

**ANEXO N°36**

**Informe Estadístico de las Administradoras Delegadas del Seguro de la Ley  
N°16.744**

**(Contiene los Cuadros del I al IV)**

**INFORME ESTADISTICO DE LAS ADMINISTRADORAS DELEGADAS DEL SEGURO DE LA LEY  
Nº16.744**

EMPRESA.....

MES.....

**CUADRO I**

**TRABAJADORES Y COTIZACIONES**

|   |     |
|---|-----|
| A. Número de trabajadores                           |     |
| B. Remuneraciones imponibles (miles de pesos)       |     |
| C. Tasa de cotización adicional                     | (%) |
| D. Tasa de cotización efectiva total                | (%) |
| E. Cotizaciones traspasadas al ISL (miles de pesos) |     |

**CUADRO II**

**NÚMERO ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES SEGÚN  
CONSECUENCIAS**

|                           | Accidentes del Trabajo | Enfermedad Profesional |
|---------------------------|------------------------|------------------------|
| A. Sin derecho a licencia |                        |                        |
| B. Incapacidad temporal   |                        |                        |
| C. Invalidez parcial      |                        |                        |
| D. Invalidez total        |                        |                        |
| E. Gran invalidez         |                        |                        |
| F. Muerte                 |                        |                        |
| TOTAL                     |                        |                        |

**CUADRO III**

**BENEFICIOS PAGADOS**

|   | <b>NUMERO</b> | <b>MONTO<br/>(Miles de pesos)</b> |
|---|---------------|-----------------------------------|
| A. Número de subsidios iniciados                  |               |                                   |
| B. Número de días y monto de subsidios pagados    |               |                                   |
| C. Número y monto de las indemnizaciones pagadas  |               |                                   |
| D. Monto del gasto en prestación médica           |               |                                   |
| E. Monto del gasto en rehabilitación de inválidos |               |                                   |
| F. Monto del gasto en prevención de riesgos       |               |                                   |

**CUADRO IV**

**NÚMERO DE PENSIONES ORIGINADAS**

|                                 | <b>NÚMERO</b> |
|---------------------------------|---------------|
| A. – Pensiones de invalidez     |               |
| - Invalidez parcial             |               |
| - Invalidez total               |               |
| - Gran invalidez                |               |
| B. – Pensiones de sobrevivencia |               |
| - Viudez                        |               |
| - Orfandad                      |               |
| -Otras                          |               |
|                                 |               |
| - TOTAL                         |               |