REMITIDOS POR LAS C.C.A.F. SEGÚN LA MATERIA DE LA PRESENTACIÓN O RECLAMACIÓN

1. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL DE ORIGEN COMÚN Y MATERNAL.

a) INFORMES Y ANTECEDENTES

La respuesta de la Caja a la Superintendencia, en relación a los reclamos de los afiliados, deberá hacerse de manera formal, contemplando respecto de cada licencia reclamada, a lo menos, la información contenida en el FORMULARIO A, adjunto a la presente Circular.

La respuesta deberá abordar cada uno de los asuntos reclamados, con las correspondientes explicaciones.

La información que se registre en el aludido formulario deberá estar respaldada por las fotocopias de los documentos tenidos a la vista para determinar la procedencia y el cálculo del subsidio (licencia médica, archivo histórico de licencias, liquidaciones de sueldos, certificados de cotizaciones, contrato de trabajo cuando corresponda y finiquitos del mismo, si procede, certificado de afiliación y de pago de subsidios anteriores y otros que se estimen pertinentes), los que deberán ser remitidos junto al respectivo informe.

En los casos en que se rechazó efectuar el pago del subsidio por el término de la relación laboral, la Caja deberá acompañar el antecedente de respaldo, entre ellos, copia del finiquito, copia de la carta de aviso del término de la relación laboral u otro que dé cuenta de dicha situación.

Cuando la remuneración imponible considerada en el cálculo del subsidio sea inferior a la registrada en las liquidaciones de sueldos o en los certificados de cotizaciones, se deberá informar cuáles son los haberes imponibles que se consignan en dichas liquidaciones o certificados y que se excluyeron, entregando la razón o motivo por la que no se consideraron en el cálculo. A modo de ejemplo:

| MES | DETALLE / MOTIVO | MONTO |
|-------|---|-------|
| Mes 1 | Premio por antigüedad /Remuneración ocasional, se paga cuando el trabajador cumple 5, 10, 15... años en la empresa. | En \$ |

Tratándose de trabajadores dependientes, la información deberá considerar los tres meses que sirven de base para el cálculo del subsidio.

Cuando el reclamo involucre más de una licencia con solución de continuidad entre ellas, deberá informarse del cálculo del subsidio respecto de cada licencia con el detalle señalado, especificando los diagnósticos correspondientes.

2. PRESTACIÓN DE CRÉDITO SOCIAL

a) INFORME Y ANTECEDENTES

En el caso de reclamaciones sobre crédito social, la respuesta de la C.C.A.F. deberá abordar cada uno de los asuntos reclamados, con las correspondientes explicaciones.

A efectos de lo anterior, la C.C.A.F. deberá remitir a la Superintendencia la siguiente información, la que se contiene en el FORMULARIO B, que se adjunta.

- i. Nombre completo del reclamante
- ii. RUT
- iii. Número de Pagaré que respalda la operación de Crédito Social
- iv. Monto de la remuneración o pensión utilizada para el otorgamiento
- v. Fecha de otorgamiento
- vi. Fecha primer vencimiento
- vii. Tasa de interés pactada
- viii. Monto solicitado
- ix. Impuesto de timbres y estampillas
- x. Gastos notariales
- xi. Monto del interés desde la fecha de otorgamiento hasta el último día del mes anterior al primer vencimiento. (Proyección)
- xii. Monto afecto del crédito (sumatoria de viii), ix), x), xi))
- xiii. Número de cuotas
- xiv. Valor cuota mensual sin seguros
- xv. Seguro de desgravamen
- xvi. Seguro de cesantía
- xvii. Valor cuota mensual incluida prima de seguros
- xviii. Costo total del crédito
- xix. Estado del crédito

