



ANEXO N°2
FORMATO DE ARCHIVOS PLANOS

1. Definición de Archivos

Materia: DETALLE DE INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA DEL PERÍODO

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

DET_COT_06_PER	Archivo 01	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_emp	rut empresa que declara y paga	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa que declara y paga	A[60]
n_declaracion	N° planilla declaración y pago	A[20]
tipo_declaracion	tipo de planilla declaración y pago	A[02]
tipo_nac_tra	tipo de trabajador	“S” o “N”
rut_trab	rut trabajador	99999999-A A[10]
nombre_trab	nombre del trabajador	A[60]
monto_impon	monto remuneración Imponible declarada y pagada	N[10]
monto_06	monto cotización del declarada y pagada	N[10]
n_dias_trab	N° días trabajados en el mes que se declaró y pagó la cotización informada	N[10]



Materia: RESUMEN DE INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA DEL PERÍODO

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

RES_COT_06_PER	Archivo 02	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_emp	rut empresa que declara y paga	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa que declara y paga	A[60]
num_compin	código COMPIN o SUB COMPIN correspondiente al empleador	A[10]
n_declaracion	N° planilla declaración y pago	A[20]
tipo_declaracion	tipo de planilla declaración y pago	A[02]
n_tra_car	Número total de trabajadores cotizantes en carátula	N[10]
m_impo_car	Monto total Imponible declarado y pagado en carátula	N[10]
m_06_car	Monto total declarado y pagado de en carátula	N [10]
n_tra_C.C.A.F.	Número total de trabajadores cotizantes según nómina	N[10]
m_impo_C.C.A.F.	Monto total Imponible declarado y pagado en nómina	N[10]
m_06_C.C.A.F.	Monto total declarado y pagado de según nómina	N[10]
m_06_ing	Monto cotización SIL ingresado al FONDO en el mes informado	N[10]
m_sal_emp	Monto del saldo por pagar al empleador por parte de la C.C.A.F.	N[10]
m_sal_fondo	Monto del saldo por pagar al Fondo por parte del empleador	N[10]
reaj_pag	Monto total declarado y pagado en el mes por reajustes Ley N°17.322	N[10]
m_af_car	Monto total AF consignado en carátula	N[10]
m_af_C.C.A.F.	Monto total AF real determinado por la C.C.A.F.	N[10]
monto_ing_dec	Monto ingresado a C.C.A.F. junto a planilla de declaración	N[10]



Materia: DETALLE DE INGRESOS POR COTIZACIÓN DE PERÍODOS ANTERIORES

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

DET_COT_06_ANT	Archivo 03	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_emp	rut empresa que declara y paga	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa que declara y paga	A[60]
n_declaracion	N° planilla declaración y pago	A[20]
tipo_declaracion	tipo de planilla declaración y pago	A[02]
tipo_nac_tra	tipo de trabajador	“S” o “N”
rut_trab	rut trabajador	99999999-A A[10]
nombre_trab	nombre del trabajador	A[60]
monto_impon	monto remuneración Imponible declarado y pagado	N[10]
monto_06	monto cotización declarado y pagado	N[10]
n_dias_trab	N° días trabajados en el mes que se declaró y pagó la cotización informada	N[10]

