

**CIRCULAR N°**

**SANTIAGO,**

**IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA  
SINIESTRALIDAD EFECTIVA DEL D.S. N°67, DE 1999, DEL MINISTERIO DEL  
TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL**

**MODIFICA EL LIBRO II. AFILIACIONES Y COTIZACIONES, EL LIBRO IV.  
PRESTACIONES PREVENTIVAS Y EL LIBRO VII. ASPECTOS OPERACIONALES Y  
ADMINISTRATIVOS, DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SEGURO SOCIAL DE  
ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA LEY N°  
16.744**

La Superintendencia de Seguridad Social, en uso de las atribuciones que le confieren los artículos 2°, 3°, 30 Y 38 de la Ley N°16.395 y el artículo 12 de la Ley N°16.744, y considerando las modificaciones introducidas al D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, por el D.S N°7, de 2021, del mismo ministerio, ha estimado pertinente modificar y/o complementar las instrucciones contenidas en los Libros II, IV y VII del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744.

## **I. INTRODÚCENSE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES EN EL LIBRO II. AFILIACIONES Y COTIZACIONES**

1. Modifícase la Letra A. Adhesión de entidades empleadoras a mutualidades de empleadores, del Título I. Afiliaciones y cambio de organismo administrador, en los siguientes términos:

1.1 Incorpórase al final de la letra a) del número 1. Adhesión de entidades empleadoras a mutualidades de empleadores, el siguiente número:

“xi. Precisar si consiente o no en ser notificado por correo electrónico de las comunicaciones y resoluciones que se emitan durante los procesos de evaluación de siniestralidad efectiva y en caso, afirmativo, la dirección de correo electrónico que autorizará para ese efecto.”.

1.2 Agrégase en el número i de la letra c) el número 1. Adhesión de entidades empleadoras a mutualidades de empleadores, de, antes del punto final, la siguiente oración:

“, entre ellos, el correo electrónico que hubieren autorizado para ser notificado electrónicamente de las comunicaciones o resoluciones que se emitan durante el proceso de evaluación de siniestralidad efectiva.”.

1.3 Elimínase en la letra g), el número iii.

2. Modifícase el Capítulo III. Proceso de evaluación, de la Letra B. Cotización adicional diferenciada, del Título II. Cotizaciones, del siguiente modo:

2.1 Elimínase en el número 1. Inicio del proceso, el tercer párrafo.

2.2 Agréganse en el número 1. Inicio del proceso, los siguientes párrafos tercero y cuarto nuevos:

“De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del D.S N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el organismo administrador al que se encuentre adherida o afiliada la entidad empleadora al 1° de julio del año en que se realiza el proceso de evaluación de la siniestralidad efectiva, será el responsable de efectuar íntegramente dicho proceso, aun cuando durante el mismo la entidad empleadora se cambie de organismo administrador.

El organismo administrador responsable del proceso, deberá:

- a) Recibir directamente de las entidades empleadoras, las solicitudes de rectificación de errores de hecho y los antecedentes que acompañen para acreditar los requisitos que le son exigibles para la rebaja o exención de su tasa de cotización adicional
- b) Recibir directamente y pronunciarse sobre los recursos de reconsideración que las entidades empleadoras interpongan en contra de las resoluciones que fijan la nueva tasa de cotización adicional diferenciada, y
- c) Notificar directamente a las entidades empleadoras y cuando corresponda, al nuevo organismo administrador, las comunicaciones y resoluciones que se emiten durante el proceso de evaluación, es decir, las cartas que comunican el inicio del proceso de

evaluación y las resoluciones que fijan la nueva tasa de cotización adicional diferenciada, acompañada de los antecedentes que sustentan su cálculo, las que se pronuncian sobre los recursos de reconsideración interpuestos y las que dejan sin efecto la rebaja o exención, si posteriormente se constata el incumplimiento de los requisitos.”.

2.3 Modifícase el número 2. Carta y antecedentes a remitir a las entidades empleadora, de la siguiente manera:

a) Agrégase en el primer párrafo, a continuación del primer punto seguido, la siguiente oración:

“De igual modo, podrán notificarla por correo electrónico, a las entidades empleadoras que hubieren consentido en ser notificadas por esa vía e informado una dirección de correo electrónico para ese efecto.”.

b) Modifícase el listado del tercer párrafo, de acuerdo con lo siguiente:

i) Reemplázase el Anexo N°8 “Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa -adherida a Mutualidad - con cotizaciones al día - Requisitos a acreditar”, por el siguiente: Anexo N°8 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja - cumple ambos requisitos.”.

ii) Reemplázase el Anexo N°9 “Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa -adherida a Mutualidad - sin cotizaciones al día - Requisitos a acreditar”, por el siguiente: “Anexo N°9 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa no adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja – cumple ambos requisitos.”.

iii) Reemplázase el Anexo N°10 “Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa - no adherida a Mutualidad - con cotizaciones por verificar - Requisitos a acreditar”, por el siguiente: Anexo N°10 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa adherida a mutualidad -podría acceder a rebaja - debe acreditar ambos requisitos.”.

iv) Reemplázase el Anexo N°11 “Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa- no adherida a Mutualidad - sin cotizaciones al día - Requisitos a acreditar”, por el siguiente: Anexo N°11 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa no adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja - debe acreditar ambos requisitos.”.

v) Elimínanse el Anexo N°12 "Declaración Jurada de Existencia y Funcionamiento de Comités Paritarios de Higiene Y Seguridad"; el Anexo N°13 "Declaración Simple de Existencia y Funcionamiento de Departamento de Prevención de Riesgos", y el Anexo N°14 "Declaración Simple de Existencia de Reglamento de Higiene y Seguridad y Obligación de Informar".

vi) Agregáanse el Anexo N°20 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja - debe acreditar cotizaciones”; Anexo N°21 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa no adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja - debe acreditar cotizaciones”; el Anexo N°22 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja - debe acreditar SGSST”, y el Anexo N°23 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa no adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja - debe acreditar SGSST”.

c) Elimínanse los párrafos cuarto y quinto, pasando los párrafos sexto y séptimo y octavo

actuales, a ser los párrafos cuarto, quinto y sexto nuevos.

