

TEXTO CON CONTROL DE CAMBIO DEL PROYECTO DE CIRCULAR ADMINISTRADORES DELEGADOS II

Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

LIBRO I. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SEGURO/

TÍTULO IV. Organismos administradores y administradores delegados

A. Instituto de Seguridad Laboral

1. Funciones del ISL respecto de sus afiliados (...)
2. Funciones del ISL respecto de los administradores delegados
 - a) Otorgar y pagar las pensiones a los trabajadores de las empresas con administración delegada;
 - b) Recibir las solicitudes de [empresas entidades empleadoras](#) que quieran actuar como administradores delegados y elevar los antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social, la que resolverá con el informe de la SEREMI que corresponda;
 - c) Recibir e invertir la garantía que deben constituir los administradores delegados~~, y~~;
 - d) Asumir respecto de los trabajadores afiliados, todas las obligaciones que les impone la ley, cuando la Superintendencia de Seguridad Social revocare la delegación a alguna empresa por faltar alguna de las condiciones que se exigen para actuar en calidad de administrador delegado~~, y~~
 - e) [Emitir el informe técnico a las secretarías regionales ministeriales de salud \(SEREMI\) con la propuesta de la tasa de cotización a aplicar y los antecedentes que la fundan de las entidades afiliadas a ese Instituto y de los administradores delegados, en el marco del Proceso de Evaluación de la siniestralidad efectiva, de acuerdo a lo establecido en el artículo 6° del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.](#)

B. Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI)

Conforme al artículo 15 del citado D.S. N°101, y a los artículos 6, 12 y 15 del D.S N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social corresponde a las SEREMIS de Salud:

1. Ejercer las funciones de fiscalización que les atribuye la ley y sus reglamentos;
2. Requerir de los demás organismos administradores, administradores delegados y organismos intermedios o de base, los antecedentes e informaciones para fines estadísticos, según lo prescribe el inciso tercero del artículo 76 de la Ley N°16.744;
3. Evaluar la siniestralidad efectiva de las entidades empleadoras afiliadas al ISL~~, y de aquellas que tengan la calidad de empresas con administración delegadas~~ y notificarles la resolución que fija su tasa de cotización adicional por siniestralidad efectiva [a la que quedarán afectas, junto con todos los antecedentes que haya considerado para el cálculo de la tasa de siniestralidad total](#), e
4. Imponer recargos sobre la tasa de cotización adicional de las entidades empleadoras afiliadas al ISL, por el incumplimiento de medidas de prevención.

C. Mutualidades de empleadores

D. Administradores delegados

Las entidades empleadoras que cumplan las exigencias legales y reglamentarias, tendrán derecho a ser autorizadas como "administradoras delegadas del Seguro Social de la N°16.744", respecto de sus propios trabajadores, en cuyo caso tomarán a su cargo el otorgamiento de las prestaciones de dicho seguro, en materias de orden médico, preventivo y económicas, con excepción en este último caso del pago de las pensiones.

1. Organización

Atendida su doble condición de empleador y administrador delegado del Seguro Social de la Ley N°16.744, las entidades deberán desarrollar medidas administrativas, de gestión y control interno, que le permitan cumplir con las exigencias legales y reglamentarias vigentes, para lo cual deberá desarrollar un modelo de gestión que permita dar cumplimiento íntegro a las funciones de administrador delegado que han asumido. Dicho modelo deberá contemplar la implementación de un organigrama, estableciendo de este modo un marco formal de responsabilidad para la ejecución y control de las actividades que permitan el cumplimiento de sus objetivos dentro del marco normativo vigente, sin perjuicio de la responsabilidad que le corresponde a la máxima autoridad de la entidad que asume la administración delegada.

El modelo de gestión deberá considerar una estructura diferenciada dentro de la empresa que garantice el cumplimiento de los procedimientos normados en materia de la Ley N°16.744.

El citado organigrama deberá ser informado a la Superintendencia de Seguridad Social, en el plazo de 90 días, contados desde que se ha autorizado la delegación, debiendo informarse inmediatamente a la Superintendencia de cualquier modificación.

[La Superintendencia de Seguridad Social solicitará una vez al año una auditoría interna en materias del Seguro de la Ley N°16.744, la cual será informada en detalle mediante oficio, en el mes de octubre de cada año previo a su realización.](#)

[Los resultados de la auditoría interna deben ser reportados en la forma y oportunidad que determine la Superintendencia de Seguridad Social, lo que se informará en el oficio antes señalado.](#)

[Asimismo, los resultados de la auditoría deberán informarse a la administración superior del respectivo administrador delegado.](#)

[Para efectos de una correcta auditoría interna, deberá asegurarse que exista un acceso irrestricto a la información de todos los departamentos, unidades o áreas principales, funcionales y de apoyo correspondientes, incluyendo a las funciones contratadas con prestadores externos.](#)

Para efectos de este Compendio Normativo se usarán indistintamente los conceptos "administradores delegados" y "empresas con administración delegada"

2. Requisitos y condiciones

(...)

3. Conformación

(...)

4. Término de la administración delegada

(...)

Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

LIBRO II. AFILIACIÓN Y COTIZACIONES/

TÍTULO II. Cotizaciones /B. Cotización adicional diferenciada

CAPÍTULO III. Proceso de evaluación

1. Inicio del Proceso

Las SEREMI de Salud y las mutualidades de empleadores evaluarán cada dos años la siniestralidad efectiva ocurrida en las respectivas entidades empleadoras y en los administradores delegados, en el período de evaluación. Dicho proceso se realizará durante el segundo semestre del año calendario en que corresponda efectuarla.

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

[Al respecto, la Superintendencia de Seguridad Social remitirá a ese Instituto, en el mes de agosto del año en que corresponda realizar el Proceso de Evaluación, la información estadística de los accidentes y enfermedades que corresponda a los administradores delegados, contenida en el Anexo N°36:'Informe estadístico de los administradores delegados del Seguro de la Ley N°16.744 y Bases para información de trabajadoras\(es\) protegidas\(os\)', de la Letra C. Anexos, del Título IV, Libro IX, disponible desde el mes de enero del año 2021. Lo anterior, sin perjuicio de la información que le deben remitir los administradores delegados para la elaboración del informe señalado en el párrafo anterior.'.](#)

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. Carta y antecedentes a remitir a las entidades empleadoras (.....)

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES

TÍTULO I. Denuncias/A. Denuncia de Accidente de Trabajo y de Enfermedad Profesional

CAPÍTULO V. Tramitación Denuncia Individual de Accidentes de Trabajo

1. Antecedentes generales
2. Otorgamiento de una Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6
3. Tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 por el empleador o trabajador independiente
4. Tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 y 6 por el organismo administrador [y administrador delegado](#) del Seguro de la Ley N°16.744
5. Caso del empleador o trabajador independiente no adscrito
6. Aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744

Si el organismo administrador [o administrador delegado](#) del Seguro de la Ley N°16.744 rechaza el reposo otorgado en la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, por considerar que la patología que la motiva es de origen común, deberá consignar dicha circunstancia en la Zona E de la licencia, procediendo de acuerdo a lo señalado en la Letra B, Título IV, del Libro III.

CAPÍTULO VI. Tramitación de la licencia médica de papel emitida como tipo 5 o 6

1. Otorgamiento de una licencia médica de papel tipo 5 o 6
2. Tramitación de la licencia médica de papel tipo 5 o 6 por el trabajador dependiente
3. Tramitación de la licencia médica de papel tipo 5 o 6 por el empleador o trabajador independiente
4. Denuncia del accidente o enfermedad ante el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744
5. Tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 por el organismo administrador [y administrador delegado](#) del Seguro de la Ley N°16.744
 - a) Tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 emitida a trabajadores adheridos a una mutualidad de empleadores;
 - b) Tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 emitida a trabajadores afiliados al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) o pertenecientes a un administrador delegado.
6. Registro de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6
7. Prohibición a las COMPIN, Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) e ISAPRE de tramitar Licencias Médicas Electrónicas tipo 5 o 6
8. Aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744

Si el organismo administrador [o administrador delegado](#) del Seguro de la Ley N°16.744 rechaza el reposo otorgado en la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, por considerar que la patología que la motiva es de origen común, deberá proceder de acuerdo a lo señalado en la Letra B, Título IV, del Libro III.

TÍTULO IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis. Ley N16.744

A. Antecedentes

(...)