Materia: RESUMEN DE INGRESOS POR COTIZACIÓN DE PERÍODOS ANTERIORES

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

RES_COT_06_ANT	Archivo 04	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_emp	rut empresa que declara y paga	99999999-A A[10]
Nombre_emp	nombre empresa que declara y paga	A[60]
num_compin	código COMPIN o SUB COMPIN correspondiente al empleador	A[10]
n_declaracion	N° planilla declaración y pago	A[20]
tipo_declaracion	tipo de planilla declaración y pago	A[02]
n_tra_car	número total de trabajadores cotizantes en carátula	N[10]
m_impo_car	monto total Imponible declarado y pagado en carátula	N[10]
m_06_car	monto total declarado y pagado en carátula	N[10]
n_tra_C.C.A.F.	número total de trabajadores cotizantes según nómina	N[10]
m_impo_C.C.A.F.	monto total Imponible declarado y pagado en nómina	N[10]
m_06_C.C.A.F.	monto total declarado y pagado de según nómina	N[10]
m_06_ing	monto cotización SIL ingresado al FONDO en el mes informado	N[10]
m_sal_emp	monto del saldo por pagar al empleador por parte de la C.C.A.F.	N[10]
m_sal_fondo	monto del saldo por pagar al Fondo por parte del empleador	N[10]
06_rea_pag	monto de reajustes por Ley N° 17.322 pagado	N[10]
cob_jud	en cobranza judicial (si/no)	“S” o “N”
per_dec	período declarado	DATE (AAAAMMDD)
n_declaración_ori	N° planilla declaración original	A[20]
m_af_car	Monto total AF consignado en carátula	N[10]
m_af_C.C.A.F.	Monto total AF real determinado por la C.C.A.F.	N[10]
monto_ing_dec	Monto ingresado a C.C.A.F. junto a planilla de declaración	N[10]



Materia: **INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA CORRESPONDIENTES A DIFERENCIAS DE PERÍODOS ANTERIORES**

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

COT_06_DIF	Archivo 05	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_emp	rut empresa que declara y paga	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa que declara y paga	A[60]
per_dec	período declarado	DATE (AAAAMMDD)
n_declaración_ori	N° planilla declaración original	A[20]
cob_jud	en cobranza judicial (si/no)	“S” o “N”
monto_06_adeu	monto cotización adeudada por pagar	N[10]
monto_reaj_adeu	monto reajustes Ley N°17.322 por pagar	N[10]
monto_06_pag	monto total cotización nominal ingresado al FONDO	N[10]
monto_reaj_pag	monto de reajustes por Ley N° 17.322 pagado	N[10]



Materia: INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA ENTERADAS POR ENTIDADES PAGADORAS DE SUBSIDIOS DE ORIGEN LABORAL Y COMUN

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

COT_06_IND	Archivo 06	
Nombre Campo	Descripción	Formato
tipo_institucion	tipo institución según dominio	A[02]
cod_entidad	código entidad pagadora cotizaciones	N[10]
nombre_ent	nombre entidad pagadora cotizaciones	A[60]
n_declaracion	N° planilla declaración y pago	A[20]
tipo_declaracion	tipo de planilla declaración y pago	A[02]
num_licencia	número licencia o permiso	A[14]
num_dias_licencia	número días de licencia o permiso	N[03]
tipo_nac_tra	tipo de trabajador	“S” o “N”
rut_trab	rut trabajador	99999999-A A[10]
nombre_trab	nombre del trabajador	A[60]
rut_emp	rut empresa	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa	A[60]
monto_impon	monto remuneración Imponible declarada y pagada	N[10]
monto_06	monto cotización declarada y pagada	N[10]



Materia: DETALLE DE COTIZACIONES (SIL) DECLARADAS Y NO PAGADAS

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

DET_COT_06_NO PAG	Archivo 07	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_emp	rut empresa que declara	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa que declara	A[60]
n_declaracion	N° planilla declaración	A[20]
tipo_declaracion	tipo de planilla declaración	A[02]
tipo_nac_tra	tipo de trabajador	“S” o “N”
rut_trab	rut trabajador	99999999-A A[10]
nombre_trab	nombre del trabajador	A[60]
monto_impon	monto remuneración Imponible declarado	N[10]
monto_06	monto cotización declarado	N[10]