- d) Intercálase en el párrafo sexto actual que ha pasado a ser el párrafo cuarto nuevo, entre las expresiones “empleadores,” y “su domicilio”, el siguiente texto: “a las que se notifique por carta certificada,”.

- 2.4 Agregase en el número 3. Rectificación de antecedentes, en el párrafo único, a continuación del punto final, que ha pasado a ser punto seguido, la siguiente oración:

“Si esa carta se hubiere notificado por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.”.

- 2.5 Modifícase el número 8. Requisitos para acceder a exenciones y rebajas de la cotización adicional, de la siguiente forma:

- a) Reemplázase el primer párrafo, por el siguiente:

“De acuerdo con el artículo 8° del citado D.S. N°67, para acceder a la exención o rebaja de la cotización adicional, las entidades empleadoras deben acreditar a más tardar al 31 de octubre del año en que se realice el Proceso de Evaluación, ante el organismo administrador al que se encontraban adheridas o afiliadas al 1° de julio de ese año, el cumplimiento de los requisitos que el citado artículo establece.”.

- b) Modifícase la letra a), de la siguiente manera:

i) Reemplázase el título por el siguiente: “Encontrarse al día en el pago de las cotizaciones del Seguro de la Ley N°16.744”.

ii) Elimínase el primer párrafo, pasando el segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto y séptimo párrafo, a ser los nuevos primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto, respectivamente.

- c) Reemplázase la letra b), por la siguiente:

“b. Haber mantenido en funcionamiento durante el último período anual del período de evaluación, un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SGSST).

Por ejemplo, para el proceso de evaluación que se inicia el 1° de julio del 2023, el SGSST deberá haberse mantenido en funcionamiento entre el 1° de julio del 2022 y el 30 de junio de 2023.

- i. Cumplimiento del requisito

Se entenderá que el SGSST ha sido implementado y se encuentra en funcionamiento cuando la entidad empleadora cuenta con una política de seguridad y salud en el trabajo, con un diagnóstico de situación y con un programa de trabajo preventivo, con los elementos básicos que respecto de cada uno de esos instrumentos se indican en el número i), letra c), número 2, Letra D, Título II, del Libro IV y en los formatos contenidos en el Anexo N°40 “Política de Seguridad y Salud en el Trabajo”, el Anexo N°41 “IPER entidades de hasta 25 trabajadores”, el Anexo N°42 “IPER entidades de más de 25 trabajadores” y el Anexo N°43 “Programa de trabajo preventivo”, de la Letra K, Título II, del citado libro.

A su vez, se entenderá que la entidad empleadora cuenta con una política de seguridad y salud en el trabajo y con un diagnóstico de situación, cuando éstos han sido elaborados o actualizados dentro de los dos últimos años anteriores al 1° de julio del año en que se inicia el último período anual del período de evaluación, sin perjuicio de las actualizaciones realizadas con posterioridad a esa fecha.

Por su parte, se entenderá que la entidad empleadora cuenta con un programa de

trabajo, cuando éste ha sido elaborado o actualizado dentro de los 12 meses anteriores al 1° de julio del año en que se inicia el último período anual del proceso de evaluación e incluye actividades realizadas o a desarrollar durante ese último período anual.

Así, por ejemplo, para el proceso de evaluación que se inicia el 1° de julio del 2023, la política y el diagnóstico de situación deberán haber sido elaborados o actualizados entre el 1° de julio de 2020 y el 30 de junio de 2022.

Siguiendo el mismo ejemplo, el programa de trabajo deberá haber sido elaborado o actualizado, entre el 1° de julio de 2021 y el 30 de junio del 2022, y contener actividades realizadas o a desarrollar entre el 1° de julio 2022 y el 30 de junio de 2023.

ii. Acreditación de su cumplimiento

Este requisito deberá ser acreditado mediante la presentación de una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de la política, del diagnóstico de situación y del programa de trabajo.

La declaración y los documentos de respaldo, podrán ser presentados en formato papel o digital, utilizando en este último caso los conductos o vías de remisión que el organismo administrador responsable determine, por ejemplo: correo electrónico, plataformas digitales, etc.

Para este efecto, se podrá utilizar el formato de declaración simple contenido en el Anexo N°24 “Declaración Simple del funcionamiento del Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo”, de la Letra N de este título, el cual se deberá anexar a las cartas que comunican a las entidades empleadoras que pueden acceder a la rebaja o exención de su tasa de cotización adicional, el inicio del proceso de evaluación y los requisitos para acceder a esa rebaja. Sin perjuicio de lo anterior, el aludido formato deberá ser puesto a disposición de esas entidades empleadoras, en el respectivo sitio web del organismo administrador responsable.

Se exceptúan de esta acreditación, aquellas entidades empleadoras que durante el último período anual del período de evaluación, han recibido alguna asistencia técnica de su organismo administrador y en ese contexto éste ha verificado la implementación y funcionamiento del SGSST, según lo requerido en el número i) de esta letra b). Cuando se configure esta situación, el organismo administrador deberá dejar constancia en un registro especialmente creado para ese efecto, e informar a la entidad empleadora en la carta que comunica el inicio del proceso de evaluación, que no deberá acreditar el cumplimiento de este requisito.

iii. Verificación del funcionamiento del SGSST. Revisión del diagnóstico y del programa de trabajo preventivo

Durante el año calendario posterior a aquél en que se realiza el proceso de evaluación, el organismo administrador de actual adhesión o afiliación, deberá efectuar una revisión aleatoria de una muestra representativa de las empresas que accedieron a la exención o rebaja de su tasa de cotización, con la finalidad de verificar los siguientes aspectos:

- La efectiva implementación y mantención en funcionamiento del SGSST durante el último período anual del período de evaluación.

