

Compendio de Normas sobre Licencias Médicas, Subsidios por Incapacidad Laboral y Seguro SANNA

/ LIBRO III. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL DE ORIGEN COMÚN

LIBRO III. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL DE ORIGEN COMÚN

TÍTULO I. REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO DE CÁLCULO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES

1. CONSIDERACIONES GENERALES

De acuerdo a lo establecido en el artículo 1° del D.S. N°3, de 1984, del Ministerio de Salud, se entiende por licencia médica el derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un médico- cirujano, cirujano-dentista o matrona, según corresponda, reconocida por su empleador en su caso, y autorizada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), de la Secretaría Regional Ministerial de Salud o Institución de Salud Previsional según corresponda. Durante la vigencia de la licencia médica, el trabajador podrá gozar de un subsidio de incapacidad laboral (SIL) con cargo a la entidad de previsión, institución o fondo especial respectivo, o de la remuneración regular de su trabajo o de ambas en la proporción que corresponda.

En relación al subsidio por incapacidad laboral de origen común o maternal, derivado de una licencia médica, las entidades pagadoras del mismo, sometidas al control técnico de esta Superintendencia, deben tener presente que el referido subsidio constituye un beneficio de carácter previsional al que tiene derecho una persona afectada por una incapacidad laboral de tipo temporal, en reemplazo de su remuneración o renta durante el lapso por el cual se ha otorgado reposo a través de la respectiva licencia médica autorizada.

El D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado, prescribe, en su artículo 1° que sus disposiciones modifican los regímenes de subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado. Ello implicó, por un lado que, todos los regímenes existentes sobre la materia que protegían a dicho sector de trabajadores, aún los no mencionados expresamente, deben entenderse modificados por las normas comunes que fija este cuerpo legal y, por otro lado implicó que, los regímenes de subsidios individualizados en el artículo 1° y que benefician a otros sectores de trabajadores no fueron modificados.

Los subsidios son imponible para previsión social y salud, y no se considerarán renta para todos los efectos legales.

El período de duración de los subsidios se reputará de cotización para todos los efectos legales.

Los subsidios se pagarán, por lo menos, con la misma periodicidad que la remuneración, sin que pueda ser, en caso alguno, superior a un mes. En este sentido, resulta importante recalcar que el subsidio por incapacidad laboral viene a sustituir a la remuneración del trabajador durante el período de incapacidad.

El derecho a subsidio por incapacidad laboral de origen común o maternal es incompatible con el que resulte del seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, establecido en la Ley N°16.744. Sin embargo, ellos pueden ser ejercidos sucesivamente mientras subsista la incapacidad laboral por alguna de sus causas.

Asimismo, el derecho a subsidio por incapacidad laboral es incompatible con el derivado de la Ley N°21.063, que establece el seguro para el acompañamiento de niños y niñas (SANNA).

Sin perjuicio de lo anterior, en las situaciones en que se percibe subsidio por el periodo del Permiso Postnatal Parental a jornada parcial, dicho subsidio es compatible si durante la otra media jornada existe licencia médica de origen común, maternal, de la Ley N°16.744 o subsidio SANNA.

2. REQUISITOS PARA TENER DERECHO A SUBSIDIO

2.1 REGLA GENERAL

Para tener derecho a subsidio por incapacidad laboral se requiere tener a lo menos:

- a) Seis meses de afiliación, esto es, que la primera cotización o la inscripción, en su caso, en cualquier régimen de previsión, anteceda en seis meses a la fecha de la licencia médica correspondiente.

- b) Tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica que establezca la incapacidad. Ello implica que debe contar con noventa días de aportes continuos o discontinuos, dentro de los ciento ochenta días anteriores a la fecha de inicio de la licencia médica. Este requisito rige para los trabajadores con contrato de trabajo de duración indefinida, contrato a plazo fijo, contrato por obra o faena determinada.

Para estos efectos, se deben considerar las cotizaciones efectuadas sobre remuneraciones, rentas, o periodos de subsidios por incapacidad laboral. Por su parte, no procede considerar cotizaciones efectuadas sobre pensiones o cotizaciones realizadas por el imponente voluntario.

Cuando la incapacidad laboral se produzca por accidente no se requerirá el cumplimiento de los períodos mínimos de afiliación y de cotización ya señalados, según corresponda.

Para estos efectos, no corresponde evaluar si el accidente común de que se trata ocurrió por un evento fortuito, responsabilidad de un tercero o responsabilidad propia del trabajador, ni la magnitud de los efectos del referido accidente.