Materia: RESUMEN DE COTIZACIONES (SIL) DECLARADAS Y NO PAGADAS

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

RES_COT_06_NO PAG	Archivo 08	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_emp	rut empresa que declara	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa que declara	A[60]
num_compin	código COMPIN o SUB COMPIN correspondiente al empleador	A[10]
n_declaracion	N° planilla declaración	A[20]
tipo_declaracion	tipo de planilla declaración	A[02]
n_tra_car	número total de trabajadores cotizantes declarados en carátula	N[10]
m_impo_car	monto total Imponible declarado en carátula	N[10]
m_06_car	monto total declarado en carátula	N[10]
n_tra_C.C.A.F.	número total de trabajadores cotizantes declarado según nómina	N[10]
m_impo_C.C.A.F.	monto total Imponible declarado en nómina:	N[10]
m_06_C.C.A.F.	monto total declarado según nómina	N[10]
m_06_dec	monto cotización SIL declarado al FONDO en el mes informado	N[10]
m_sal_emp	monto declarado del saldo por pagar al empleador por parte de la C.C.A.F.	N[10]
m_sal_fondo	monto declarado del saldo por pagar al Fondo por parte del empleador	N[10]



Materia: SUBSIDIOS RECUPERADOS

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

REINTEGRO_SUB	Archivo 09	
Nombre Campo	Descripción	Formato
mes_ori_ben	mes en que se informó el beneficio originalmente	DATE (AAAAMMDD)
rut_ben	rut beneficiario	99999999-A A[10]
nombre_ben	nombre del beneficiario	A[60]
monto_ing	monto ingresado	N[10]
TIPO_REINT	tipo de reintegro	A[02]
num_licencia	número licencia	A[14]

Materia: DETALLE DEL GASTO EN SUBSIDIOS Y COTIZACIONES

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

PAGO_SUB_REEMB	Archivo 10	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_trab	rut trabajador	99999999-A A[10]
nombre_trab	nombre del trabajador	A[60]
rut_emp	rut empleador	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa	A[60]
rut_ent_rep	rut entidad reportante	99999999-A A[10]
nombre_ent_rep	nombre entidad reportante	A[60]
genero	masculino, femenino	“M” o “F”
act_laboral	actividad laboral del trabajador	A[02]
num_licencia	número licencia	A[14]
num_compin	código COMPIN o SUB COMPIN que autoriza la licencia	A[10]
tipo_lic	tipo de licencia en formulario licencia médica	A[02]
CODIGO_DIAG	código de diagnóstico (CIE10) licencia médica	A[10]
fe_ini_lic	fecha de inicio licencia	DATE (AAAAAMMDD)
fe_ter_lic	fecha de término licencia	DATE (AAAAAMMDD)
inicia_mes	licencia iniciada en el mes, si/no	“S” o “N”
fe_ini_pro	fecha de Inicio licencia anterior (si esta es prórroga)	DATE (AAAAAMMDD)
n_dias_lic	número de días duración de la licencia médica	N[03]
tipo_pago_sub	grupo de pago subsidio y cotizaciones	A[02]
tipo_rend	tipo rendición	A[02]
cod_entidad	código entidad de pensión	A[10]
n_dias_sub_pago	número de días subsidios a pagar	N[03]
n_dias_cot_pago	número de días cotizaciones a pagar	N[03]
n_dias_sub_mes	número de días pagados de subsidio en el mes	N[03]
n_dias_cot_mes	número de días pagados de cotizaciones en el mes	N[03]
monto_diario	monto del subsidio diario	N[10,2]
monto_sub	monto de subsidio pagado	N[10]
monto_cot_pen	monto de cotización pensión pagada	N[10]
monto_cot_salud	monto cotización salud (pagada (FONASA)	N[10]
monto_cot_06	monto cotización salud pagada (C.C.A.F)	N[10]
monto_otras_cot	monto otras cotizaciones pagadas	N[10]
monto_seg_ces	monto cotización seguro de cesantía pagada	N[10]
monto_pago_doc	monto a pagar en el documento	N[10]
tipo_pago_doc	modalidad de pago documento	A[02]
n_documento	número del documento de pago	A[20]
fecha_em_doc	fecha emisión del documento	DATE (AAAAAMMDD)
banco_pago	banco del documento de pago (cuando corresponda	A[10]
rut_medico	rut médico	99999999-A A[10]
nombre_medico	nombre médico	A[60]
per_renta	Período renta	DATE (AAAAAMM)