Si constata que durante ese último período anual la entidad no cumplió, conforme a lo requerido en el citado número i), con mantener en

funcionamiento el SGSST, deberá dejar sin efecto la rebaja o exención, mantener la tasa de cotización adicional determinada en el proceso de evaluación anterior y cobrar a la entidad empleadora las diferencias de cotizaciones que correspondan. Si el organismo administrador de actual adhesión o afiliación es distinto del organismo administrador responsable, deberá remitir a este último los antecedentes de esa verificación, para que los analice y en caso de corresponder, deje sin efecto la rebaja, mediante una nueva resolución, todo ello dentro de un plazo no superior a 30 días.

- La calidad del diagnóstico y su coherencia con el programa de trabajo preventivo.  
Si se detectan deficiencias en este ámbito, el organismo administrador de actual adhesión o afiliación, deberá otorgar la asistencia técnica necesaria para subsanar esas deficiencias, prescribiendo las medidas pertinentes.”.

d) Elimínase la letra c), pasando la actual letra d) a ser la nueva letra c).

2.6 Modifícase el número 9. Notificaciones, del siguiente modo:

a) Modifícase el primer párrafo de la siguiente forma:

- i) Reemplázase la letra “o” por una coma “,”.
- ii) Incorpórase a continuación de la primera coma, la expresión “o por correo electrónico,”.

b) Agrégase el siguiente párrafo tercero nuevo, pasando los actuales párrafos tercero, cuarto y quinto, a ser los párrafos cuarto, quinto y sexto.

“Solo se podrá notificar por correo electrónico a las entidades empleadoras que a más tardar durante el mes de junio del año en que se realiza el proceso de evaluación, hubieren manifestado ante el organismo administrador responsable del proceso de evaluación, su consentimiento para ser notificados por esa vía e indicado una dirección de correo electrónico para tal efecto. Dicho consentimiento podrá ser otorgado al momento de la adhesión, conforme a lo instruido en el número 1, Letra A, Título I, de este Libro o durante la vigencia de la misma, según lo instruido en el número 4, Capítulo III, Letra A, Título III, del Libro VII.”.

c) Modifícase el actual párrafo quinto, que pasó a ser el párrafo sexto, de la siguiente forma:

- i) Reemplázase la letra “o” por una coma “,”.
- ii) Incorpórase a continuación de la expresión “carta certificada”, la expresión “o por correo electrónico, según corresponda”.

3. Modifícase la letra a) causales, del número 2 del Capítulo IV. Recargos de la tasa de cotización adicional, de la Letra B. Cotización adicional diferenciada, del Título II. Cotizaciones, en los siguientes términos:

a) Modifícase el primer párrafo de la siguiente forma:

- i) Reemplázase la expresión “por denuncia” por “a petición”.
- ii) Incorpórase entre las expresiones “cuando corresponda,” y “del Comité Paritario de Higiene y Seguridad”, la expresión “o por denuncia”.
- iii) Reemplázase el verbo “podrán” por “deberán”.
- iv) Elimínase la oración que existe a continuación de la expresión “en virtud de las siguientes causales:”.

b) Elimínase el segundo párrafo.

- c) Agrégase en el número i), luego de la palabra “trabajo” la expresión “de carácter grave”.
- d) Incorpóranse al final de esta letra, los siguientes párrafos:

“De acuerdo con lo establecido en el inciso final del artículo 66 de la Ley N°16.744, en relación con sus artículos 16 y 68, también procederá aplicar este recargo, cuando la entidad empleadora incumpla las medidas de prevención indicadas por el Departamento de Prevención o Comité Paritario de Higiene y Seguridad, siempre que hayan sido ratificadas por el organismo administrador respectivo.

En recargos por las causales anteriores se impondrán sin perjuicio de las demás sanciones que correspondan conforme a las disposiciones legales vigentes.”.

4. Modifícase la Letra N. Anexos, del Título II. Cotizaciones, del siguiente modo:

- a) Elimínanse los anexos: Anexo N°12 "Declaración Jurada de Existencia y Funcionamiento de Comités Paritarios de Higiene y Seguridad", Anexo N°13 "Declaración Simple de Existencia y Funcionamiento de Departamento de Prevención de Riesgos" y el Anexo N°14 "Declaración Simple de Existencia de Reglamento de Higiene y Seguridad y Obligación de Informar".
- b) Reemplázanse los anexos: Anexo N°4 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa adherida a Mutualidad - mantiene tasa"; Anexo N°5 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa no adherida a Mutualidad - mantiene tasa"; Anexo N°6 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa adherida a Mutualidad - recarga tasa"; Anexo N°7 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa no adherida a Mutualidad - recarga tasa"; Anexo N°8 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa -adherida a Mutualidad - con cotizaciones al día - Requisitos a acreditar"; Anexo N°9 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa -adherida a Mutualidad - sin cotizaciones al día - Requisitos a acreditar"; Anexo N°10 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa - no adherida a Mutualidad - con cotizaciones por verificar - Requisitos a acreditar", y Anexo N°11 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa- no adherida a Mutualidad - sin cotizaciones al día - Requisitos a acreditar", por los que se adjuntan a esta circular.
- c) Incorpóranse los anexos: Anexo N°20 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja - debe acreditar cotizaciones”; Anexo N°21 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa no adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja - debe acreditar cotizaciones”; el Anexo N°22 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja - debe acreditar SGSST”, y el Anexo N°23 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa no adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja - debe acreditar SGSST”, y Anexo N°24 “Declaración Simple del funcionamiento del Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo”, los que se adjuntan a esta circular.