B. Derivación del trabajador

1. Resolución del primer organismo interviniente

Para que opere el procedimiento señalado en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, es necesaria la emisión por parte del primer organismo interviniente de una resolución que rechace la licencia médica o el reposo, fundada en que la afección invocada tiene o no origen profesional (calificación) y derive al trabajador al segundo organismo, proporcionándole copia de la misma.

Las resoluciones de calificación deberán indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar, ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la decisión adoptada.

En especial, los organismos administradores [y los administradores delegados](#) de la Ley N°16.744 al realizar la calificación del cuadro del trabajador, deberán dar aplicación a los criterios y plazos contenidos en el Título II y Título III, de este Libro III.

Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de los organismos administradores [y los administradores delegados](#) de remitir al Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) las Resoluciones de Calificación (RECA), en los plazos instruidos al efecto.

En el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, los organismos administradores [y los administradores delegados](#) deberán notificar la calificación al organismo de salud común que corresponda, es decir, a la ISAPRE en que se encuentre afiliado el trabajador o bien, tratándose de trabajadores afiliados a FONASA, a la COMPIN o Subcompin (SEREMI de Salud) correspondiente al domicilio del empleador, adjuntando copia de la resolución de calificación del origen de accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), del informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en el Título III (enfermedades profesionales) de este Libro III, y de la o las órdenes de reposo. Las entidades de salud común deberán resguardar la confidencialidad de los datos sensibles contenidos en la información que se les remita.

La notificación deberá efectuarse a través de la oficina de partes de la entidad del sistema de salud común que corresponda. El organismo administrador [o administrador delegado](#) deberá conservar una copia de los antecedentes notificados, que consigne el respectivo timbre con la fecha de notificación.

Alternativamente, el organismo administrador [o administrador delegado](#) podrá acordar otro mecanismo de notificación con las entidades del sistema de salud común, siempre y cuando dicho mecanismo registre de manera fidedigna la fecha de notificación de la calificación.

Si después de haber sido notificado del origen común de su patología, el trabajador decide continuar atendiéndose en los centros médicos de alguna mutualidad, bajo la cobertura de su régimen de salud común, deberá suscribir, previo a su reingreso, el formulario cuyo formato se contiene en el Anexo N°26 "Declaración Ingreso Paciente Común" de este Título IV. En ningún caso, las prestaciones que se otorguen en esta modalidad, podrán incluirse en las cartas de cobranzas que se emitan al efecto.

En aquellos casos en que con posterioridad a que el organismo administrador o la empresa con administración delegada califique el accidente o enfermedad como de origen común, se otorgue al trabajador una licencia médica tipo 5 o 6 por la misma patología que aquella que dio origen a la referida calificación, o una licencia médica tipo 1 emitida por dicha patología, que sea rechazada por el sistema de salud común, por aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, no será necesaria una nueva resolución de calificación por parte organismo administrador o la empresa con administración delegada, bastando, para estos efectos, con la emisión de una licencia médica de derivación, conforme a lo establecido en el número 2, de la Letra B, Título IV, del Libro III. Sin perjuicio de lo anterior, se deberá notificar esa nueva derivación al organismo del sistema de salud común, adjuntando una copia de la RECA emitida al efectuar la primera derivación.

2. Emisión de licencias médicas de derivación por parte de los organismos administradores [y administradores delegados](#) de la Ley N°16.744

Cuando la primera entidad interviniente es una mutualidad de empleadores ~~e-el~~ [el](#) Instituto de Seguridad Laboral [o un administrador delegado](#) y se estima que la afección tiene un origen común y requiere reposo,

deberá entregar al trabajador, junto con la mencionada resolución de calificación, la correspondiente licencia médica "de derivación", en formato papel, para ser tramitada ante su institución del régimen de salud común. Asimismo, deberá entregar al trabajador una copia del formulario contenido en el Anexo N°27 "Derivación de Paciente (artículo 77 bis, de la Ley N°16.744)", de este Título.

La licencia médica "de derivación" emitida por los organismos administradores de la Ley N°16.744, [administradores delegados](#) o por los prestadores médicos con los que mantienen convenio vigente, no podrá extenderse por un período de reposo superior a 30 días. Ello, considerando la periodicidad con que deben pagarse las remuneraciones, ya que el subsidio por incapacidad laboral o temporal tiene por objeto, precisamente, reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.

En atención a lo anterior, en el evento que el trabajador haya ingresado a los servicios asistenciales del correspondiente organismo administrador, [administrador delegado](#) o sea atendido en un "centro en convenio", y se le haya prescrito reposo por más de 30 días, el subsidio por incapacidad temporal correspondiente, deberá pagársele con una periodicidad no superior a 30 días, aunque posteriormente se determine que su dolencia es de origen común.

3. Antecedentes a entregar al trabajador por parte del respectivo organismo administrador [o administrador delegado](#)

Con el objeto de evitar que el trabajador deba incurrir en nuevos gastos de consultas médicas y de realización de exámenes, su organismo administrador deberá hacerle entrega, a lo menos, de los siguientes antecedentes:

- a) Tratándose de accidentes, copia de los informes y exámenes clínicos practicados, y
- b) Tratándose de enfermedades calificadas como de origen común, deberá cumplirse con lo instruido en el N°7, Capítulo IV, Letra A, Título III, de este Libro.

C. Del reclamo y competencia de la Superintendencia de Seguridad Social

Cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente ante la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia médica o reposo médico en razón del origen - laboral o común- del accidente o de la enfermedad, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso. Consecuentemente, el trabajador afectado, el empleador, la respectiva entidad del régimen de salud común, ~~o el~~ organismo administrador [o administrador delegado](#), podrán recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social respecto del carácter del accidente o la enfermedad, con los antecedentes que posean.

Por tanto, en el evento que exista controversia sobre el origen de la patología que ha motivado el reposo fundante de la licencia médica, solamente corresponde que se reclame ante la Superintendencia de Seguridad Social.

En caso que el segundo organismo concuerde con la calificación de la patología efectuada por el que ha rechazado la licencia médica o reposo médico, esto es, si se allana a la calificación realizada por el primer organismo, podrá reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social respecto de la procedencia de las prestaciones médicas o pecuniarias o por el monto de los reembolsos.

Cuando el segundo organismo no concuerde con la calificación de la patología como común o laboral, podrá recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social, la que resolverá determinando el origen de la misma, de conformidad a lo señalado precedentemente.

Tratándose de resoluciones emanadas de los organismos administradores, el plazo para reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social será de 90 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de la respectiva resolución.

Si la entidad del sistema de salud común no reclama a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días antes señalado, se entenderá que se ha allanado al reembolso. La no reclamación deberá ser certificada por la Superintendencia de Seguridad Social.

Para tal efecto, transcurrido el plazo de 90 días hábiles desde que la entidad del sistema de salud común fue notificada de la calificación del organismo administrador, sin que el pago se haya realizado, este último deberá consultar a la Superintendencia de Seguridad Social mediante un medio electrónico que se establecerá para tal efecto, si ha recibido reclamación respecto de la referida Resolución. Dicha consulta podrá incluir más de un caso, debiendo precisarse para cada uno de ellos el número de la Resolución, el nombre y RUT del trabajador subsidiado y la COMPIN o SUBCOMPIN o ISAPRE involucrada, según corresponda.

Si la reclamación es formulada por una COMPIN, por un Servicio de Salud, por una ISAPRE, por una mutualidad, por el Instituto de Seguridad Laboral o por una empresa con administración delegada, ésta debe ser debidamente fundamentada. Al efecto, la mera reiteración de las declaraciones entregadas por los trabajadores o de los antecedentes remitidos por el primer organismo, sin ningún análisis de los mismos, no se considerará como fundamentación suficiente.

En consecuencia, la Superintendencia de Seguridad Social rechazará de plano las reclamaciones que no argumenten debidamente los motivos que se tuvieron en consideración para no concordar con el primer organismo interviniente.

Además, la reclamación efectuada por una COMPIN, por un Servicio de Salud, por una ISAPRE deberá ser ingresada acompañando, a lo menos, los siguientes antecedentes:

- a) Copia de licencia médica emitida por Organismo Administrador, por 77 bis.
- b) Informe médico, si procede.
- c) Exámenes practicados, si los hubiere.
- d) Informe de peritaje médico, si procede.
- e) Declaración del trabajador, en la que describa las circunstancias del accidente o enfermedad.
- f) Copia de carta de cobranza, si procede.