2.2 SITUACIÓN DE TRABAJADORES CONTRATADOS DIARIAMENTE POR TURNOS O JORNADAS

En la situación de los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas, para tener derecho a subsidio se mantiene el periodo mínimo de afiliación de seis meses, pero el requisito de cotizaciones se rebaja a un mes dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la respectiva licencia. Lo anterior debe entenderse como treinta días de cotizaciones continuas o discontinuas dentro de los ciento ochenta días anteriores.

Algunos ejemplos de trabajadores con contrato diario sea por turno o jornada son: trabajadores portuarios eventuales (como estibadores de puertos que trabajan por turno dentro del día); trabajadores partime (como vendedores o cajeros del comercio contratados por días específicos); trabajadores de casa particular que se desempeñan durante algunos días.

Tratándose de las personas que se acogieron a la opción de no cotizar para pensión conforme al artículo 69 del D.L. N°3.500, de 1980, para el cumplimiento del requisito de cotizaciones de 90 ó 30 días señalados precedentemente, solamente se deberá exigir las cotizaciones efectuadas para salud.

Para el caso de trabajadores pensionados por invalidez con capacidad residual, se deberán considerar las cotizaciones que le exija la respectiva normativa dentro de los 180 días anteriores a la licencia médica, efectuadas sobre remuneraciones y subsidios por incapacidad laboral, aunque sean anteriores a la obtención de su pensión. Esto quiere decir, que se deben considerar todas las cotizaciones enteradas independiente de su origen, excluyendo las provenientes del pago de la pensión.

3. CÁLCULO DE LOS SUBSIDIOS

3.1 DEFINICIONES

A) REMUNERACIÓN NETA

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 7° del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para el cálculo del subsidio por incapacidad laboral se considera la remuneración neta, que es la remuneración imponible con deducción de la cotización personal y de los impuestos correspondientes a dicha remuneración.

A su vez, la cotización personal corresponde a todas aquellas que son de cargo del trabajador para previsión o salud. Por tanto, para la determinación de la remuneración neta no se pueden descontar las cotizaciones para previsión si el trabajador se acogió a la opción de no cotizar para pensión conforme al artículo 69 del D.L. N°3.500, de 1980. En estas situaciones y en lo que dice relación con las cotizaciones solamente se deberá descontar la cotización de salud.

La remuneración neta no es el equivalente a la suma líquida percibida por el trabajador, ya que ésta última es la resultante de deducir de la remuneración bruta no solamente la cotización de cargo del trabajador y los impuestos en su caso, sino que también todos los descuentos, de cualquier carácter, que la afecten (por ejemplo: cuotas de créditos, pensiones alimenticias, entre otros) mientras que la remuneración neta sólo considera las deducciones tributarias y la cotización personal, esto es, las imposiciones que son de cargo del trabajador.

Cabe señalar que para determinar la remuneración neta se consideran las remuneraciones imponibles, excluyendo las remuneraciones ocasionales o que corresponden a períodos de mayor extensión que un mes, tales como gratificaciones, bonificaciones o aguinaldos de Fiestas Patrias o Navidad.

No obstante lo indicado anteriormente, el trabajador subsidiado conserva el derecho a percibir tales remuneraciones por parte de su empleador, por el tiempo en que haya gozado de subsidio, en la forma y oportunidad establecidas en el contrato de trabajo.

B) REMUNERACIONES OCASIONALES

El artículo 10 del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, establece que "Las remuneraciones ocasionales o que correspondan a períodos de mayor extensión que un mes, tales como gratificaciones, bonificaciones o aguinaldos de navidad o fiestas patrias, no se considerarán para la determinación de las bases de cálculo establecidas en los artículos anteriores".

Son remuneraciones ocasionales las que correspondan a períodos de mayor extensión que un mes, como la gratificación que se paga una vez al año y las que se pagan sólo en las ocasiones o fechas previstas en el contrato de trabajo, como las fiestas patrias, navidad, bono de escolaridad del mes de marzo, etc.

En relación con el concepto de remuneraciones ocasionales, la Dirección del Trabajo determinó mediante dictamen N°2085/105 de 1997 que, el vocablo "ocasional" significa, conforme al Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, "que sobreviene por una ocasión o accidentalmente". A su vez, la expresión "accidentalmente" significa "de modo accidental" y "accidental" es "no esencial", "casual".