**II. MODIFÍCASE EL TITULO II. RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES DE LOS ORGANISMOS ADMINISTRADORES Y DE LOS ADMINISTRADORES DELEGADOS, DEL LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:**

- 1. Modifícase el número 2. Asistencia técnica en la implementación de sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST), de la Letra D. Asistencia técnica, de acuerdo a lo siguiente:
  - d) Elimínase en el primer párrafo, el texto que existe a continuación del punto seguido, que pasa a ser punto aparte.
  - e) Incorpórase la siguiente letra a), después del primer párrafo:

“a) Asistencia a entidades empleadoras y centros de trabajo categorizados como de criticidad alta

Tratándose de entidades empleadoras y centros de trabajo categorizados como de "criticidad alta" o en otra categoría equivalente, según el algoritmo de priorización, el organismo administrador deberá prescribir la implementación de un SGSST y otorgar la correspondiente asesoría. Si la entidad empleadora ya tiene implementado un SGSST, deberá otorgarle asistencia técnica para que verifique si considera todos los factores de riesgo existentes.”.

f) Incorpórase la siguiente letra b), como encabezado de los actuales párrafos segundo y tercero, que pasan a ser los párrafos primero y tercero de esta letra:

“b) Asistencia según el tamaño de las entidades empleadoras y/o en cumplimiento a disposiciones legales y reglamentarias específicas”.

g) Agrégase en la nueva letra b), el siguiente párrafo segundo:

“En el caso de las empresas portuarias que por aplicación del artículo 33 del D.S. N° 90 de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, deben implementar un SGSST, se deben considerar los elementos mínimos establecidos en el artículo 34 del mismo decreto.”.

h) Modifícase en el párrafo tercero actual, la numeración en letras latinas minúsculas por números romanos.

i) Incorpórase la siguiente letra c) nueva:

“c. Asistencia técnica prevista en el artículo 10 del D.S N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social

De conformidad con el artículo 8° del citado D.S. N° 67, para acceder a la rebaja o exención de la tasa de cotización adicional diferenciada, las entidades empleadoras deberán acreditar que han mantenido en funcionamiento durante el último período anual un SGGST.

Dicho sistema debe contener, a lo menos, una política de seguridad y salud en el trabajo, aprobada por su representante legal, un diagnóstico de situación y un programa de trabajo preventivo.

Para estos efectos, los organismos administradores deberán otorgar asistencia técnica a las entidades empleadoras que la requieran, incluyendo las siguientes acciones:

i) Poner a disposición de las entidades empleadoras que no han implementado un SGSST, formatos para la elaboración de la política de seguridad y salud en el trabajo, del diagnóstico de situación y del programa de trabajo preventivo.

Para lo anterior, los organismos administradores deberán utilizar los formatos contenidos en el Anexo N°40 “Política de Seguridad y Salud en el Trabajo”, el Anexo N°41 “IPER entidades de hasta 25 trabajadores”, el Anexo N°42 “IPER entidades de más de 25 trabajadores” y el Anexo N°43 “Programa de trabajo preventivo” de la Letra K, Título II de este libro.

Los elementos básicos de la política, del programa de trabajo preventivo y de los instrumentos para el diagnóstico de situación, se precisan a continuación y se encuentran contenidos en los formatos de los citados anexos.

- La política de seguridad y salud en el trabajo, debe establecer las directrices que orientarán los programas y acciones de la entidad empleadora en materia de seguridad y salud en el trabajo, debiendo explicitar a lo menos, el compromiso de la entidad empleadora con la prevención de riesgos de accidentes y enfermedades

laborales; el cumplimiento de la normativa legal vigente sobre seguridad y salud en el trabajo; la promoción de mecanismos de diálogo y de participación de los trabajadores y de sus representantes en los temas de seguridad y salud en el trabajo, y las propuestas de mejoramiento continuo en dichas materias, con la finalidad de contar con un ambiente laboral seguro y saludable.

- El programa de trabajo preventivo deberá contener a lo menos la identificación y dirección de la entidad empleadora; el período de vigencia y fecha de elaboración del programa; la identificación del encargado del programa; el detalle de las actividades y/o acciones a realizar; las fechas de programación y de ejecución de las actividades; los responsables de su implementación; las fechas de revisión del programa, y la firma del representante legal o de quién este designe para la aprobación del programa.
- El diagnóstico de situación deberá contener una evaluación del cumplimiento normativo, para cuyo efecto los organismos administradores deberán poner a disposición de las entidades empleadoras el Anexo N°2 “Autoevaluación inicial de cumplimiento de aspectos legales”, de la letra K. Anexos, del Título II, de este libro.

Asimismo, el referido diagnóstico deberá contener una identificación de peligros y evaluación de riesgos, cuyo contenido dependerá del tamaño de la entidad empleadora:

- En las entidades empleadoras de hasta 25 trabajadores que no cuenten con dicha evaluación, los organismos administradores deberán poner a su disposición una matriz de riesgos que incluya los elementos del Anexo N°41 “IPER de entidades de hasta 25 trabajadores”, precisando la tarea evaluada, el riesgo específico, el resultado de la evaluación del riesgo y la medida de control.
- En las entidades empleadoras de más de 25 trabajadores que no cuenten con dicha evaluación, los organismos administradores deberán poner a su disposición una matriz de riesgos que incluya los elementos del Anexo N°42 “IPER de entidades de más de 25 trabajadores”, precisando la tarea evaluada, si es rutinaria o no; el riesgo específico; el valor asignado a la variable probabilidad y consecuencia; el resultado de la evaluación del riesgo y las medidas de control.

Los formatos de política, de diagnóstico de situación y del programa de trabajo preventivo, podrán ser complementados por la entidad empleadora y/o el organismo administrador con la información que consideren pertinente.

- ii) Informar y/o poner a disposición de las entidades empleadoras que no cuenten con un SGSST, un instructivo que detalle de manera clara y sencilla cómo se deben completar los instrumentos antes señalados.
- iii) Realizar actividades de capacitación para la adecuada elaboración de los instrumentos antes señalados por parte de la entidad empleadora.
- iv) Informar a las entidades empleadoras que tengan implementado un SGSST, que revisen su política de seguridad y salud en el trabajo, su diagnóstico de situación y el programa de trabajo preventivo, para verificar que contengan los elementos básicos señalados en el número i) anterior.

