

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.

CONCEPTOS	Mensual (Indicar mes)	Acumulado del Año
Ingresos de gestión:		
(+) Cotizaciones		
• Cotización Básica bruta (0,90%)	\$ _____	\$ _____
• Cotización adicional diferenciada _____ %	\$ _____	\$ _____
(-) Traspasos		
	\$ ()	\$ ()
• Traspaso de cotización aporte al I.S.L.	\$ ()	\$ ()
• Traspaso Seguro Escolar	\$ ()	\$ ()
(+) Concurrencias por indemnizaciones recibidas		
	\$ _____	\$ _____
Asociación Chilena de Seguridad		
Mutual de Seguridad de la C.Ch.C.		
Instituto de Seguridad del Trabajo		
Instituto de Seguridad Laboral		
Otro administrador delegado (indicar nombre)		
Total Ingresos de Gestión	\$ _____	\$ _____

Gastos de gestión:

(-) Prestaciones Económicas

- | | | |
|---|----------|----------|
| • Subsidios Incapacidad Temporal | \$ _____ | \$ _____ |
| • Cotizaciones previsionales de Subsidios Incapacidad Temporal | \$ _____ | \$ _____ |
| • Indemnizaciones de la Ley N°16.744 | \$ _____ | \$ _____ |
| • Gastos varios asociados a evaluaciones de invalidez | | |
| • Otros (como gastos por Subsidios Incapacidad Temporal art. 77 bis Ley N°16.744) | | |

(-) Concurrencias para indemnizaciones entregadas

- | | | |
|------------------------------------|----------|----------|
| | \$ _____ | \$ _____ |
| Asociación Chilena de Seguridad | | |
| Mutual de Seguridad de la C.Ch.C. | | |
| Instituto de Seguridad del Trabajo | | |

Instituto de Seguridad Laboral
Otro administrador delegado (indicar nombre)

(-) Prestaciones médicas y hospitalarias:		
• Atenciones de urgencia	\$ ____	\$ ____
• Atenciones hospitalizados	\$ ____	\$ ____
• Atenciones quirúrgicas y dentales	\$ ____	\$ ____
• Atenciones ambulatorias	\$ ____	\$ ____
• Atenciones domiciliarias	\$ ____	\$ ____
• Medicamentos y productos farmacológicos	\$ ____	\$ ____
• Prótesis y aparatos ortopédicos	\$ ____	\$ ____
• Rehabilitación física y reeducación profesional	\$ ____	\$ ____
• Gastos de traslado de accidentados	\$ ____	\$ ____
• Servicios generales	\$ ____	\$ ____
• Otros	\$ ____	\$ ____
(-) Prestaciones Preventivas:		
• Remuneraciones	\$ ____	\$ ____
• Asesorías en prevención	\$ ____	\$ ____
• 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	\$ ____	\$ ____
EXCEDENTE (DÉFICIT) DEL EJERCICIO	\$ ____	\$ ____