- xx. Reprogramaciones efectuadas (detallar los siguientes puntos por cada reprogramación)
- Fecha de reprogramación
 - Saldo capital insoluto
 - Valor total por cuotas morosas (valor cuota multiplicado por número de cuotas morosas)
 - Gastos de cobranza
 - Interés por morosidad
 - Monto condonado (intereses, otros.)
 - Monto reprogramado (*Sumatoria de: Saldo capital insoluto, valor total por cuotas morosas, gastos de cobranza, interés por morosidad, menos el monto condonado*)
 - Tasa de interés de reprogramación
 - Número de cuotas de reprogramación
 - Valor de cuota de reprogramación
 - Costo total de reprogramación
- xxi. Determinación del monto de prepago, con detalle de:
- Saldo capital, rebajadas las cuotas en tránsito
 - Comisión de prepago
 - Monto de intereses a la fecha del prepago por cuotas en tránsito
 - Monto prepago (*Saldo capital sumado a la comisión de prepago restando el Monto de intereses a la fecha del prepago por cuotas en tránsito*)

La información que se registre en el formulario B deberá estar respaldada por los documentos tenidos a la vista para evacuar la respuesta, remitiéndose a esta Superintendencia copia de lo siguiente:

- Solicitud de crédito social
- Pagaré
- Comprobantes de pago de remuneraciones o de pensiones que sirvieron de base para el otorgamiento
- Acuerdo de pago
- Reprogramación
- Certificado de prepago
- Cualquier otro antecedente pertinente

3. PRESTACIONES ADICIONALES Y COMPLEMENTARIAS

a) INFORMES Y ANTECEDENTES

La respuesta o informe de la C.C.A.F., a las presentaciones o reclamos de los afiliados en materia de prestaciones adicionales o complementarias, debe hacerse a esta Superintendencia de manera pormenorizada, refiriéndose a cada uno de los hechos reclamados, citando fechas, montos y documentos utilizados en el otorgamiento de la prestación.

La información proporcionada por la Caja de Compensación en la carta de respuesta deberá venir acompañada de los antecedentes que acrediten cada uno de los puntos mencionados en ella, la descripción de las condiciones en que fue otorgada la prestación y los requisitos que deben cumplir los causantes.

La respuesta deberá contener la referencia al año del Programa de Prestaciones Adicionales de la Caja a que corresponde la prestación adicional o la identificación del

Convenio de Prestaciones Complementarias que contiene el plan de beneficios respectivo, en el caso de estas prestaciones.

Asimismo, en su respuesta, la Caja de Compensación deberá acompañar copia de los siguientes documentos:

- i. Registro de descuentos efectuados a los afiliados por aportes y prestaciones
- ii. Notificaciones a la entidad pagadora a que se encuentra obligada la Caja con ocasión de los descuentos por concepto de prestaciones.

4. AFILIACION Y DESAFILIACIÓN DE PENSIONADOS.

a) INFORME Y ANTECEDENTES

En el caso de reclamaciones realizadas por pensionados sobre afiliación o desafiliación de C.C.A.F., la respuesta de la Caja deberá abordar cada uno de los asuntos reclamados, con las correspondientes explicaciones, haciendo mención especialmente a la fecha en que se suscribió la solicitud correspondiente, así como la fecha en que el Directorio aprobó su incorporación. También deberán individualizarse en la respuesta todos los descuentos que por concepto de aportes de afiliación se hubieren practicado en la pensión.

La C.C.A.F. en su respuesta deberá acompañar copia de los siguientes documentos:

- i. La Solicitud de Afiliación o de Desafiliación donde se observe claramente la fecha, timbre, impresión dactilar y firma del afiliado
- ii. Señalar el lugar de afiliación

5. PRESTACIONES FAMILIARES, APORTE FAMILIAR PERMANENTE DE MARZO, BONOS Y SUBSIDIOS.

a) INFORMES Y ANTECEDENTES

En el caso de reclamaciones en materias de Prestaciones Familiares, Aporte Familiar permanente de marzo, otros bonos y subsidios, es decir, reclamaciones respecto del Sistema Único de Prestaciones Familiares y Subsidio de Cesantía, bonos y subsidios de competencia de esta Superintendencia, la respuesta que la C.C.A.F. envíe a la Superintendencia deberá abordar cada uno de los asuntos reclamados, con las correspondientes explicaciones.