2. Elimínase en el número 3. Instrucciones a los organismos administradores y administradores delegados sobre el uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21, del Capítulo V. Evaluación de riesgo psicosocial laboral, de la Letra F. Evaluación ambiental y de salud, la última oración de la letra k).

3. Incorpóranse en la Letra K. Anexos, los anexos: Anexo N°40 “Política de Seguridad y Salud en el Trabajo”, Anexo N°41 “IPER entidades de hasta 25 trabajadores”, Anexo N°42 “IPER entidades de

más de 25 trabajadores” y Anexo N°43 “Programa de trabajo preventivo”, que se adjuntan a esta circular.

### **III. INCORPÓRASE LA SIGUIENTE MODIFICACIÓN EN EL TÍTULO III. DIFUSIÓN Y TRANSPARENCIA, DEL LIBRO VII. ASPECTOS OPERACIONALES Y ADMINISTRATIVOS**

Agrégase en la letra c) del número 4. Servicios por internet y centro de atención telefónica (call center), del Capítulo III. Medios de información, comunicación y difusión, de la Letra A. Difusión, el siguiente número nuevo:

“ix. Mantener a disposición de las entidades adheridas o afiliadas, un modelo o formato de declaración, suscrita por sus representantes legales, que les permita expresar su consentimiento para ser notificadas a la o las direcciones de correo electrónico que autoricen, de las comunicaciones y resoluciones que se emitan durante el proceso de evaluación por siniestralidad efectiva.

En dicho formato, se deberá consignar que es obligación de la entidad empleadora mantener actualizada las direcciones de correo electrónico que autoricen e informar oportunamente su voluntad de revocar su consentimiento o cualquier circunstancia que impida o dificulte su notificación por esta vía.”.

### **IV. VIGENCIA**

Las modificaciones introducidas por la presente circular, entrarán en vigencia a partir de su publicación.

### **V. DISPOSICIÓN TRANSITORIA**

Dentro de los 30 días siguientes a la publicación de esta circular, los organismos administradores deberán realizar actividades de difusión masiva de los nuevos requisitos para acceder a la rebaja o exención de la tasa de cotización adicional, en especial, sobre cuándo se entenderá cumplido el nuevo requisito relativo al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, cómo se acreditará, cuál será el organismo responsable del proceso y ante el cual se deberán acreditar los requisitos. Lo anterior, a través de correos electrónicos, mediante información en sus páginas web y otros canales que estimen pertinentes.

**MARÍA SOLEDAD RAMÍREZ HERRERA**  
**SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL**

#### **DISTRIBUCIÓN:**

(Incluye 17 Anexos)

- Organismos administradores del Seguro de la Ley N° 16.744

Copia informativa a:

- Departamento de Supervisión y Control
- Departamento Contencioso Administrativo
- Departamento de Regulación
- Unidad de Prevención y Vigilancia
- Unidad de Gestión Documental e Inventario



Logo  
Organismo  
Administrador

## ANEXO N°4

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA ADHERIDA A MUTUALIDAD (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, además de la tasa de cotización básica, 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.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

Asimismo, efectuada la investigación del o del 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 se cuenta 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 %.**



## ANEXO N°5

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA NO ADHERIDA A MUTUALIDAD

(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 además de la tasa de cotización básica, 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.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deberán ser presentadas ante esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, aun cuando con posterioridad al 1 de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

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 se cuenta 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 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°6

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA ADHERIDA A MUTUALIDAD (Recarga 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 además de la tasa de cotización básica, 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.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

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 se cuenta 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°7

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA NO ADHERIDA A MUTUALIDAD (Recarga 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

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.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

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 se cuenta 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**



Logo  
Organismo  
Administrador

## ANEXO N°8

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA QUE PODRÍA ACCEDER A REBAJA DE TASA –ADHERIDA A MUTUALIDAD

(con cotizaciones al día y SGSST en funcionamiento)

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 la tasa de cotización básica, deberá pagar a durante los años 20... y 20....

Los antecedentes con que se cuenta 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 de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando usted se hubiere cambiado de organismo administrador con posterioridad al 1° de julio del año en curso.

#### 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. HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año xxxx al 30 de junio año xxxx), UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST).

De acuerdo a nuestros registros, usted ha cumplido con mantener en funcionamiento un SGSST, durante el último período anual del período de evaluación.

Por lo tanto, usted no deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos que exige el artículo 8° del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para acceder a la rebaja o exención de su cotización adicional diferenciada.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal de esta Mutualidad más cercana, o en su página WEB: [www.....](#) o al teléfono .....

BORRADOR



## ANEXO N°9

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA QUE PODRÍA ACCEDER A REBAJA DE TASA – NO ADHERIDA A MUTUALIDAD

(con cotizaciones al día y SGSST en funcionamiento)

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 la tasa de cotización básica, deberá pagar a durante los años 20.. y 20....

Los antecedentes con que se cuenta 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 de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, aun cuando usted se hubiere cambiado de organismo administrador con posterioridad al 1° de julio del año en curso.

#### 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. HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año xxxx al 30 de junio año xxxx) DEL PERÍODO DE EVALUACIÓN, UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST).**

De acuerdo a nuestros registros, usted ha cumplido con mantener en funcionamiento un SGSST, durante el último período anual del período de evaluación.

Por lo tanto, usted no deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos que exige el artículo 8° del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para acceder a la rebaja o exención de su cotización adicional diferenciada.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal de esta Mutualidad más cercana, o en su página WEB: [www.....](#) o al teléfono .....

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

BORRADOR



## ANEXO N°10

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA QUE PODRÍA ACCEDER A REBAJA DE TASA - ADHERIDA A MUTUALIDAD

(Debe acreditar cotizaciones al día y funcionamiento del SGSST)

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 la tasa de cotización básica, deberá pagar durante los años 20... y 20.....