A su vez, si la reclamación es realizada por un organismo administrador, deberá adjuntar los siguientes antecedentes:

- a) Copia de licencia médica rechazada por COMPIN o ISAPRE, por 77 bis
- b) Antecedentes que correspondan, dependiendo si se trata de Accidente de Trayecto, Accidente a Causa o con Ocasión del Trabajo o Enfermedad Profesional (informe médico; exámenes practicados, si los hubiere; declaración del trabajador afectado por la dolencia de que se trata, en la que describa las circunstancias del accidente o de la enfermedad que le fue diagnosticada, entre otros)
- c) Copia de la carta de cobranza, si procede.

Es obligación de los organismos administradores [y administradores delegados](#) custodiar el documento original de la licencia médica reclamada hasta que la reclamación sea resuelta. Lo anterior, considerando que en el caso que esta Superintendencia determine que la patología fundante es de origen común, dicho documento debe ser remitido al organismo del régimen de salud común del afectado para que éste le reembolse los gastos incurridos.

La Superintendencia de Seguridad Social dispondrá de un plazo de 30 días hábiles administrativos para resolver acerca de la calificación de la afección, término que se computará desde que se recepcionan los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que se practiquen al paciente los exámenes que hubiere ordenado, si éstos son posteriores.

Por lo tanto, atendido el objetivo del artículo 77 bis, los antecedentes y exámenes que se requieran por parte de la Superintendencia de Seguridad Social, deberán evacuarse en el plazo que se le fije al efecto.

D. Normas para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y emisión de cartas de cobranza

1. Prestaciones a ser reembolsadas

2. Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento
3. Reembolso del o al trabajador
4. Del valor de las prestaciones médicas
5. Cartas de cobranza de los organismos administradores de la Ley N°16.744. Antecedentes y plazos para su emisión
6. Reembolso de prestaciones otorgadas a trabajadores afiliados a FONASA y a una Caja de Compensación de Asignación Familiar

Cuando los organismos administradores [o administradores delegados](#), actuando como segundo organismo interviniente, hayan reclamado ante la Superintendencia de Seguridad Social y la reclamación haya sido acogida, podrán solicitar a una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) el reembolso de los subsidios y cotizaciones pagados a trabajadores afiliados a una de dichas Cajas y a FONASA.

Por su parte, la Superintendencia de Seguridad Social, cuando acoja el reclamo del organismo administrador y resuelva que la patología es de origen común, comunicará a la COMPIN mediante oficio, que debe proceder a autorizar como tipo 1 la o las licencias médicas reclamadas, las que se identificarán con el número de la licencia, el nombre del trabajador y el número de días de reposo autorizados. Copia del oficio que se envíe a la COMPIN, se enviará al organismo administrador reclamante.

Una vez recibida la copia del oficio en que la Superintendencia instruye a la COMPIN que autorice la licencia médica como tipo 1 y atendido que la referida Superintendencia resuelve con competencia exclusiva y sin ulterior recurso los reclamos presentados en virtud del artículo 77 bis, el organismo administrador podrá enviar la solicitud de reembolso a la respectiva CCAF, adjuntando como respaldo a su solicitud, una copia del referido oficio y la licencia médica original, para que la CCAF la envíe a la COMPIN y esta pueda redictaminarla aprobándola como tipo 1.

Además, para efectos de que la CCAF pueda corroborar que el monto de los subsidios y cotizaciones cuyo reembolso se solicita, se encuentra debidamente calculado de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Ley N°16.744, el organismo administrador debe acompañar a la solicitud los antecedentes que ha tenido a la vista para calcular los respectivos montos pagados por concepto de subsidios, de acuerdo a lo instruido por la Superintendencia de Seguridad Social, en el Título II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral, del Libro VI.

La CCAF deberá tener presente que existen algunas diferencias en el cálculo del subsidio determinado según las reglas del Seguro de la Ley N°16.744 y aquel que se paga en el sistema de salud común, las que se señalan en el número 5 de esta Letra D. Considerando lo señalado, las CCAF deberán reintegrar íntegramente el monto del subsidio pagado por los organismos administradores [o administradores delegados](#) y rendirlos al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral.

La COMPIN por su parte deberá dar cumplimiento al dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social y autorizar la licencia médica como tipo 1, dejando clara constancia de que se trata de un redictamen en la zona B del formulario de licencia, precisando la fecha del redictamen y el nombre, timbre y firma del médico que autoriza. La licencia médica autorizada deberá ser enviada a la Caja de Compensación que inicialmente la gestionó.

La CCAF, una vez que reciba la solicitud de reembolso, acompañada por la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social donde se resuelve que la patología es de origen común y que corrobore, en base a los antecedentes remitidos, que el monto que se ha solicitado reembolsar es correcto, deberá efectuar el reembolso al organismo administrador, dentro de los 10 días siguientes al requerimiento. Posteriormente, cuando la CCAF rinda el monto reembolsado a través del sistema de información SISILHIA, se aceptará como documentación de respaldo, la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social, mientras la COMPIN envía a la CCAF la licencia médica autorizada.

En cuanto a la prescripción del derecho de los organismos administradores [o administradores delegados](#) para solicitar a las CCAF el referido reembolso, se debe tener presente el plazo señalado en el número 5 de esta Letra, el que debe contarse desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social.

7. Plazo para efectuar el reembolso

E. Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

1. Casos no regulados por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

El estudio de la norma en análisis, ha permitido a la Superintendencia de Seguridad Social determinar que existen situaciones en las que no se presentan todos los presupuestos que permiten la aplicación del citado artículo 77 bis. Ello ocurre, entre otros, en los siguientes casos:

- a) Cuando el trabajador no ha necesitado reposo. En este caso, el organismo administrador otorgará la prestación médica correspondiente y si detecta que es de origen común, deberá derivar al paciente a su sistema de salud común con un formulario que precise que se trata de una situación no regulada por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, indicando el diagnóstico por el cual el trabajador fue atendido;
- b) Cuando se ha extendido una licencia médica meramente retroactiva, es decir, no existen días de reposo futuros a la fecha de su emisión, y
- c) Cuando ha existido re dictamen, esto es, cuando la licencia médica ha sido autorizada, reducida o rechazada por una causal distinta a la calificación del origen del accidente o la enfermedad y posteriormente, en virtud de un segundo dictamen, se rechaza por dicha calificación. En efecto, para que opere el procedimiento contemplado en el artículo 77 bis, la primera y única causal del rechazo debe ser el origen del accidente o enfermedad en que se sustenta la licencia médica u orden de reposo. Esta restricción opera únicamente respecto de la entidad que hubiere autorizado, reducido o rechazado la licencia médica, por una causal distinta a la calificación del origen de la afección.

En las situaciones en que no se configuran los presupuestos del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, los cobros se deberán realizar en términos nominales, acorde a las siguientes reglas:

- a) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por el sistema de salud común y se determinare que la patología es de origen laboral, el organismo administrador de la Ley N°16.744, le reembolsará nominalmente al régimen de salud común - previo requerimiento de éste- la parte del valor de las prestaciones que ha debido financiar y al trabajador el valor correspondiente a su copago, y
- b) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por un organismo administrador de la Ley N°16.744 y se determinare que la patología es de origen común, dicho Organismo le cobrará al sistema de salud común el valor nominal de la totalidad de las prestaciones. El sistema de salud común, le reembolsará el costo de las prestaciones que deba solventar según la cobertura de su afiliado, debiendo el organismo administrador cobrar directamente al trabajador el saldo insoluto.

Las cartas de cobranza que los organismos administradores [o administradores delegados](#) emitan en virtud de cuadros a los que no le sea aplicable el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

Los organismos administradores [o administradores delegados](#) no deberán remitir cartas de cobranza sin acompañar los documentos enunciados en el número 5, de la Letra D, de este Título.

A su vez, dichos organismos no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que recepcionen en tanto no contengan los antecedentes mencionados en el número 5, recién citado. Lo anterior, sin perjuicio de informar a la institución requirente que no cursará el pago requerido por falta de antecedentes que sustenten el cobro realizado.

Los organismos administradores [o administradores delegados](#) podrán remitir la carta de cobranza conjuntamente con la notificación de la calificación, sin embargo, las acciones de cobro derivadas del no pago por parte de las entidades del sistema de salud común sólo podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social certifique que no ha habido reclamación dentro del período de 90 días, o bien cuando, existiendo reclamación, confirme el origen común de la patología.