Sin perjuicio de lo anterior, se deberán remitir los siguientes documentos:

- i. Copia de la solicitud de reconocimiento o extinción de los causantes
- ii. Copia de contrato de trabajo del período reclamado y actual, si hubiere una nueva relación laboral o finiquito, según el caso
- iii. Copia del finiquito, si procediere, por haber terminado la relación laboral
- iv. Certificado histórico de cotizaciones previsionales del beneficiario
- v. Copia de la declaración jurada de ingresos correspondiente al período reclamado
- vi. Certificado de pago de subsidio por incapacidad laboral
- vii. Certificado de pago de pensiones y cualquier otro antecedente que tuvo a la vista para determinar el tramo de asignación familiar
- viii. Si se reclama reconocimiento de un causante mayor de 18 años de edad, certificados de alumno regular
- ix. Fotocopia íntegra y legible de la resolución de la COMPIN que rechazó o declaró la invalidez
- x. Copia de los documentos a que haga referencia en su informe
- xi. Cualquier otro antecedente que tuvo a la vista para resolver sobre la materia reclamada.

Para efectos del cálculo del tramo de asignación familiar, se deberá remitir el Formulario C.

III. **DÉJASE** sin efecto la letra A) del Numeral 1, de la Circular N°972, de 2002, de esta Superintendencia.

IV. **VIGENCIA**

La presente Circular entrará en vigencia una vez publicada.

V. **DIFUSIÓN**

Teniendo presente la importancia de lo regulado por medio de esta Circular, se solicita dar amplia difusión de su contenido.

CLAUDIO REYES BARRIENTOS
SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

PSA/CRR/NMM/DUV/CLLR/SVZ/CNC/ICR/RSS/LMG

DISTRIBUCIÓN:

C.C.A.F. LOS HÉROES

C.C.A.F. 18 DE SEPTIEMBRE

C.C.A.F. DE LOS ANDES

C.C.A.F. LA ARAUCANA

ANEXO 1
FORMULARIO A

FORMULARIO DE CÁLCULO DE LOS SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

| | | | |
|-------------------------|--|--------------------|--|
| <i>Marque con una X</i> | | | |
| ORIGINAL | | RELIQUIDADO | |

A. ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR

| | | | |
|--|-----------|--|-----------|
| <i>Ingrese los datos correspondientes</i> | | | |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR | | | |
| TRABAJADOR DEPENDIENTE | | | |
| N° DE LICENCIA | | | |
| PRIMERA LICENCIA | SI | | NO |
| DIAGNÓSTICO <i>(el consignado en la respectiva licencia)</i> | | | |
| FECHA DE INICIO DE LA LICENCIA | | | |
| N° DE DÍAS DE LA LICENCIA | | | |

B. REMUNERACIONES BASE DE CÁLCULO DEL SUBSIDIO

(inciso primero artículo 8° DFL N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social para trabajadores dependientes).

| | REMUNERACIÓN IMPONIBLE \$ | DESCUENTOS PREVISIONALES \$ | IMPUESTO \$ | REMUNERACIÓN NETA \$ | SUBSIDIO \$ | TOTAL |
|-------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|-------|
| Mes 1 | | | | | | |
| Mes 2 | | | | | | |
| Mes 3 | | | | | | |

En la columna de los meses que constituyen la base de cálculo se debe identificar el mes y el año.