Materia: DETALLE DEL GASTO EN SUBSIDIOS Y COTIZACIONES POR REEMBOLSO LEY N°16.744

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

PAGO_SUB_REEMB	Archivo 11	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_trab	rut trabajador	99999999-A A[10]
nombre_trab	nombre del trabajador	A[60]
rut_emp	rut empleador	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa	A[60]
rut_ent_rep	rut entidad reportante	99999999-A A[10]
nombre_ent_rep	nombre entidad reportante	A[60]
genero	masculino, femenino	"M" o "F"
num_permiso	número de licencia o permiso y nombre de la COMPIN	A[14]
num_compin	código COMPIN o SUB COMPIN que otorgó la licencia.	A[10]
TIPO_LIC	tipo de licencia o permiso	A[2]
N_dias_per	número de días duración de la licencia o permiso	N[03]
tipo_pago_sub	grupo de pago subsidio y cotizaciones	A[02]
tipo_rend	tipo rendición	A[02]
N_dias_sub	número de días pagados de subsidios	N[03]
N_dias_cot	número de días pagados de cotizaciones	N[03]
monto_sub	monto de subsidio pagado	N[10]
monto_cot_pen	monto de cotización pensión	N[10]
monto_cot_salud	monto cotización salud (7%)	N[10]
monto_otras_cot	monto otras cotizaciones	N[10]
monto_seg_ces	monto cotización seguro de cesantía	N[10]
monto_reajustes	Monto reajustes	N[10]
monto_interes	Monto intereses	N[10]
monto_pago_doc	monto pagado según documento	N[10]
tipo_pago_doc	modalidad de pago documento	A[02]
N_documento	número del documento de pago	A[20]
fecha_em_doc	fecha emisión del documento	DATE (AAAAMMDD)
banco_pago	banco del documento de pago (cuando corresponda)	A[10]
rut_medico	rut médico	99999999-A A[10]
nombre_medico	nombre médico	A[60]
per_renta	Período renta	DATE (AAAAMM)



Materia: REEMBOLSO DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES A MUNICIPALIDADES, CORPORACIONES MUNICIPALES, EMPLEADORES EN CONVENIO Y ORGANISMOS ADMINITRADORES DE LA LEY 16.744

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

GRUPO_PAGO	Archivo 12	
Nombre Campo	Descripción	Formato
tipo_rend	tipo rendición	A[02]
rut_ent_rep	rut entidad reportante	99999999-A A[10]
nombre_ent_rep	nombre entidad reportante	A[60]
monto_sub	monto de subsidio pagado en licencias	N[10]
monto_cot_pen	monto de cotización pensión	N[10]
monto_cot_salud	monto cotización salud (FONASA)	N[10]
monto_cot_06	monto cotización salud (C.C.A.F)	N[10]
monto_otras_cot	monto otras cotizaciones	N[10]
monto_seg_ces	monto cotización seguro de cesantía	N[10]
monto_reajustes	Monto reajustes	N[10]
monto_interes	Monto intereses	N[10]
monto_pago_doc	monto pagado según documento	N[10]
tipo_pago_doc	modalidad de pago documento	A[02]
n_documento	número del documento de pago	A[20]
fecha_em_doc	fecha emisión del documento	DATE (AAAAMMDD)
banco_pago	banco del documento de pago (cuando corresponda)	A[10]



Materia: PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES (PENSION, SALUD Y OTRAS)

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

PAGO_COT	Archivo 13	
Nombre Campo	Descripción	Formato
cod_entidad	código entidad que recibe el pago	A[10]
tipo_cot	tipo de cotización	A[02]
monto_a_pagar	monto a pagar por cotizaciones del mes	N[10]
monto_pago_doc	monto pagado según documento	N[10]
tipo_pago_cot	pago directo o a través de empresa externa	A[02]
tipo_pago_doc	modalidad de pago documento	A[02]
n_documento	número del documento de pago	A[20]
fecha_em_doc	fecha emisión del documento	DATE (AAAAMMDD)
banco_pago	banco del documento de pago (cuando corresponda)	A[10]