2. Cobros a CCAF de subsidios y cotizaciones en casos no cubiertos por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

Cuando el organismo administrador [o administrador delegado](#) haya actuado como primer organismo interviniente y el trabajador se encuentre afiliado a una CCAF, previo al envío de la carta de cobranza a la CCAF, deberá remitir a la COMPIN o SUBCOMPIN que corresponda, los antecedentes señalados en el número 1. de la Letra B. de este Título IV.

Si la COMPIN confirma el origen común de la enfermedad o del accidente deberá informar al organismo administrador, mediante oficio, que aprueba la calificación, para que dicho organismo adjunte este oficio a la solicitud del reembolso correspondiente.

Si la COMPIN está en desacuerdo con la calificación del origen del accidente o enfermedad del organismo administrador, deberá reclamar a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días hábiles, contado desde la fecha de recepción de los antecedentes por parte del respectivo organismo administrador, adjuntando los documentos que fundamenten dicho reclamo.

Si la Superintendencia rechaza la reclamación, emitirá un dictamen dirigido a la COMPIN señalando que la enfermedad o accidente es de origen común y remitirá copia de dicho dictamen al organismo administrador para que éste, con dicho documento como respaldo, proceda a solicitar a la CCAF el reembolso de los subsidios pagados. Para efectos de que la Caja rinda el monto reembolsado a través del sistema de información SISILHIA, se aceptará como documentación de respaldo el oficio de la Superintendencia de Seguridad Social que rechaza la reclamación de la COMPIN.

Si la COMPIN no reclama a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días antes señalado, se entenderá que se ha allanado al reembolso. La no reclamación de la COMPIN dentro del plazo señalado, deberá ser certificada por la Superintendencia de Seguridad Social.

Para tales efectos, transcurrido el plazo de 90 días hábiles desde que la COMPIN fue notificada de la calificación del organismo administrador, este deberá consultar, mediante carta, a la Superintendencia de Seguridad Social si ha recibido reclamación respecto de la referida Resolución. Dicha Consulta podrá incluir más de un caso, debiendo precisarse para cada uno de ellos el número de la Resolución (RECA), el nombre y RUT del trabajador subsidiado y la COMPIN o SUBCOMPIN involucrada.

Si la Superintendencia de Seguridad Social certifica que la calificación en cuestión no ha sido reclamada por la COMPIN individualizada, el organismo administrador [o administrador delegado](#) podrá solicitar a la CCAF el reembolso correspondiente, adjuntando dicho antecedente más aquellos que sirvieron de base para el cálculo del subsidio, de acuerdo con las instrucciones vigentes.

En aquellos casos en que la Superintendencia informe que la COMPIN ha reclamado dentro del plazo de 90 días hábiles, el organismo administrador deberá esperar el pronunciamiento correspondiente. En este caso, el organismo administrador podrá efectuar el cobro adjuntando como respaldo el oficio que la Superintendencia

de Seguridad Social emita rechazando la reclamación de la COMPIN por tratarse de una patología de origen común, o desistirse del cobro si la reclamación de la COMPIN es aceptada por la Superintendencia.

En los casos en que el organismo administrador, actuando como primer organismo interviniente, paga subsidios durante el período de calificación del origen y al momento en que resuelve que la enfermedad o el accidente es de origen común, quedan aún días pendiente de reposo, debe solicitar a la CCAF que corresponda, el reembolso del subsidio y las cotizaciones pagadas, de acuerdo con el procedimiento establecido en este número 2 y otorgar una licencia de derivación por el período faltante, el cual de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 77 bis, debe ser pagado por el organismo de salud común, sin perjuicio de su derecho a reclamar posteriormente ante la Superintendencia de Seguridad Social.

LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS/

TÍTULO I. Generalidades

D. Ficha clínica única

1. Contenido de la ficha clínica única
2. Tratamiento de la información contenida en la ficha clínica única
3. Acceso de la Superintendencia de Seguridad Social a la ficha clínica e información médica

De acuerdo con lo señalado en el artículo 35 de la Ley N°16.395, la Superintendencia de Seguridad Social puede requerir a los organismos fiscalizados que le proporcionen la información y/o antecedentes necesarios para el desarrollo de sus funciones dentro del ámbito de su competencia, ya sea por documentos en papel o a través de medios electrónicos, como asimismo que se le otorgue acceso a los sistemas de información que posean esas instituciones.

En consecuencia, los organismos administradores [y administradores delegados](#) deberán establecer los mecanismos necesarios, a fin de garantizar el acceso de la Superintendencia de Seguridad Social, ya sea en forma presencial o remota, a todos los registros clínicos y exámenes complementarios de los trabajadores atendidos por ellos.

4. Acceso de los organismos administradores a la información de sus prestadores en convenio

LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS

TÍTULO I. Obligaciones generales para los organismos administradores y administradores delegados

A. Otorgamiento de Prestaciones

B. Centros de Atención de Público

C. Sistema Administrador de Datos

Los organismos administradores y administradores delegados deberán mantener un sistema administrador de datos de las prestaciones económicas que se encuentren en proceso de cálculo y de todos los documentos relacionados con éstas. Para estos efectos, deberán abrir un expediente de trámite, con el que se dará inicio al proceso de otorgamiento y cálculo de las prestaciones, el que podrá ser físico o electrónico y deberá contener para su identificación, a lo menos, el Código Único Nacional o CUN.

De igual forma deberán monitorear los tiempos de otorgamiento y pago de las prestaciones, desde la apertura del expediente de trámite hasta que la prestación haya sido cobrada por el trabajador o beneficiario. Para tal efecto, los organismos administradores [y los administradores delegados](#) deberán construir indicadores que midan los tiempos asociados al proceso de otorgamiento de prestaciones económicas, los que deberán ser monitoreados periódicamente por la alta administración, así como también por el Directorio o Dirección Institucional, según corresponda.

Asimismo, deberán realizar gestiones administrativas y operacionales para optimizar los procesos (crear indicadores, realizar seguimiento permanente, entre otros) y cumplir con los lineamientos impartidos por la Superintendencia de Seguridad Social.

El expediente de trámite deberá considerar lo siguiente:

1. Información inicial

La información inicial corresponderá a la contenida en la licencia médica o en la Orden de Reposo Ley N°16.744, que se otorgue en la primera atención médica derivada de un accidente del trabajo, de trayecto o de una enfermedad presumiblemente de origen laboral, y/o de la Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N°16.744 (REIP), emitida por la COMPIN o las mutualidades de empleadores, según corresponda.

Se hace presente que, el expediente de trámite del trabajador, deberá contener los antecedentes requeridos para la tramitación y el pago del beneficio.

2. Organización del expediente

La organización de dicho expediente y las tecnologías a utilizar será de libre elección para los organismos administradores [y administradores delegados](#). Sin embargo, se deberá garantizar que la forma de operar elegida cuente con todas las medidas de seguridad que permitan mantener la confidencialidad de la información, evitar su pérdida y liquidar con exactitud el monto del subsidio, indemnización o pensión. Cualquier anomalía (pérdida, retraso u omisión, etc.) será de exclusiva responsabilidad del organismo administrador.

3. Acceso al expediente

El acceso al expediente deberá ser expedito, debiendo desarrollar para ello sistemas de información en medios computacionales, que permitan referenciar en forma clara, precisa y rápida cualquier documento que esté relacionado con la prestación que se tramite, perciba o hubiese percibido, esto último para efectos de eventuales reclamos.

4. Fecha de recepción

Dicho sistema de información deberá registrar la fecha en que fue recepcionado cada uno de los documentos o antecedentes solicitados por el organismo administrador para liquidar con exactitud el monto de las prestaciones a pagar. En caso de faltar total o parcialmente la documentación requerida al empleador, al trabajador o a los beneficiarios, el organismo administrador deberá registrar, las gestiones de contacto realizadas para su obtención, consignando la fecha y el medio de contacto utilizado (telefónico, carta certificada, correo electrónico u otros).

5. Iazo para enviar expediente a la Superintendencia de Seguridad Social

En caso que esta Superintendencia requiera o solicite información relacionada con el otorgamiento y pago de las prestaciones económicas, el organismo administrador deberá poner a su disposición, el expediente de trámite, en un plazo máximo de 5 días hábiles, contado desde su requerimiento.