Armonizando los conceptos que anteceden, la Dirección del Trabajo dispuso que es posible sostener que una remuneración reviste el carácter de ocasional para los efectos de que se trata, cuando se paga por una ocasión o de un modo accidental.

Dichas remuneraciones ocasionales que no se consideran para el cálculo de subsidio no deben confundirse con las remuneraciones de naturaleza variable, que sí se deben considerar para la determinación del subsidio que se trate.

C) REMUNERACIONES VARIABLES

El artículo 71 del Código del Trabajo dispone que "Se entenderá por remuneraciones variables los tratos, comisiones, primas 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 ende, si en el contrato de trabajo, individual o colectivo, se encuentran establecidos premios o bonificaciones que no están referidas a una fecha específica, sino que a otros factores tales como rendimiento, productividad o logro de metas, se trata de remuneraciones de naturaleza variable, porque existe la posibilidad de que su resultado mensual no sea constante entre uno y otro mes.

De esta manera, para el cálculo de los subsidios por incapacidad laboral se deben incluir los premios o bonos que de acuerdo al contrato de trabajo deban pagarse cada vez que se cumplan los factores establecidos en el mismo, tales como rendimiento, productividad, logro de metas, por cuanto se trata de remuneraciones variables.

D) CASOS ESPECIALES

No deben incluirse en el cálculo del subsidio por incapacidad laboral, los aguinaldos o bonos que de acuerdo al contrato de trabajo sólo proceda pagar en una fecha o época determinada, como fiestas patrias, navidad, bono escolar de marzo, etc., ya que en estos casos se trata de remuneraciones ocasionales.

Tampoco se deben considerar aquellos estipendios que el empleador paga voluntariamente, pero que no están pactados en el contrato de trabajo.

Sin embargo y reconociendo que el contrato de trabajo es consensual y siguiendo el criterio de la Dirección del Trabajo, sobre la validez de las cláusulas tácitas de un contrato de trabajo, se ha resuelto que aunque no consten por escrito, se deben incluir en el cálculo de los subsidios aquellos conceptos que se paguen en virtud de cláusulas tácitas, de modo de considerar aquellas remuneraciones ocasionales que si bien no consten por escrito, se han reiterado en el tiempo.

3.2 BASES DE CÁLCULO

Por regla general, la base de cálculo de los subsidios por incapacidad laboral considerará los datos existentes a la fecha de iniciación de la licencia médica y será una cantidad equivalente al promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio, o de ambos, que se hayan devengado en los tres meses calendario más próximos al mes en que se inicia la licencia.

Para los efectos recién señalados se pueden considerar rentas por las que haya cotizado el trabajador dentro del periodo indicado. A este respecto, se debe tener presente que los tres meses anteriores a los que se refiere el artículo 8° del D.F.L. 44, pueden no ser necesariamente los inmediatamente anteriores al inicio de la licencia médica, debiendo en todo caso, ser los más próximos al inicio de ella, por lo que es posible buscar remuneraciones y/o subsidios hacia atrás, hasta por 6 meses. En todo caso no se pueden despreciar meses con remuneraciones más bajas por no haberse trabajado el mes completo.

En efecto, no pueden despreciarse aquellos meses calendario en que la remuneración haya sido sólo por algunos días y no

por el mes completo, pues la norma exige que sean los tres meses calendario más próximos a aquel en que se inicia la licencia y por tal motivo sólo corresponde buscar otros meses en que existan remuneraciones dentro de los seis meses anteriores al inicio de la licencia médica, cuando en alguno o algunos de los meses más próximos no hay ninguna remuneración, es decir, basta que en un mes se haya percibido remuneración por un día, para que se deba considerar en el cálculo del subsidio.

Lo mismo ocurre con las remuneraciones que se deben considerar para hacer el cálculo del subsidio límite del prenatal, establecido en el inciso segundo del artículo 8° del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que señala que los subsidios maternales no podrá exceder del equivalente a las remuneraciones mensuales netas, subsidios o de ambos, devengados por las trabajadoras dependientes en los tres meses anteriores más próximos al séptimo mes calendario que precede al del inicio de la licencia, dividido por noventa, aumentado en el 100% de la variación experimentada por el Índice de Precios al Consumidor en el período comprendido por los siete meses anteriores al mes precedente al del inicio de la licencia, e incrementado en un 10%.

Asimismo, no obstante que la licencia médica sea presentada en calidad de trabajador dependiente se pueden considerar rentas por las que se hayan efectuado cotizaciones en el referido periodo de 3 meses.