C. DETERMINACIÓN DEL MONTO DEL SUBSIDIO DIARIO Y MONTO A PAGAR

| <i>Ingrese los datos correspondientes</i> | | |
|---|-------------|---------------------|
| GLOSA | OBSERVACIÓN | MONTO / CANTIDAD |
| MONTO DIARIO DEL SUBSIDIO <i>En caso de subsidios maternos se debe completar información de letra E</i> | | \$ |
| Número de días de subsidio | | |
| Monto diario por el número de días de subsidio | | \$ |
| Menos: Cotización para el seguro de cesantía | | \$ |
| Monto del subsidio a pagar por la licencia reclamada | | \$ |
| Remuneración imponible mes anterior al inicio de la licencia | | \$ |
| Base de cotización diaria | | \$ |

Cotizaciones pagadas por período de subsidio

Ingrese los datos correspondientes

| GLOSA | OBSERVACIÓN | MONTO |
|-----------------------------|-------------|-------|
| SALUD (%) | | \$ |
| PENSIONES (%) | | \$ |
| Desahucio o Indemnizaciones | | \$ |

D. REMUNERACIONES NO CONSIDERADAS EN LA BASE DE CÁLCULO DE LA LETRA B.- ANTERIOR

| Mes | Detalle/Motivo | Monto \$ |
|-----|----------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

E. CÁLCULO DE TOPE AL SUBSIDIO DIARIO

(inciso segundo artículo 8° DFL N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social).

Sólo para cálculo de subsidios maternos

| | REMUNERACIÓN IMPONIBLE \$ | DESCUENTOS PREVISIONALES \$ | IMPUESTO \$ | REMUNERACIÓN NETA \$ | SUBSIDIO \$ | TOTAL |
|--------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|-------|
| Mes 8 | | | | | | |
| Mes 9 | | | | | | |
| Mes 10 | | | | | | |

Ingrese los datos correspondientes

| GLOSA | OBSERVACIÓN | MONTO |
|--------------------------------|-------------|-------|
| MONTO TOPE DEL SUBSIDIO DIARIO | | \$ |

Ingrese los datos correspondientes

| GLOSA | OBSERVACIÓN | VALOR |
|------------------------|-------------|-------|
| IPC mes 2 IPC mes 9 | | |

Ingrese los datos correspondientes

| GLOSA | OBSERVACIÓN | MONTO |
|--|-------------|-------|
| Monto tope al subsidio diario actualizado | | \$ |
| Monto tope al subsidio diario actualizado e incrementado en 10% | | \$ |
| Monto diario del subsidio a considerar para pago de licencia Materna | | \$ |
| Número de días de subsidio | | \$ |
| Monto diario por el número de días de subsidio | | \$ |
| Cotización para el seguro de cesantía | | \$ |
| Monto del subsidio a pagar por la licencia reclamada | | \$ |
| Remuneración imponible mes anterior al inicio de la licencia | | \$ |
| Base de cotización diaria | | \$ |

Cotizaciones pagadas por período de subsidio

| <i>Ingrese los datos correspondientes</i> | | |
|---|--------------------|--------------|
| GLOSA | OBSERVACIÓN | MONTO |
| SALUD (%) | | \$ |
| PENSIONES (%) | | \$ |

F.- REMUNERACIONES NO CONSIDERADAS EN BASE DE CÁLCULO DE LA LETRA E.- ANTERIOR

| Mes | Detalle/Motivo | Monto \$ |
|------------|-----------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

BORRADOR

ANEXO 2**FORMULARIO B****CAJA DE COMPENSACIÓN DE ASIGNACIÓN FAMILIAR: Nombre de la Caja de Compensación
RESUMEN DEL ESTADO ACTUAL DEL CRÉDITO SOCIAL AL DD/MM/AAA**