D. Poderes y mandatos

El organismo administrador ~~deberá~~ [y el administrador delegado, según corresponda, deberán](#) permitir al trabajador o a los beneficiarios de las pensiones de sobrevivencia que puedan encomendar a terceras personas, la tramitación de las prestaciones económicas a que tenga derecho y para ello deberán requerir la presentación de un Poder Simple, el que deberá cumplir con los requisitos mínimos que se indican en el número 1 del Anexo N°1 "Contenido de los Poderes y Mandatos para tramitar y/o cobrar las prestaciones económicas". Un formato

de dicho Poder Simple deberá ser proporcionado por el organismo administrador [o administrador delegado](#), respectivo, en forma gratuita.

Por otra parte, cuando se requiera que un tercero cobre la prestación pudiendo o no haber efectuado la tramitación, el trabajador o beneficiario deberá otorgar un mandato suscrito ante notario, en los mismos términos señalados en el número 2 del citado Anexo N°1.

En este último caso, el Mandato deberá indicar en forma expresa que la mandante faculta al mandatario para cobrar la prestación económica correspondiente, por un plazo que no podrá exceder de dos años. Cuando el mandato caducó y no ha sido renovado se deberá realizar el pago directamente al beneficiario.

E. Consulta de trámite

Las mutualidades de empleadores y el ISL deberán poner a disposición del trabajador o de los beneficiarios un banner en sus sitios web o plataforma informática, que les permita consultar por el estado del trámite, chequear el listado de la documentación y/o antecedentes que fueron requeridos inicialmente al empleador y que aún no han sido presentados por éste, la fecha estimada del pago de la prestación, el medio de pago elegido por el beneficiario, entre otros.

Para realizar la referida consulta, los organismos administradores deberán proporcionar al trabajador o a los beneficiarios acceso a la plataforma informática, mediante el uso de un nombre de usuario y una clave o contraseña.

En este sitio se deberá además poner a disposición de los trabajadores la liquidación de los subsidios y la base de cálculo de los mismos.

Se hace presente, que el acceso web deberá ser de uso exclusivo del trabajador o de los beneficiarios y tener un carácter estrictamente confidencial, según lo establece la Ley N°19.628, sobre Protección de la Vida Privada y de Datos de Carácter Personal. De igual modo, los organismos administradores deberán hacer presente a los usuarios que esta información es de carácter personal, por lo que es su responsabilidad mantener la clave de acceso bajo estricta reserva.

[Para estos efectos, los administradores delegados deberán disponer de un acceso digital o banner disponible en la intranet de la entidad empleadora, para que los trabajadores puedan acceder, consultar y solicitar información acerca de su trámite, y disponer de una copia del comprobante de pago del subsidio, con el detalle de cálculo de éste o consultar cualquier otro estado de tramitación.](#)

TÍTULO II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral

A. Definiciones

Se considera incapacidad temporal toda aquella provocada por accidente del trabajo o enfermedad profesional, de naturaleza o efectos transitorios, que permite la recuperación del trabajador y su reintegro a sus labores y jornadas habituales, artículo 2º del D.S. 109, de 1968 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

El subsidio por incapacidad temporal es el monto de dinero que reemplaza la remuneración o renta del trabajador mientras éste se encuentra transitoriamente incapacitado de realizar su trabajo, ya sea por una enfermedad profesional o por un accidente del trabajo.

El pago del subsidio por incapacidad temporal corresponderá al organismo administrador que hubiere calificado el origen del accidente o enfermedad, incluso en aquellos casos en que la entidad empleadora cambie de

organismo administrador o bien cuando el trabajador cambie de entidad empleadora y esta última se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador.

[Para el caso de los administradores delegados, corresponderá a éstos el pago de los subsidios por incapacidad temporal de sus trabajadores.](#)

B. Apertura de Expediente

(.....)

C. Recopilación de antecedentes

1. Trabajadores de entidades empleadoras adheridas o trabajadores independientes afiliados a una mutualidad de empleadores

Las mutualidades deberán entregar al trabajador dependiente una copia de la orden de reposo Ley N°16.744 junto con un documento [Anexo N°4 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal - Trabajador Dependiente"](#) o [Anexo N° 5 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal-Trabajador Independiente"](#), según corresponda, indicados en la [Letra Q. Anexos de este Título II](#), el cual informe los antecedentes que allí le son requeridos, y esté en conocimiento de aquéllos que debe aportar el empleador.

Asimismo, la mutualidad deberá, dentro del primer día hábil siguiente al de inicio del reposo, requerir directamente al empleador o al trabajador independiente, por correo electrónico o de no contar con éste, por carta certificada, los documentos antes señalados en el [Anexo N°4 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal - Trabajador Dependiente"](#) o [Anexo N° 5 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal-Trabajador Independiente"](#), según corresponda, indicándole que los antecedentes requeridos deberán ser enviados dentro del plazo de 3 días hábiles, contado desde la fecha del correo electrónico o desde la fecha de recepción de la carta certificada. En todo caso, el trabajador dependiente siempre podrá presentar aquella documentación que ha sido requerida a su empleador, a fin de agilizar la tramitación de su beneficio.

Si la mutualidad no recibe la documentación requerida dentro del referido plazo, deberá reiterar lo solicitado las veces que sea necesario, toda vez que atendido el principio de continuidad de las remuneraciones, debe efectuar el pago del subsidio dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la emisión de la orden de reposo Ley N° 16.744.

2. Trabajadores de entidades empleadoras o trabajadores independientes afiliados al Instituto de Seguridad Laboral y trabajadores de empresas con administración delegada

Dentro del primer día hábil siguiente a la autorización de la licencia médica Tipo 5 o 6, el ISL o la empresa con administración delegada, según corresponda, deberá [incorporarla al expediente de trámite abrir el expediente de trámite del trabajador accidentado o enfermo e incorporar la licencia a este expediente, de acuerdo a lo establecido en la Letra B del presente Título II.](#)

Luego, el ISL o el administrador delegado, según corresponda, deberá recopilar los antecedentes necesarios para el cálculo del subsidio por incapacidad laboral, conforme a lo instruido precedentemente a las mutualidades. Por su parte, la empresa con administración delegada sólo en caso de ser requerida, deberá solicitar a sus trabajadores la documentación detallada en el número 2, del [Anexo N°4 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal - Trabajador Dependiente"](#) y en su carácter de empleador, reunir la información detallada en el número 1 del mismo anexo.

(.....)

H. Cálculo del subsidio

Al cálculo del subsidio que deberán efectuar los organismos administradores y las empresas con administración delegada, les serán aplicables, de acuerdo con el artículo 30 de la Ley N°16.744, las disposiciones establecidas en los artículos 3°, 7°, 8°, 10, 11, 17, 19 y 22 del Decreto con Fuerza de Ley N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en el inciso segundo del artículo 152, del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, y en el artículo 17 del D.L. N°3.500, de 1980.

1. Conceptos a considerar para determinar la Base de Cálculo

- a) Remuneración y/o renta imponible
(.....)
- b) Remuneraciones variables y ocasionales

Para efecto de determinar las bases de cálculo del subsidio, no se deberán considerar las remuneraciones ocasionales, es decir, aquellas que se pagan sólo en las ocasiones especiales o fechas previstas en el contrato de trabajo, como aguinaldo de las fiestas patrias, navidad, bono de escolaridad del mes de marzo, ni las que correspondan a períodos de mayor extensión que un mes, tales como gratificaciones que se paga una vez al año.

No obstante, el denominado "bono de vacaciones" deberá considerarse en el cálculo de los subsidios cuando corresponde al promedio de remuneraciones variables de los tres meses anteriores, que el trabajador deja de percibir durante el período de vacaciones, y que le permite mantener su remuneración íntegra, puesto que no es otra cosa que el reemplazo de la remuneración habitual durante dicho período, por lo que deberá incluir en el cálculo de los subsidios por incapacidad laboral en la medida que constituyan remuneraciones imponibles.

Lo anterior, conforme a lo establecido en el artículo 67 del Código del Trabajo, que dispone que los trabajadores con más de un año de servicio tendrá derecho a feriado anual de 15 días hábiles, con remuneración íntegra. El concepto de remuneración íntegra a que se refiere dicha norma, está contenido en el artículo 71 del mismo Código, el que señala que, durante el feriado, la remuneración íntegra, en el caso de trabajadores con remuneraciones variables, será el promedio de lo ganado por el trabajador en los tres últimos meses.