En caso de accidentes en que el trabajador no registre cotizaciones suficientes para enterar los meses a promediar, se considerará para estos efectos la remuneración mensual neta resultante de la establecida en el contrato de trabajo, las veces que sea necesario.

Cabe señalar que es responsabilidad del empleador el correcto llenado del formulario de licencias médicas y el acompañamiento de la documentación necesaria para la tramitación, cálculo y pago de los subsidios.

Para estos efectos, la información debe ser correctamente completada y acompañada por el empleador en la zona C de la respectiva licencia médica y, de no hacerlo, la Entidad estará impedida de tramitar y liquidar la misma, viéndose en la necesidad de devolver al empleador la licencia para que subsane cualquier omisión u error que impida la correcta tramitación de la misma.

4. CÁLCULO SIMPLIFICADO

Las C.C.A.F y COMPIN podrán mejorar los procesos del cálculo del subsidio por incapacidad laboral (SIL), aplicando un procedimiento simplificado para determinar cuándo las remuneraciones de los últimos tres meses de un trabajador son permanentes, considerando para ello, si son similares (salvo variaciones propias del período) comparándolas con un período mayor de 12 meses, para el caso de no existir variación relevante. Si la variación en ningún caso supera el 12%, se asume que esas remuneraciones son permanentes, no siendo necesario requerir las liquidaciones de remuneraciones de tales meses.

En cambio, en los casos en que no se pueda aplicar dicha regla, se deberá seguir solicitando las liquidaciones de remuneraciones para la determinación del subsidio por incapacidad laboral.

Lo anterior es concordante además, con el instructivo remitido por la Subsecretaría de Salud Pública, mediante Oficio N°B10/2356, de 2020, en el que se indicó que las liquidaciones de sueldo no son necesarias si las remuneraciones imposables registradas en el certificado de cotizaciones previsionales son iguales o tienen una variación, entre sí, menor al 12%.

5. ADQUISICIÓN DEL DERECHO

Los subsidios se devengan por día y se mantienen hasta el término de la correspondiente licencia médica, aún cuando haya expirado el contrato de trabajo.

Lo anterior, no es aplicable a los funcionarios públicos o sujetos a estatutos especiales.

Los subsidios se devengarán desde el primer día de la correspondiente licencia médica, si ésta fuere superior a diez días o desde el cuarto día, si ella fuere igual o inferior a dicho plazo.

En caso de licencias médicas continuas, es decir sin solución de continuidad y por el mismo cuadro clínico, deben sumarse los días de reposo prescritos en ellas para efectos de aplicar o no el período de carencia.

El monto diario de los subsidios, **tanto maternal como común**, no puede ser inferior a la trigésima parte del cincuenta por ciento del ingreso mínimo para fines no remuneracionales que rija para el sector privado.

No obstante lo señalado, para el caso de trabajadores que tengan más de un empleador o que revistan a la vez, las calidades de trabajador dependiente e independiente, tendrán derecho al aludido subsidio mínimo en el evento que la suma de los subsidios que hubieren devengado en un mismo período no supere el monto de aquél.

En caso que se detecte un pago en exceso de subsidio por incapacidad laboral, se deberán realizar las gestiones para perseguir la restitución del subsidio erróneamente pagado.

El monto de los subsidios que se estén devengando se reajustará en cada oportunidad en que éstos cumplan doce meses de duración ininterrumpida, cualquiera que sea el diagnóstico de las licencias que los originen. Por tanto, basta que se complete el periodo señalado en forma continua, aunque sea por distintos cuadros clínicos.

El señalado reajuste será equivalente al 100% de la variación que experimente el Índice de precios al Consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el último día del mes anteprecedente al de inicio del subsidio o del último mes considerado en el reajuste anterior, según corresponda, y el último día del mes anteprecedente a aquél en que comience a devengarse el reajuste.

Una vez reajustado el valor de acuerdo a la variación del I.P.C., el subsidio se pagará reajustado y no según un nuevo promedio calculado a partir de ese momento, no debiendo utilizarse nuevos períodos de remuneraciones para aplicar los respectivos reajustes.

Los subsidios que duren doce o más meses ininterrumpidos no podrán sufrir un reajuste negativo, si el factor de reajuste fuere inferior a 1.