Materia: RENDICION DE DOCUMENTOS EMITIDOS

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

RENDICIÓN	Archivo 14	
Nombre Campo	Descripción	Formato
fecha_rendicion	fecha cambio de estado documento	DATE (AAAAMMDD)
mes_origen	mes en que se informó el documento	DATE (AAAAMMDD)
n_arch_ori	número de archivo en que se reportó el documento	N[2]
monto_pago_doc	monto pagado según documento	N[10]
n_documento	número del documento	A[20]
estado_doc	estado actual del documento emitido	A[02]
n_rendicion	número que identifica el cobro del documento	A[20]
banco_pago	banco del documento de pago	A[10]



Materia: SUBSIDIOS REVALIDADOS

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

REEMP	Archivo 15	
Nombre Campo	Descripción	Formato
mes_origen	mes en que se informó el cheque original	DATE (AAAAMMDD)
n_doc_cad	Número del cheque original	N[20]
fecha_em_doc	fecha emisión del cheque original	DATE (AAAAMMDD)
n_arch_ori	número de archivo en que se reportó el cheque	N[2]
n_documento	número del nuevo cheque	A[20]
monto_pago_doc	monto pagado según documento	N[10]
fecha_nue_doc	fecha emisión del nuevo cheque	DATE (AAAAMMDD)
banco_pago	banco del nuevo cheque de pago	A[10]

Materia: COMISIONES

Periodicidad: Mensual.

Requerimientos a la Entidad:

COMISIONES	Archivo 16	
Nombre Campo	Descripción	Formato
n_sub_ini	Nº de subsidios iniciados mes anterior	N[10]
n_tra_cot	Nº de trabajadores cotizantes mes anterior	N[10]
n_emp_cot	Nº de empresas cotizantes mes anterior	N[10]
n_tra_afi	Nº de trabajadores afiliados	N[10]
n_emp_afi	Nº de empresas afiliadas	N[10]
n_pro_tra	Nº promedio de trabajadores afiliados por empresa	N[5,3]
factor_pond	Factor de ponderación (según promedio de afiliados):	N[5,3]
monto_com	monto consignado en comisiones	N[10]

2. Listado de Dominios

TIPO_DECLARACION	
01	Planilla de papel
02	Planilla electrónica
99	otro

NUM_COMPIN	
50101	COMPIN REGIÓN DE ANTOFAGASTA
50102	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE
50103	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR
50104	SUBCOMPIN- ARAUCO
50105	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
50106	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE ARICA
50107	COMPIN- REGION DE ATACAMA
50108	COMPIN- REGIÓN DE AYSEN
50109	SUBCOMPIN- BIO BIO
50110	COMPIN- REGION DE COQUIMBO
50111	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE
50112	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE LLANQUIHUE-CHILOE-PALENA
50113	COMPIN- REGIÓN DE MAGALLANES
50114	SUBCOMPIN- DE NUBLE
50115	SUBCOMPIN- OSORNO
50116	SUBCOMPIN- DE ACONCAGUA
50117	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO
50118	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VALDIVIA
50119	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VALPARAISO-SAN ANTONIO
50120	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VINA DEL MAR-QUILLOTA
50121	COMPIN- REGIÓN DE OHIGGINS
50122	COMPIN- REGIÓN DEL MAULE
50124	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO STGO. CENTRO
50125	SUBCOMPIN- METROPOLITANO NORTE
50126	SUBCOMPIN- METROPOLITANO PONIENTE
50127	SUBCOMPIN- METROPOLITANO ORIENTE
50128	SUBCOMPIN- METROPOLITANO SUR
50129	SUBCOMPIN- METROPOLITANO SUR ORIENTE
50199	OTRA COMPIN