Los antecedentes con que se cuenta 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 de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

**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

Para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago usted dispone de los plazos que se indican en el número 2) siguiente. El pago deberá acreditarse acompañando las copias de las planillas de declaración y pago correspondientes.

**b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año xxxx al 30 de junio año xxxx), UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)**

Para acreditar este requisito deberá presentar una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de la política de seguridad y salud en el trabajo, del diagnóstico de situación y del programa de trabajo preventivo.

La declaración y los documentos de respaldo podrán ser presentados en formato papel o digital. Si opta por enviarlos en formato digital debe hacerlo a través de .....(señalar las opciones, por ejemplo, correo electrónico, plataforma digital etc.)

Para este efecto, podrá utilizar el formato de declaración simple adjunto a esta carta.

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

El cumplimiento de los requisitos indicados en el número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20..... Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20.....

Sin embargo, si no pudiera acreditarlos dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20..., en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar los requisitos indicados en el número 1), no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá hasta la próxima evaluación de siniestralidad efectiva, la tasa de cotización vigente al 1° de julio de este año.

## ANEXO N° 11



Logo  
Organismo  
Administrador

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA QUE PODRÍA ACCEDER A REBAJA DE TASA – NO ADHERIDA A MUTUALIDAD

(Debe acreditar cotizaciones al día y funcionamiento del SGSST)

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 la tasa de cotización básica, deberá pagar durante los años 20... y 20....

Los antecedentes con que se cuenta 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 de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

#### 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

Para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago usted dispone de los plazos que se indican en el número 2) siguiente. El pago deberá acreditarse acompañando las copias de las planillas de declaración y pago correspondientes.

**b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año xxxx al 30 de junio año xxxx), UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)**

Para acreditar este requisito deberá presentar una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de la política de seguridad y salud en el trabajo, del diagnóstico de situación y del programa de trabajo preventivo.

La declaración y los documentos de respaldo podrán ser presentados en formato papel o digital. Si opta por enviarlos en formato digital debe hacerlo a través de .....(señalar las opciones, por ejemplo, correo electrónico, plataforma digital etc.)

Para este efecto, podrá utilizar el formato de declaración simple adjunto a esta carta.

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

El cumplimiento de los requisitos indicados en el número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20..... Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20.....

Sin embargo, si no pudiera acreditarlos dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20..., en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar los requisitos indicados en el número 1), no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá hasta la próxima evaluación de siniestralidad efectiva, la tasa de cotización vigente al 1° de julio de este año.



Logo  
Organismo  
Administrador

## ANEXO N°20

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA QUE PODRÍA ACCEDER A REBAJA DE TASA – ADHERIDA A MUTUALIDAD

(Debe acreditar cotizaciones al día)

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 la tasa de cotización básica, deberá pagar durante los años 20... y 20....

Los antecedentes con que se cuenta 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 de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

#### **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.

Para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago usted dispone de los plazos que se

indican en el número 2) siguiente. El pago deberá acreditarse acompañando las copias de las planillas de declaración y pago correspondientes.

**b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año xxxx al 30 de junio año xxxx), UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)**

De acuerdo a nuestros registros, usted ha cumplido con mantener en funcionamiento un SGSST, durante el último período anual del período de evaluación.

Por lo tanto, usted no deberá acreditar el cumplimiento de este requisito.

**2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO**

El cumplimiento del requisito indicado en la letra a. del número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20.... Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20....

Sin embargo, si no pudiera acreditarlo dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20..., en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar dicho requisito, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá hasta la próxima evaluación de siniestralidad efectiva, la tasa de cotización vigente al 1° de julio de este año.



## ANEXO N°21

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA QUE PODRÍA ACCEDER A REBAJA DE TASA – NO ADHERIDA A MUTUALIDAD

(Debe acreditar cotizaciones al día)

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 la tasa de cotización básica, deberá pagar durante los años 20... y 20.....

Los antecedentes con que se cuenta 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 de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

#### **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.

Para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago usted dispone de los plazos que se indican en el número 2) siguiente. El pago deberá acreditarse acompañando las copias de las planillas de declaración y pago correspondientes.

**b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año xxxx al 30 de junio año xxxx), UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)**

De acuerdo a nuestros registros, usted ha cumplido con mantener en funcionamiento un SGSST, durante el último período anual del período de evaluación.

Por lo tanto, usted no deberá acreditar el cumplimiento de este requisito.

**2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO**

El cumplimiento del requisito indicado en la letra a. del número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20..... Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20.....

Sin embargo, si no pudiera acreditarlo dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20..., en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar dicho requisito, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá hasta la próxima evaluación de siniestralidad efectiva, la tasa de cotización vigente al 1° de julio de este año.



## ANEXO N°22

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA QUE PODRÍA ACCEDER A REBAJA DE TASA - ADHERIDA A MUTUALIDAD

(Debe acreditar funcionamiento del SGSST)

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 la tasa de cotización básica, deberá pagar durante los años 20... y 20....

Los antecedentes con que se cuenta 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 de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

**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. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN**

**FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año xxxx al 30 de junio año xxxx), UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)**

Para acreditar este requisito deberá presentar una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de la política de seguridad y salud en el trabajo, del diagnóstico de situación y del programa de trabajo preventivo.

La declaración y los documentos de respaldo podrán ser presentados en formato papel o digital. Si opta por enviarlos en formato digital debe hacerlo a través de .....(señalar las opciones, por ejemplo, correo electrónico, plataforma digital etc.)

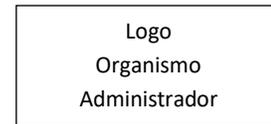
Para este efecto, podrá utilizar el formato de declaración simple adjunto a esta carta.

**2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO**

El cumplimiento del requisito indicado en la letra b. del número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20..... Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20.....