Sí se deberán considerar en el cálculo de los subsidios por incapacidad temporal, aquellas remuneraciones de naturaleza variable.

Las remuneraciones de naturaleza variable son aquellas establecidas en el contrato de trabajo, que no están referidas a una fecha específica, sino que deben pagarse cada vez que se cumplan las condiciones establecidas en el mismo, tales como comisiones, bonos o premios por rendimiento, productividad, logro de metas y otras que con arreglo al contrato de trabajo impliquen la posibilidad de que el resultado mensual total no sea constante entre uno y otro mes.

Por otra parte, se debe tener presente que, el subsidio es una prestación económica que reemplaza las remuneraciones que se dejan del trabajador accidentado o enfermo profesional que dejan de percibir durante el período en que un trabajador está incapacitado para desempeñar sus labores.

Al respecto, hay remuneración tales como bonos, asignaciones que se pagan a todo evento, es decir, que no se dejan de percibir cuando el trabajador está con subsidio, y, por ende, éstas no deben incluirse en el cálculo del mismo, ya que implicaría un doble pago para el trabajador.

Las remuneraciones, bonos, asignaciones u otros montos pecuniarios que se pacten con la entidad empleadora y se pagan a todo evento, durante los períodos de licencia médica, no deberán ser incluidas en

el cálculo de los subsidios por incapacidad temporal, ya que el objeto de este subsidio es reemplazar la remuneración que deja de percibir el trabajador -durante los períodos en que se encuentre temporalmente incapacitado para trabajar- supuesto que no se cumple en las remuneraciones a todo evento, pues el trabajador las continúa percibiendo durante esos períodos.

c) Amplificación de remuneraciones

(.....)

L. Pago de subsidios

Atendido que los subsidios reemplazan las remuneraciones o rentas del accidentado o enfermo profesional y que, de acuerdo con el artículo 44 del Código del Trabajo, la unidad de tiempo a considerar para el pago de la remuneración, no podrá en ningún caso, exceder de un mes, los subsidios deberán ser pagados con una periodicidad igual o inferior a 30 días.

Los organismos administradores podrán pagar los subsidios directamente al trabajador o mediante convenios con la entidad empleadora de éste, a través de distintas alternativas, que se detallan en los siguientes números.

1. Pago directo al trabajador

Los organismos administradores podrán pagar los subsidios a través de los medios detallados en la [Letra F del Título I anterior](#).

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán respaldar el pago de los subsidios [por incapacidad temporal](#) con el debido comprobante. ~~En el caso de las empresas con administración delegada, éstas deberán registrar los citados pagos y en forma separada de las remuneraciones de sus trabajadores.~~

Asimismo, los organismos administradores y los administradores delegados deberán disponer de una "Liquidación de pago" [o comprobante](#), cuya copia deberá ser entregada al trabajador a través de cualquier medio físico o electrónico, en caso que le sea requerida. Dicha liquidación deberá consignar, a lo menos, la identificación del trabajador, el número de la licencia médica u orden de reposo Ley N°16.744, su fecha de emisión, el número de días de reposo que se están pagando y el detalle de las cotizaciones pagadas. Además, la primera liquidación de pago, deberá adjuntar el detalle del cálculo del subsidio diario a pagar.

En el caso de las empresas con administración delegada, éstas deberán registrar los comprobantes de pago en forma separada de las liquidaciones de remuneraciones de sus trabajadores. Por su parte, en aquellos meses en que el trabajador reciba remuneración y subsidio, por haberse encontrado incapacitado para trabajar sólo algunos días del mes o bien por percibir remuneraciones a todo evento, corresponde que la empresa elabore dos liquidaciones, una de remuneraciones y otra de subsidio. Por lo tanto, a los subsidios por incapacidad temporal no se les puede realizar ningún tipo de descuento (CCAF, préstamo de la empresa, adelanto de bono, sindicato, etc.), salvo que exista alguna retención establecida por sentencia judicial.

Sin perjuicio de lo anterior, los organismos administradores deberán poner la liquidación de pago a disposición del trabajador en la plataforma señalada la [Letra E. del Título I anterior](#).

M. Continuidad de ingreso

N. Prescripción del derecho a cobro del subsidio

O. Duración máxima del subsidio

1. Envío a Evaluación
2. Pago de Subsidio durante el Período de Evaluación
3. Pensión de Invalidez Total Transitoria

4. Acciones a seguir por parte de los organismos administradores y empresas con administración delegada

Los organismos administradores [y administradores delegados](#) deberán realizar un seguimiento de la evolución del estado de incapacidad de los trabajadores que se encuentren percibiendo pensión de invalidez transitoria, de manera de enviar o solicitar que se derive al trabajador a la evaluación de su incapacidad permanente cuando ya no existan tratamientos pendientes.

Las empresas con administración delegada deberán informar al ISL, el último día hábil de cada mes, los trabajadores que en dicho mes completaron las 92 semanas percibiendo subsidios, remitiéndole toda la información laboral necesaria para que dicho Instituto (ISL) constituya la pensión de invalidez transitoria, en caso de corresponder.

Asimismo, deberán informar al ISL los trabajadores que hayan sido dados de alta antes de cumplirse las 104 semanas de subsidio, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de dicha alta, ya sea ésta un alta laboral, la que permite al trabajador reincorporarse a sus jornadas y labores habituales, o un alta médica porque no hay tratamientos médicos, quirúrgicos u otros pendientes para lograr la mejoría del trabajador y corresponde solicitar la evaluación de su incapacidad presumiblemente permanente.

LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES/

TÍTULO IV. Información financiera

A. Estados Financieros de las Mutualidades

B. Depreciación de activos fijos

C. Reportes Financieros del Instituto de Seguridad Laboral

D. Información financiera del Ministerio de Salud y los Servicios de Salud

E. Información financiera-[contable](#) de los administradores delegados

~~1. Requerimiento de información de ingresos y egresos~~

~~Los administradores delegados deberán remitir a la Superintendencia de Seguridad Social el Estado de Resultados, en los términos que a continuación se detallan y cuyo desglose deberá adaptarse al formato que se presenta en el Anexo N°15 "Estado de Resultados"~~

~~Los contenidos de los conceptos y cifras que se deben informar, se detallan a continuación:~~

~~a) Gastos en Prevención~~

~~i) Los administradores delegados del Seguro, tienen obligaciones respecto de la Ley N°16.744, como cualquiera empresa industrial, minera, comercial etc. de cierto tamaño, tales como: realizar acciones de prevención de riesgos de accidentes y enfermedades profesionales; proporcionar implementos de seguridad al personal; contar con equipos e instrumentos de seguridad; tener un Departamento de Prevención dirigido por un ingeniero o técnico en la materia, encargado de planificar, organizar, ejecutar y supervisar acciones permanentes para evitar accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, artículo 8° y siguientes del D.S. N°40, de 1969, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social; deben contar con Comités Paritarios de Higiene y Seguridad que deben asesorar, vigilar, investigar e indicar la adopción de todas las medidas de prevención de accidentes y enfermedades profesionales, artículo 66° de la Ley N°16.744.~~

~~ii) Las empresas con administración delegada deben incurrir en materia de gastos en prevención en erogaciones adicionales o incrementales a las señaladas en el numeral precedente, como son: adquisiciones de equipos para detectar precozmente algunas enfermedades profesionales (cuya imputación a gastos se realiza generalmente por el sistema de depreciaciones); aumento en la~~

~~Contratación de prevencionistas; aumento de las campañas de prevención, en cantidad y calidad; etc.~~

~~b) Gastos médicos y hospitalarios~~

~~En los casos de empresas administradoras que poseen hospitales y servicios propios que otorgan no sólo prestaciones relacionadas con la Ley N°16.744, sino también con la medicina y cirugía general, debe imputarse a este Seguro la proporción de los costos y gastos que corresponda exclusivamente a él y que emanen de los procedimientos de distribución implantados formalmente por las empresas administradoras, con adhesión a los principios de contabilidad de general aceptación, entre los que cabe destacar, en esta oportunidad, los de equidad y uniformidad.~~

~~2. Subsistema contable~~

~~Conforme al artículo 36 bis del D.S. N°101, ya citado, y con el objeto de generar los saldos de las cuentas del Estado de Resultados, se instruye a los administradores delegados para que en su sistema contable, registren por separado el movimiento de los ingresos y egresos de los recursos financieros del Seguro.~~