| ANTECEDENTES DE LA OPERACIÓN DE CRÉDITO SOCIAL | | |
|---|---|-----------------------------------|
| i | Nombre | NOMBRES APELLIDOS |
| ii | RUT | XX.XXX.XXX-X |
| ANTECEDENTES DE LA OPERACIÓN DE CRÉDITO SOCIAL | | |
| iii | N° pagaré que respalda la operación | N° |
| iv | Monto de la pensión o remuneración utilizada para el otorgamiento | \$ |
| v | Fecha de otorgamiento | DD/MM/AA |
| vi | Fecha primer vencimiento | DD/MM/AA |
| vii | Tasa de interés pactada | % |
| viii | Monto solicitado | \$ |
| ix | Impuestos de timbres y estampillas | \$ |
| x | Gastos Notariales | \$ |
| xi | Monto del interés desde la fecha de otorgamiento hasta el último día del mes anterior al primer vencimiento. (Proyección) | \$ |
| xii | Monto afecto del crédito (sumatoria de viii), ix), x), xi)) | \$ |
| xiii | Número de cuotas | N° |
| xiv | Valor cuota mensual sin seguros | \$ |
| xv | Seguro de desgravamen | \$ |
| xvi | Seguro de cesantía | \$ |
| xvii | Valor cuota mensual incluida prima de seguros | \$ |
| xviii | Costo total del crédito | \$ |
| ixx | Estado del crédito | VIGENTE, PAGADO, CASTIGADO |
| xx | REPROGRAMACIONES EFECTUADAS (detallar los siguientes puntos por cada reprogramación) | |
| | Fecha de reprogramación | DD/MM/AA |
| | Saldo capital insoluto | \$ |
| | Valor total por cuotas morosas (valor cuota multiplicado por número de cuotas morosas) | \$ |
| | Gastos de cobranza | \$ |
| | Interés por morosidad | \$ |
| | Monto condonado (intereses, otros.) | \$ |
| | Monto reprogramado (Sumatoria de: Saldo capital insoluto, valor total por cuotas morosas, gastos de cobranza, interés por morosidad, menos monto condonado) | \$ |
| | Tasa de interés de reprogramación | % |
| | Número de cuotas de reprogramación | N° |
| | Valor de cuota de reprogramación | \$ |
| | Costo total de reprogramación | \$ |
| xxi | DETERMINACIÓN DEL MONTO DEL PREPAGO | |
| | Saldo capital, rebajadas las cuotas en tránsito | \$ |
| | Comisión de prepago | \$ |
| | Monto de intereses a la fecha del prepago por cuotas en tránsito | \$ |
| | Monto prepago (Saldo capital sumado a la comisión de prepago restando el Monto de intereses a la fecha del prepago por cuotas en tránsito) | \$ |

ANEXO 3

FORMULARIO C

FORMULARIO DE CÁLCULO DE TRAMO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR

En el caso de trabajador que sólo tiene remuneración, se debe remitir el siguiente formulario:

En el formulario se deben indicar los ingresos de cada mes asociado al cálculo de ingreso promedio que se realice.

| Mes | Remuneración | Total ingresos |
|--------------|--------------|----------------|
| enero | | |
| febrero | | |
| marzo | | |
| abril | | |
| mayo | | |
| junio | | |
| Total | | |

Promedio

En el formulario se deben indicar los ingresos de cada mes asociado al cálculo de ingreso promedio que se realice.

En el caso de que el trabajador tenga más de una fuente de ingresos (no subsidio por incapacidad laboral), se deben agregar tantas columnas como fuente del ingreso.

En el caso de trabajador con subsidio por incapacidad laboral, se debe remitir el siguiente formulario:

| Mes | Remuneración empleador | Subsidio Líquido | Cotizaciones por subsidio | | Total |
|----------------|------------------------|------------------|---------------------------|-------|-------|
| | | | Pensión | Salud | |
| Enero | | | | | |
| Febrero | | | | | |
| Marzo | | | | | |
| Abril | | | | | |
| Mayo | | | | | |
| Junio | | | | | |
| Total | | | | | |

Promedio

En este caso, se indican los montos de remuneración de empleador en la columna respectiva. Además, que se deben indicar los montos de subsidios líquidos, cotizaciones de pensión y de salud asociadas a ese subsidio **pagadas en cada mes**.

Cabe señalar que, para determinar los montos de subsidios líquidos, cotizaciones de pensión y de salud de cada mes, se deben calcular los montos pagados cada mes, sumando subsidios en el caso de existir más en un mes, y prorratear a cada mes en el caso de que un determinado subsidio haya sido pagado en un periodo que considere más de un mes.

Particularmente, se debe ingresar el monto de la remuneración mensual, de acuerdo a los antecedentes que se tienen a la vista.