Sin embargo, si no pudiera acreditarlo dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20..., en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar dicho requisito, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá hasta la próxima evaluación de siniestralidad efectiva, la tasa de cotización vigente al 1° de julio de este año.



## ANEXO N°23

### COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA QUE PODRÍA ACCEDER A REBAJA DE TASA – NO ADHERIDA A MUTUALIDAD

(Debe acreditar funcionamiento del SGSST)

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 la tasa de cotización básica, deberá pagar durante los años 20... y 20....

Los antecedentes con que se cuenta 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 de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

#### **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. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año xxxx al 30 de junio año xxxx), UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)**

Para acreditar este requisito deberá presentar una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de la política de seguridad y salud en el trabajo, del diagnóstico de situación y del programa de trabajo preventivo.

La declaración y los documentos de respaldo podrán ser presentados en formato papel o digital. Si opta por enviarlos en formato digital debe hacerlo a través de .....(señalar las opciones, por ejemplo, correo electrónico, plataforma digital etc.)

Para este efecto, podrá utilizar el formato de declaración simple adjunto a esta carta.

**2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO**

El cumplimiento del requisito indicado en la letra b. del número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20..... Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20.....

Sin embargo, si no pudiera acreditarlo dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20..., en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar dicho requisito, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá hasta la próxima evaluación de siniestralidad efectiva, la tasa de cotización vigente al 1° de julio de este año.

## ANEXO N°24



### DECLARACIÓN SIMPLE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Con fecha.....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:**

Ante ese organismo administrador del seguro de accidentes de accidentes del trabajo y enfermedades  
profesionales de la Ley N° 16.744, haber mantenido en funcionamiento, durante el  
último período anual del período de evaluación, es decir, entre el 1° de julio de 20\_\_y el 31 de junio  
de 20\_\_, el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SGSST).

Como antecedentes de respaldo, junto a esta declaración se acompañan los siguientes documentos:  
Política de seguridad y salud en el trabajo, diagnóstico de situación y programa de trabajo preventivo.

---

REPRESENTANTE LEGAL

## ANEXO N°40

### MODELO DE POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La entidad empleadora (*indicar el nombre entidad empleadora*), rut: (*xx.xxx.xxx-x*), que desarrolla las actividades de (*indicar a que se dedica la entidad empleadora*), se encuentra comprometida con la seguridad y salud en el trabajo. Este compromiso implica el cumplimiento de la normativa legal vigente sobre seguridad y salud en el trabajo, la identificación, evaluación y el control de los riesgos presentes en las actividades desarrolladas, el desarrollo de una gestión de riesgos laborales participativa, sistemática, programada y permanente, que permita contar con lugares de trabajo saludables y seguros para los trabajadores, incluidos, cuando corresponda, los de empresas contratistas y subcontratistas que prestan servicios bajo régimen de subcontratación.

(Nombre entidad empleadora)

---

**Firma Representante Legal**

Fecha de creación Santiago, xx de xxx de 20\_\_

Fecha revisión/actualizada, el xx de xx de 20\_\_

*Nota: Este anexo contiene un modelo de Política de Seguridad y Salud en el Trabajo. La entidad empleadora, podrá complementarlo y/o adaptarlo a su realidad y objetivos en estas materias. Para lo anterior, podrá solicitar asistencia técnica a su organismo administrador del seguro de la Ley N° 16.744.*

**ANEXO N°41**  
**IPEP entidades de hasta 25 trabajadores**

<b>Nombre entidad empleadora</b>	
<b>Fecha de evaluación</b>	
<b>Nombre realizador /cargo</b>	<b>Firma:</b>
<b>Fecha última actualización</b>	<b>Firma:</b>

**Identificación de factores de riesgo:**

**a. Descripción básica de la(s) tareas que se realizan en el Centro de Trabajo:**

--

**b. Matriz de Riesgo:**

Tarea (la actividad laboral que presenta el riesgo)	Riesgo específico (cuál es el riesgo, ver listado)	Clasificación del riesgo (resultado de importancia de riesgo - que tan grave)	Medida de Control (qué se hará - incluir medida en el programa de trabajo)
(agregar más filas según necesidad)			

Formato ejemplo para entidades empleadoras de hasta 25 trabajadores, solo para riesgos laborales.

- En una tarea puede existir más de un riesgo asociado.
- Varios riesgos pueden ser abordados con una misma medida para su control.
- Considere siempre los riesgos de desastres o emergencias.