~~Teniendo presente lo señalado, se indican a continuación las principales características de un Subsistema contable para la administración delegada del seguro y la información financiero contable que se debe remitir a la Superintendencia de Seguridad Social:~~

- ~~a) El Subsistema, requiere informar sólo los ingresos y gastos inherentes a la administración delegada cuyo contenido de algunos conceptos se esbozó anteriormente. En consecuencia, dicho Subsistema no necesita tener cuentas de activo y pasivo por carecer de patrimonio propio.~~
- ~~b) Debe ser un Subsistema del Sistema Contable General de la empresa, pero debidamente segregado de él, a fin de permitir una expedita fiscalización por parte de la Superintendencia de Seguridad Social, con manuales de procedimientos contables, manual de cuentas, plan de cuentas, registros contables, comprobantes de contabilidad con su documentación legal soportante, etc., todo lo cual debe permitir la comprensión del Subsistema, el tratamiento de las cuentas, los flujos de información, sistemas de control interno, etc.~~
- ~~c) El resultado anual del Subsistema no es acumulativo y, por lo tanto, el déficit o superávit se deberá saldar contra el resultado general de la empresa.~~

~~3. El Estado de Resultados~~

~~El Estado de Resultados deberá exponerse en la forma que se indica en el Anexo N°15 "Estado de Resultados" y podrá tener las clasificaciones que allí se señalan.~~

~~En relación con las clasificaciones propuestas, es conveniente que los ingresos de gestión se presenten desagregados, en cotización básica, adicional diferenciada y extraordinaria, ingresos por concurrencias para indemnizaciones recibidas y montos correspondientes a la proporción de las cotizaciones que se traspasan al organismo encargado de pagar las pensiones de la ley.~~

~~Finalmente, los Gastos Médicos y Hospitalarios se presentan con bastante detalle, a fin de facilitar su comprensión; sin embargo, pudiere ser suficiente resumirlos en sólo dos cifras, de acuerdo a lo solicitado en instructivos anteriores de la Superintendencia de Seguridad Social: Gastos Médicos en general y Gastos en rehabilitación de inválidos.~~

1. Aspectos generales

De acuerdo a lo establecido en el artículo 36 bis del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, los administradores delegados estarán obligados a mantener las estadísticas y la contabilidad del sistema en la forma que determine la Superintendencia de Seguridad Social.

Al respecto, los administradores delegados deberán enviar a la Superintendencia de Seguridad Social información financiera/contable, a través de un Estado de Resultado en el cual reporte los ingresos de gestión y los gastos de gestión, en un período determinado dando como resultado un excedente o déficit.

2. Estado de Resultados

El Estado de Resultados deberá ser emitido y enviado a la Superintendencia de Seguridad Social en el formato que se indica en el Anexo N°15: "Estado de Resultados-Administrador Delegado Ley N°16.744", en el plazo señalado en el número 3 siguiente.

Contenido del referido informe de los ingresos y egresos de la gestión:

a) Ingresos de gestión

En relación a los ingresos devengados en el período informado, se deberá reportar por separado los montos en pesos, tanto mensual como acumulado del año, de la cotización básica general (0,9%) y la cotización adicional diferenciada, calculado sobre el total de las remuneraciones imponibles.

También se deberán informar en forma separada los montos traspasados al ISL para financiar las pensiones del Seguro de la Ley N°16.744, que corresponderá a la proporción de las cotizaciones básica y adicional que se fije en el decreto anual que establece el presupuesto para la aplicación del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744.

Adicionalmente, se deberá consignar el monto traspasado para el financiamiento del Seguro Escolar, de acuerdo al porcentaje que se fije en el decreto anual que, establece el presupuesto para la aplicación del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Finalmente, se deberán registrar los ingresos por concepto de pagos de concurrencias por indemnizaciones, cobradas por la empresa con administración delegada a los organismos administradores y/o a otros administradores delegados, en los casos que corresponda.

b) Gastos de gestión

Respecto al reporte de los gastos devengados en el período del ejercicio, los administradores delegados deberán considerar su doble condición de empleador y administrador delegado del Seguro Social de la Ley N°16.744, e informar a esta Superintendencia de Seguridad Social sólo aquellos gastos relacionados con las actividades que desarrollan en su condición de administradores delegados del citado seguro social. Por tanto, su reporte no deberá considerar gastos efectuados, en su calidad de entidad empleadora por obligaciones y/o exigencias legales y reglamentarias aplicables:

i) Gastos en Prestaciones Económicas:

Se deberán incluir en este ítem las prestaciones devengadas al cierre del ejercicio, proveniente del pago de Subsidios por Incapacidad Temporal y sus respectivas cotizaciones previsionales, así como el pago de indemnizaciones según corresponda. En el caso de los subsidios, se deberá incluir aquellos reposos médicos otorgados que exceden la fecha del cierre del ejercicio, como también se deberán informar los gastos varios asociados a evaluaciones de invalidez.

Asimismo, se deberán informar en el ítem “Otros”, los gastos relativos a subsidios de incapacidad laboral provenientes de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

ii) Gastos en Prestaciones Médicas y Hospitalarias:

Corresponderá informar los gastos directos e indirectos incurridos en prestaciones médicas, tales como atenciones médicas de urgencia, quirúrgicas y dentales, ambulatorias o intrahospitalarias, domiciliarias, procedimientos de diagnósticos y/o terapéuticos proporcionados a sus trabajadores afectados por un accidente del trabajo o una enfermedad profesional; sean éstas otorgadas directamente o a través de convenios con otras entidades. Asimismo, deberá incluirse en este ítem, consultas médicas, consultas médicas domiciliarias, el gasto en medicamentos y productos farmacéuticos, prótesis y aparatos ortopédicos, exámenes complementarios en general, reeducación profesional, rehabilitación física y gastos de traslado de pacientes, y cualquier otro gasto que fuese necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

Además, se deberá incluir la depreciación de las propiedades, planta y equipo utilizados en forma directa en el otorgamiento de las prestaciones médicas del Seguro de la Ley N°16.744, incluidas en este ítem.

Se entenderá por gastos directos aquellos que son atribuibles en su totalidad a las prestaciones médicas que los administradores delegados otorgan a sus trabajadores, en su rol de administrador del Seguro de la Ley N°16.744.

A su vez, se entenderá por gastos indirectos aquellos que, si bien no tienen una relación directa, son necesarios para otorgar estas prestaciones y generalmente corresponden a gastos compartidos con otras áreas o funciones desarrolladas por las entidades empleadoras, como por ejemplo contabilidad, informática, recursos humanos, mantención de equipos y otros servicios comunes.

No podrán imputarse en este ítem, aquellos gastos directos o indirectos cuyo destino no sea el otorgamiento de prestaciones médicas directas a los trabajadores del administrador delegado, salvo aquellas que propendan a otorgar una mejor atención médica a futuro de la población objeto del Seguro de la Ley N°16.744, como lo sería la capacitación del personal médico y las erogaciones destinadas a investigación y desarrollo que se realicen en beneficio de esta área.

Asimismo, se deberá informar en “Otros”, los gastos relativos a prestaciones médicas provenientes de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

iii) Gasto en Prestaciones Preventivas:

En este ítem corresponderá informar los gastos directos e indirectos incurridos en, a lo menos, el otorgamiento de prestaciones preventivas del Seguro de la Ley N°16.744, señalados en el Anexo N°15 "Estado de Resultados - Administrador Delegado Ley N°16.744", y en “Otros” incluir aquellos que se estimen necesarios atendido el rol de administrador delegado del seguro, considerando las instrucciones establecidas en el Título II. Responsabilidad de los organismos administradores y administradores delegados, del Libro IV.

No se deberá incluir en este reporte, los gastos en que incurre el administrador delegado en el desarrollo e implementación de las actividades de prevención, que correspondan a la entidad empleadora.

Asimismo, deberá imputar la depreciación de las propiedades, planta y equipo utilizados en forma directa en el otorgamiento de las prestaciones preventivas del Seguro de la Ley N°16.744, en el rol de administrador delegado.

Por gastos directos deberán entenderse aquellos que son imputables a la función de prevención que los administradores delegados realizan al interior de su empresa. A su vez, por gastos indirectos se entenderá a aquellos que no obstante no ser imputables, son necesarios para desarrollar dicha función preventiva, pero que generalmente son compartidos con las otras áreas o funciones desarrolladas en su calidad de entidad empleadora, como por ejemplo contabilidad, informática, recursos humanos, mantención y otros servicios comunes.

iv) Concurrencias

Corresponderá informar los gastos en el pago por concepto de concurrencias de indemnizaciones, cobradas por los organismos administradores u otros administradores delegados.