TIPO_INSTITUCION	
1	C.C.A.F.
2	MUTUAL
3	INP
4	AFP
5	COMPIN
6	SERVICIO SALUD
7	ADMINISTRADOR DELEGADO
8	ISAPRE
99	OTRO

COD_ENTIDAD	
80000	SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL
10101	CAJA DE COMPENSACION 18 DE SEPTIEMBRE
10102	CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR DE LOS ANDES
10103	CAJA DE COMPENSACION DE ASG. FAMILIAR GABRIELA MISTRAL
10104	CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR JAVIERA CARRERA
10105	CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR LA ARAUCANA
10106	CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR LOS HEROES
10199	OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN
20111	ASOCIACION CHILENA DE SEGURIDAD
20112	INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO
20113	MUTUAL DE SEGURIDAD CAMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCION
30100	INSTITUTO DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL
30101	EX-CAJA BANCARIA DE PENSIONES
30102	EX-CAJA PREVISIÓN DE EMPLEADOS PARTICULARES
30103	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LA HIPICA NACIONAL (CAPREHINA)
30105	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LA MARINA MERCANTE SECCION EMP. Y OFICIALES
30106	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LA MARINA MERCANTE SECCION TRIOMAR
30107	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LOS EMP. Y OBREROS DE LA EMP. MET. DE OBRAS SAN.
30108	EX-CAJA DE PREVISIÓN GILDEMEISTER
30109	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE EMPLEADOS DEL SALITRE
30110	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE EMPLEADOS MUNICIPALES DE SANTIAGO
30111	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE EMPLEADOS MUNICIPALES DE VALPARAISO
30112	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LOS OBREROS MUNICIPALES DE LA REPUBLICA
30114	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LOS EMPLEADOS DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE
30115	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LOS EMPLEADOS MUNICIPALES DE LA REPUBLICA
30116	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LOS FERROCARRILES DEL ESTADO
30118	EX-CAJA NACIONAL DE EMP. PUB. Y PERIOD. DEPTO PERIODISTAS
30119	EX-CAJA NACIONAL DE EMP. PUB. Y PERIOD. SECCION EMP. PUB.
30120	EX-DEPARTAMENTO DE INDEM. A OBREROS MOLINEROS Y PANIF.
30121	EX-SECCION DE PREVISIÓN DE LOS EMP. BCO CENTRAL DE CHILE
30122	EX-SECCION DE PREV. SOCIAL EMP. CIA DE CONS. DE GAS STGO
30123	EX-SECCION DE RET. EMP SOC. MAURICIO HOCHSCHULD Y CIA LTDA
30124	EX-CAJA DE RETIRO COMPAÑIA CERVECERIAS UNIDAS
30125	EX-SERVICIO DE SEGURO SOCIAL
30199	OTRA EX-CAJA
40103	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES CUPRUM S.A.
40105	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES HABITAT S.A.
40107	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES PLANVITAL S.A.
40109	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES PROVIDA S.A.
40111	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES ING S.A.
40112	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES SUMMA BANSANDER S.A.
40199	OTRA AFP
50101	COMPIN REGIÓN DE ANTOFAGASTA
50102	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE
50103	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR
50104	SUBCOMPIN- ARAUCO
50105	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
50106	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE ARICA
50107	COMPIN- REGION DE ATACAMA
50108	COMPIN- REGIÓN DE AYSÉN
50109	SUBCOMPIN- BIO BIO
50110	COMPIN- REGION DE COQUIMBO
50111	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE
50112	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE LLANQUIHUE-CHIOLOE-PALENA
50113	COMPIN- REGIÓN DE MAGALLANES
50114	SUBCOMPIN- DE NUBLE
50115	SUBCOMPIN- OSORNO
50116	SUBCOMPIN- DE ACONCAGUA
50117	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO

COD_ENTIDAD	
50118	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VALDIVIA
50119	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VALPARAISO-SAN ANTONIO
50120	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VINA DEL MAR-QUILLOTA
50121	COMPIN- REGIÓN DE OHIGGINS
50122	COMPIN- REGIÓN DEL MAULE
50124	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO STGO. CENTRO
50125	SUBCOMPIN- METROPOLITANO NORTE
50126	SUBCOMPIN- METROPOLITANO PONIENTE
50127	SUBCOMPIN- METROPOLITANO ORIENTE
50128	SUBCOMPIN- METROPOLITANO SUR
50129	SUBCOMPIN- METROPOLITANO SUR ORIENTE
50199	OTRA COMPIN
70100	FONDO NACIONAL DE SALUD
30503	CODELCO DIVISIÓN SALVADOR (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
30504	CODELCO DIVISIÓN NORTE (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
30505	CODELCO DIVISIÓN EL TENIENTE (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
30506	CODELCO DIVISIÓN ANDINA (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
30507	CIA. SIDERURGICA DE HUACHIPATO (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
30508	UNIVERSIDAD CATOLICA (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
85001	SEREMI REGION DE TARAPACA
85002	SEREMI REGION DE ANTOFAGASTA
85003	SEREMI REGION DE ATACAMA
85004	SEREMI REGION DE COQUIMBO
85005	SEREMI REGION DE VALPARAISO
85006	SEREMI REGION DEL LIBERTADOR
85007	SEREMI REGION DEL MAULE
85008	SEREMI REGION DEL BIO-BIO
85009	SEREMI REGION DE LA ARAUCANIA
85010	SEREMI REGION DE LOS LAGOS
85011	SEREMI REGION DE AYSEN
85012	SEREMI REGION DE MAGALLANES Y LA ANTARTICA CHILENA
85013	SEREMI REGION METROPOLITANA
85014	SEREMI REGION DE LOS RIOS
85015	SEREMI REGION DE ARICA Y PARINACOTA
90999	OTRAS

TIPO_REINT	
01	Subsidios mal pagados
02	Trabajadores Declarados inválidos
03	Por aplicación art. 77 bis Ley N°16.744
04	Por aplicación no art. 77 bis Ley N°16.744
05	Por fiscalizaciones SUSESO
99	Otro

ACT_LABORAL	
0	Agricultura
1	Minería
2	Industria
3	Construcción
4	Electricidad, gas y agua
5	Comercio
6	Transporte
7	Servicios
8	servicios domésticos
99	Otros

TIPO_LIC	
1	Enfermedad o accidente común
2	Prórroga medicina preventiva
3	Patología del embarazo o prórroga del pre natal
99	Dominio No Definido

CODIGO_DIAG	CODIGO CIE 10
-------------	---------------

TIPO_PAGO_SUB	
01	Pago Regular
02	Pago Revalidado
03	Diferencia de Tasas de Cotizaciones
04	Reliquidación
05	Pago reingresado
99	Otro

TIPO_REND	
01	Pago Directo realizado por las C.C.A.F.
02	Reemb. Subsidio empresas en Convenio
03	Pago cotizaciones empresas en Convenio
04	Reemb. Municipalidades o Corporaciones Municipales
05	Reembolso art.77 bis Ley 16.744
06	Reembolso no art.77 bis Ley 16.744
99	otro

TIPO_PAGO_DOC	
01	cheque (pago directo)
02	cheque depositado
03	transferencia electrónica
04	convenio con banco
05	giro electrónico
06	Efectivo
07	retención de cotización recaudada por la C.C.A.F.
99	Otro

BANCO_PAGO	
010001	BANCO DE CHILE
010009	BANCO INTERNACIONAL
010011	DRESDNER BANQUE NATIONALE DE P
010012	BANCOESTADO
010014	SCOTIABANK SUDAMERICANO
010016	BANCO DE CREDITO E INVERSIONES
010017	BANCO DO BRASIL
010027	BANCO CORPBANCA
010028	BANCO BICE
010033	CITIBANK N.A
010034	BANCO REAL S.A.
010037	BANCO SANTANDER - SANTIAGO
010039	BANCO DE BOSTON
010040	BANCO SUDAMERIS
010046	ABN-AMRO-BANK
010047	BANCO MORGAN FINANSA
010049	BANCO SECURITY
010504	BBVA BANCO B.H.I.F.
010507	BANCO DEL DESARROLLO
010601	BANCO FALABELLA
010602	BANCO RIPLEY
010603	BANCO PARIS
010900	INP - CONVENIO MUNICIPALIDADES
010999	OTROS BANCOS O BANCOS NO INFORMADOS