**ANEXO 41 (hoja 2) Listado referencial de riesgos  
laborales - entidad empleadora**

<b>Listado referencial de riesgos laborales - entidad empleadora</b>		
<b>FAMILIA DE RIESGO</b>	<b>REFERENCIAS</b>	<b>COD. CATEGORIA</b>
<b>RIESGOS DE SEGURIDAD</b>		
Caída de personas	Considera el riesgo de lesiones por caídas en el mismo o diferente nivel, caídas de altura (1,8m), caída al agua.	A
Contacto con objetos	Considera el riesgo de lesiones por atrapamiento, caída de objetos, cortes o choques contra objetos que estén en movimiento o no.	B
Contacto con seres vivos	Considera riesgo de lesiones por contacto con personas y/o animales.	C
Contactos térmicos	Considera el riesgo de lesiones contacto con calor o frío.	E
Contacto con energía eléctrica	Considera el riesgo de contactos eléctricos directos e indirectos con baja o alta tensión.	F
Contacto con sustancias químicas	considera el riesgo de lesiones por contacto con sustancias cáusticas, corrosivas u otra sustancia química.	G
Contacto con elementos que se proyectan	Contempla explosiones, proyección de fragmentos y /o partículas	H
Contacto con / en Vehículos en movimiento	Contempla atropellos o golpes con vehículos, choque, colisión o volcamiento.	I
Incendios	Existencia de condiciones que puedan originar fuego incontrolado y lesiones producto de ello.	J
Exposición a condiciones atmosféricas extremas	Considera la exposición a ambientes con deficiencia de oxígeno o a sustancias químicas tóxicas.	K
Exposición a altos niveles de radiación	Considera la exposición a altas dosis de radiaciones ionizantes y no ionizantes en un periodo corto de tiempo (accidente).	L
Ingesta de sustancias nocivas	Ingesta de sustancias que alteren la salud.	M
<b>RIESGOS HIGIENICOS*</b>		
Exposición a agentes químicos*	Considera la permanencia de exposición en el trabajo a; aerosoles sólidos (sílice, polvo, fibras, etc.), líquidos (nieblas, neblinas, plaguicidas, etc), gases y vapores (gases anestésicos, tolueno, acetonas, etc.)	O
Exposición a agentes físicos*	Considera la permanencia de exposición en el trabajo a; ruido (altos niveles de presión sonora en forma estable o fluctuante), vibraciones, radiaciones ionizantes, radiaciones no ionizantes, calor (temperatura interna corporal sobre 38°C), frío (temperatura corporal bajo 36°C), altas presiones (superior a la atmosférica; ej. buceo), bajas presiones (inferior a la atmosférica; ej. altitud geográfica).	P
Exposición a agentes biológicos*	Considera la posible transmisión por sangre, fluidos, aérea, hídrica y por contacto de agentes biológicos capaces de enfermar.	Q
<b>RIESGOS ERGONÓMICOS*</b>		
Manejo o Manipulación Manual de Carga (MMC) o Personas (MMP)	Considera la sobrecarga física debido a manipulación manual de cargas (levantar, descender o transportar objetos de +3 kg o empujar/arrastrar objetos con 1 o 2 manos, considera también manejo manual personas y/o pacientes.	R
Trabajo repetitivo de la extremidad superior.	Sobrecarga física debido a trabajo repetitivo de las extremidades superiores.	S
Sobrecarga Postural (postura mantenida y/o forzada)	Sobrecarga postural debido a trabajo de pie, sentado, cuclillas(agachado), arrodillado, tronco inclinado y/o exigencias fuera de alcance u otras posturas.	T
<b>RIESGOS PSICOSOCIALES *</b>		
Riesgos Psicosociales Laborales	Considera factores tales como; exigencias psicológicas, habilidades de liderazgo, compensaciones y doble presencia.	D

\* Para efecto de evaluar en detalle estos riesgos se recomienda solicitar asistencia técnica a su organismo administrador.

**ANEXO N°42**  
**IPER entidades de más de 25 trabajadores**

<b>Fecha de realización</b>	
<b>Nombre entidad empleadora</b>	
<b>Nombre realizador /cargo</b>	<b>Firma:</b>
<b>Fecha última actualización</b>	<b>Firma:</b>

**Identificación de factores de riesgo:**

**a. Descripción básica de la(s) tareas que se realizan en el Centro de Trabajo**

--

**b. Matriz de Riesgo:**

Tarea (la actividad laboral que presenta el riesgo)	Rutinaria		Riesgo específico (cuál es riesgo)	Evaluación del Riesgo		Resultado número	Clasificación del riesgo (resultado de importancia de riesgo)- (que tan grave)	Medida de Control (que se hará – incluir actividad en el programa de trabajo"
	Si	No		P	C			
						0		
						0		
						0		
						0		
						0		
						0		
						0		
(agregar más filas según necesidad)						0		

Formato ejemplo para entidades empleadoras de más de 25 trabajadores, solo para riesgos laborales

- Las tareas podrían tener más de un riesgo asociado.
- Varios riesgos podrían ser abordados con una misma medida para su control
- Considere siempre los riesgos de desastres o emergencias.

**Anexo N°43**  
**Programa de trabajo preventivo**

**Período \_\_\_\_\_** (señalar el periodo de vigencia del programa)

<b>Nombre entidad empleadora /razón social</b>	(Indicar el nombre oficial por el cual se denomina la entidad empleadora)		<b>Dirección casa matriz</b>	(Indicar la dirección de entidad empleadora, considerando calle, numeración, región y comuna de su casa matriz)
<b>Rut</b>	XX.XXXX.XXX-X		<b>Representante entidad empleadora</b>	(Indicar el nombre del representante legal de la entidad empleadora)
<b>Fecha elaboración programa</b>	(Indicar la fecha en que se elaboró el programa)		<b>Número de centros de trabajo</b>	1, 2,3 ...
<b>Fecha última revisión programa</b>	(Indicar la fecha de la última actualización del programa)		<b>Encargado programa</b>	(Indicar el nombre de encargado de monitorear el programa)

**CONSOLIDADO DE ACCIONES DEL PROGRAMA**

<b>N°</b>	<b>Actividades a realizar</b> (Indicar las actividades que se realizarán, las que puede considerar actividades enfocadas al cumplimiento normativo, gestión de riesgos específicos, capacitaciones, entre otras. Se registra una actividad por fila).	<b>Responsable de ejecutar actividad</b> (Indicar la o las personas responsables de ejecutar la actividad).	<b>Centro de trabajo</b> (identificar el centro de trabajo o sucursal para la cual se programa la actividad)	<b>Fecha ejecución programada</b> (Indicar la fecha en que se realizará la actividad, precisar día, mes y año).	<b>Fecha de ejecución efectiva</b> (Indicar la fecha en que se realiza la actividad establecida, precisar día, mes y año).

**Nota:**

- Este formato es una propuesta para que la entidad empleadora elabore el programa entre (), se indica lo que debe considerar por cada sección establecida.
- Las actividades contemplan acciones derivadas del o los diagnosticos de situación.
- Las acciones y su periodicidad dependerá de las definiciones de la entidad empleadora.
- Para la elaboración del programa, podrá solicitar asistencia técnica a su organismo administrador del seguro de la Ley N° 16.744.

Nombre - Firma representante legal o de quien designe  
para la aprobación del programa