3. Preparación y envío de la información

Los administradores delegados deberán enviar el referido Estado de Resultados, en los términos que a continuación se detallan y deberá adaptarse al formato que se presenta en el Anexo N°15 "Estado de Resultados - Administrador Delegado Ley N°16.744", de la Letra F. Anexos, del Título IV. del presente libro.

a) Plazo de envío

Los administradores delegados deberán remitir mensualmente a la Superintendencia de Seguridad Social el Estado de Resultados, el día 15 del mes subsiguiente al cual corresponde la información, o el día hábil siguiente si el día 15 corresponde a un día sábado, domingo o festivo.

b) Mecanismo de envío

Los administradores delegados deberán remitir a la Superintendencia de Seguridad Social, el citado Estado de Resultados, en formato Excel.xlsx, a través del Sistema de Gestión de Reportes e Información para Supervisión (GRIS), de acuerdo a lo señalado en el número 5. Envío de archivos de texto, de la Letra B. Modelo de Reporte del Título II, del Libro IX.

c) Instrucciones generales

Las cifras del Estado de Resultados se deberán expresar en miles de pesos, sin decimales, y en caso de ser negativas se deberán informar con signo (-). Asimismo, las cifras se deberán presentar en forma paralela en dos columnas, la primera de ellas informará los montos del ejercicio mensual, bajo en nombre de "Mensual (indicar mes)", luego la segunda columna, registrará los montos en términos acumulativo, a la fecha mensual que se está reportando, bajo el nombre de "Acumulado (del año)", tal como se señala en el formato del Anexo N°15 "Estado de Resultados - Administrador Delegado Ley N°16.744".

Las normas de presentación del Estado de Resultados son necesariamente de carácter general, y en caso de no existir claridad respecto a las situaciones específicas, éstas deberán consultarse oportunamente a la Superintendencia de Seguridad Social.

4. Subsistema contable

Conforme al artículo 36 bis del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y con el objeto de generar los saldos de las cuentas del Estado de Resultados, se instruye a los administradores delegados que,

registren por separado y desagregado, respecto de su sistema contable como empresa, los movimientos de los ingresos y egresos por gestión, de los recursos financieros del Seguro de la Ley N°16.744.

De acuerdo con lo señalado, se indican a continuación las principales características de un Subsistema contable para la administración delegada de dicho seguro y la información financiera/contable que deberá ser remitida a la Superintendencia de Seguridad Social. Por lo anterior, el referido Subsistema Contable deberá:

- a) Informar sólo los ingresos y gastos inherentes a la administración delegada cuyo contenido y alcances se señalan en el número 2. Estado de Resultados de la Letra E, anterior. En consecuencia, dicho Subsistema contable no necesitará tener cuentas de activo y pasivo por carecer de patrimonio propio.
- b) Ser un Subsistema del sistema contable general de la empresa, pero debidamente segregado de él, a fin de permitir una expedita fiscalización por parte de la Superintendencia de Seguridad Social, con manuales de procedimientos contables, manual de cuentas, plan de cuentas, registros contables, comprobantes de contabilidad con su documentación legal soportante, etc.; todo lo cual deberá permitir la comprensión del Subsistema, el tratamiento de las cuentas, los flujos de información, sistemas de control interno, etc.
- c) El resultado anual del Subsistema no será acumulativo y, por lo tanto, el déficit o superávit se deberá saldar contra el resultado general de la empresa.

F. Gastos de administración

(...)

G. Anexos



Anexo N°15: Estado de Resultados [Reemplazo Anexo N°15 Estado de Resultados Administrador Delegado Ley N°16.74]

ANEXO N°15 ESTADO DE RESULTADOS ADMINISTRADOR DELEGADO LEY N°16.744

Identificación:

Nombre de administrador delegado

Mes/ Año:

Número de trabajadores (1)

Total de Remuneraciones Imponible (\$)

(1) N° de trabajadores: Se debe informar el número de trabajadoras(es) ocupadas(os) el último día del mes informado. Se entiende por trabajador(a) a toda persona que tenga un contrato de trabajo vigente con la empresa delegada.

<u>CONCEPTOS</u>	<u>Mensual</u> <u>(Indicar mes)</u>	<u>Acumulado del Año</u>
<u>Ingresos de Gestión:</u>		
<u>(+) Cotizaciones</u>		
<u>• Cotización Básica bruta (0,90%)</u>	<u>\$ _____</u>	<u>\$ _____</u>
<u>• Cotización adicional diferenciada _____ %</u>	<u>\$ _____</u>	<u>\$ _____</u>

(-) Traspasos	\$ ()	\$ ()
• <u>Traspaso de cotización aporte al I.S.L.</u>	\$ ()	\$ ()
• <u>Traspaso seguro escolar</u>	\$ ()	\$ ()
(+) Concurrencias por indemnizaciones recibidas	\$	\$
<u>Asociación Chilena de Seguridad</u>		
<u>Mutual de Seguridad de la C.Ch.C.</u>		
<u>Instituto de Seguridad del Trabajo</u>		
<u>Instituto de Seguridad Laboral</u>		
<u>Otro administrador delegado (indicar nombre)</u>		

Total Ingresos de Gestión	\$	\$
----------------------------------	----	----

Egresos de Gestión:

(-) Prestaciones Económicas	-	-
• <u>Subsidios Incapacidad Temporal</u>	\$	\$
• <u>Cotizaciones previsionales de Subsidios Incapacidad Temporal</u>	\$	\$
• <u>Indemnizaciones de la Ley N°16.744</u>	\$	\$
• <u>Gastos varios asociados a evaluaciones de invalidez</u>		
• <u>Otros (como gastos por SIL art. 77 bis Ley N°16.744)</u>		
(-) Concurrencias para indemnizaciones entregadas	\$	\$
<u>Asociación Chilena de Seguridad</u>		
<u>Mutual de Seguridad de la C.Ch.C.</u>		
<u>Instituto de Seguridad del Trabajo</u>		
<u>Instituto de Seguridad Laboral</u>		
(-) Prestaciones Médicas y Hospitalarias:		
• <u>Atenciones de Urgencia Atenciones Ambulatorias</u>	\$	\$
• <u>Atenciones Hospitalizados Atenciones Ambulatorias</u>	\$	\$
• <u>Atenciones de Ambulatoria Atenciones Ambulatorias</u>	\$	\$
• <u>Medicamentos y productos farmacológicos</u>	\$	\$
• <u>Prótesis y aparatos ortopédicos</u>	\$	\$
• <u>Rehabilitación física y reeducación profesional</u>	\$	\$
• <u>Gastos de traslado de accidentados</u>	\$	\$
• <u>Servicios generales</u>	\$	\$
• <u>Otros</u>	\$	\$
(-) Prestaciones Preventivas de Riesgo:		
• <u>Remuneraciones</u>		

• Asistencia técnica en prevención de riesgos profesionales	\$ _____	\$ _____
• Exámenes y consulta médica preventivas	\$ _____	\$ _____
• Estudio de puestos de trabajo		
• Mediciones y monitoreo de higiene industrial	\$ _____	\$ _____
• Otros	\$ _____	\$ _____
(-) Póliza de Garantía	\$ _____	\$ _____
Total Egresos de Gestión	\$ _____	\$ _____
RESULTADO OPERACIONAL	\$ _____	\$ _____
Depreciaciones	\$ ()	\$ ()
EXCEDENTE (DÉFICIT) DEL EJERCICIO	\$ _____	\$ _____

LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES/ TÍTULO II. GESTIÓN DE REPORTES E INFORMACIÓN PARA LA SUPERVISIÓN (GRIS)

C. Anexos



Anexo N°31: Calendario de envío de los archivos del sistema GRIS [Modifica]

[Se agrega en la tabla de la Letra C. Envío de Estados Financieros, la siguiente fila N°4]

N° de Reporte	Nombre del documento	Tipo de EE. FF.	Período	Fecha límite de envío
4	Anexo N°15: EERR Administrador Delegado		Mensual	Hasta el día 15 del mes subsiguiente al cual corresponde la información, o el día hábil siguiente si el día 15 corresponde a un día sábado, domingo o festivo.