TIPO_COT	
01	Pensión nuevo sistema (afectos al DFL N°3.500)
02	Pensión antiguo sistema (no afectos al DFL N°3.500)
03	Salud FONASA
04	Salud C.C.A.F
05	Cotización Seguro de Cesantía
99	Otro

TIPO_PAGO_COT	
01	Pago convencional
02	Pago a través de un agente externo
99	Otro

ESTADO_DOC	
01	cobrado
02	caducado en C.C.A.F.
03	caducado en beneficiario
04	anulado
05	Caducado Cobrado
99	Otro

3. Nomenclatura del nombre de Archivo

3.1. Nombre de los Archivos

El formato completo del nombre del archivo (en formato de texto .csv) es:

EEEE_NOMBREARCHIVO_AÑOMES.CSV

Donde:

EEEE = Código de la Entidad.

NOMBREARCHIVO = Nombre identificador del archivo, de tres caracteres, correspondiente al número del archivo indicado en el punto 1. "Definición de Archivos" del Anexo N°2 "Formato de Archivos Planos, anteponiendo la letra "A". En caso que el número del archivo sea inferior a 10, deberá incluirse un "0" previo al número del archivo.

AÑOMES = Corresponde al año y mes al que se refiere la información que se reporta.

Ejemplo: Si se está enviando el Archivo 1 (Detalle de ingresos por cotización 0,6% del periodo), correspondiente al periodo febrero de 2015, entonces el nombre del archivo será EEEEE_A01_201502.CSV, donde:

- EEEEE es el código asignado a la C.C.A.F.
- A01 es el nombre del archivo.
- 201502 es el año y mes al que se refiere la información reportada.

3.2. Formato de Campos

Los archivos planos reportados no deberán llevar cabecera (nombre de los campos en la primera fila del archivo).

Para todos los archivos especificados, el carácter a utilizar como separador de campos será "|" (pipe).

Los campos numéricos con decimales deberán tener como separador de decimales el carácter "." (punto).

Para los archivos 6, 9 y 10, el formato del campo num_licencia debe ser [Código] – [Folio] de largo total 14 caracteres, donde:

- Código: pueden ser los siguientes dígitos:
 - i. 1: Código formulario institucional
 - ii. 2: Código formulario individual
 - iii. 3: Licencia médica electrónica de Operador Imed
 - iv. 4: Licencia médica electrónica de Operador Medipass
- Guion ("-"): después del Código debe venir un carácter "-".
- Folio: de la licencia médica completo o folio de la licencia médica electrónica completo (sin código). Sin embargo, como la extensión del campo es de 14 caracteres, se deberán completar incluyendo ceros después del guion.

Ejemplo: "1-000012253645"; "2-000022620721"

En el caso de los campos alfanuméricos, éstos no deberán ser completados con espacios a la derecha o izquierda, o ceros en el caso del campo alfanumérico de tipo RUT (Mod 11), si su contenido de información es menor que el largo especificado para el campo.

Los campos numéricos enteros o decimales no deberán ser completados con ceros a la izquierda, si su contenido de información es menor que el largo especificado para el campo.

Si el contenido de algún campo no aplicase para un registro determinado, deberá reportar el campo como nulo (vacío).

3.3. Calendario del proceso

Actividad/Dia	MES																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Recepción de Archivos Digitales																														
Revisión de Archivos																														
Aceptación u Observaciones a los Archivos																														
Reenvío de Archivos (Si corresponde)																														
Cierre del Proceso Mensual																														