Al respecto, se debe hacer presente que la rebaja del monto de un subsidio por aplicación de la variación negativa del I.P.C. de un período determinado, sería una medida que afecta a los trabajadores que están haciendo uso de licencia médica por un período de mayor duración que un año, quienes habiendo cotizado sobre una base de remuneraciones determinada, verían disminuido el beneficio nominal luego de 12 meses de estar en goce del subsidio, lo que vulnera el principio de conmutatividad de las prestaciones, puesto que si ese trabajador estuviese en actividad no vería afectado su ingreso.

6. PAGO DEL SUBSIDIO

6.1 ENTIDAD PAGADORA

El pago corresponde a:

- a) La entidad otorgante del subsidio, o
- b) El empleador que así lo haya convenido con dicha entidad.

Tratándose de trabajadores afiliados a FONASA el pago lo realiza la COMPIN a través de la Subsecretaría de Salud Pública, quien mantiene un convenio con el Banco Estado, sea a través de pago por Caja o Transferencia Electrónica, si el trabajador lo ha solicitado. No obstante, si el empleador se encuentra afiliado a una Caja de Compensación de Asignación Familiar, el pago será efectuado por esta última entidad.

Tratándose de trabajadores afiliados a una ISAPRE el pago lo realiza dicha institución, sin que tenga injerencia ninguna Caja de Compensación.

El artículo 19 del D.F.L. N°44, de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, permite a las Entidades Pagadoras de Subsidios celebrar convenios de pago de subsidios con los empleadores, para que estos lo realicen directamente a sus trabajadores.

Solamente se puede convenir el pago del subsidio, sin que proceda celebrar convenios referidos al pago de las cotizaciones del periodo de incapacidad laboral, las que siempre serán de cargo de la entidad pagadora respectiva.

No obstante, siendo la Entidad Pagadora de Subsidios la primera obligada, deberá pagar el beneficio cuando el trabajador tenga dificultades con su empleador o ex empleador para el pago del mismo. La Entidad no podrá excusarse a pretexto de que ya envió el monto del subsidio a la Entidad Empleadora, sin perjuicio de que deberá obtener la restitución de dicha suma.

6.2 PERIODICIDAD DEL PAGO

El periodo de pago de los subsidios será por lo menos el mismo que el de las remuneraciones, no pudiendo, en caso alguno, ser superior a un mes.

Sin perjuicio de lo anterior, se debe tener en consideración que el subsidio correspondiente a la primera licencia médica debe ser pagado dentro de los 30 días contados desde la recepción de dicho instrumento, mientras que el subsidio derivado de las siguientes licencias médicas que sean autorizadas, se pagará al menos con la periodicidad con que se paga la remuneración, sin que pueda ser en caso alguno superior a un mes.

6.3 PAGO EN DINERO EN EFECTIVO

Conforme al artículo 13 de Ley N°20.956, todas las entidades pagadoras de subsidio por incapacidad laboral de origen común o derivados de licencias maternas y/o del periodo de permiso postnatal parental que realicen pagos en dinero efectivo, deberán depreciar las cantidades iguales o inferiores a \$5, es decir, se aproximarán a la decena inferior, y las cantidades iguales o superiores a \$6, se elevarán, esto es, se aproximarán, a la decena superior.

Lo anterior también se deberá aplicar a los pagos realizados en dinero en efectivo por reembolsos de subsidios por incapacidad laboral de origen común, por licencias maternas o derivados del periodo del permiso postnatal parental.

Las instrucciones anteriores sólo rigen para los pagos realizados por dichas entidades en dinero efectivo y no se aplicará a los pagos realizados mediante cheque, vale vista o transferencia electrónica.

7. IMPONIBILIDAD DEL SUBSIDIO

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, los subsidios por incapacidad laboral no constituyen renta para los efectos legales, pero serán imponible para previsión y salud, materia que es regulada por el artículo 22 del mismo D.F.L. y por el artículo 17 del D.L. N°3.500, de 1980.

Por tanto, durante los períodos de incapacidad laboral de los trabajadores dependientes se deberán efectuar las cotizaciones que establezca la normativa vigente destinada a financiar prestaciones de salud y de previsión. Asimismo, solamente se deberá efectuar la cotización para salud si el trabajador se acogió a la opción de no cotizar para pensión conforme al artículo 69 del D.L. N°3.500, de 1980.

Conforme a la normativa aplicable, la imponibilidad está establecida sobre el período de incapacidad laboral, por lo que se deben efectuar cotizaciones por todos los días de la licencia médica autorizada, incluso por los tres primeros días de carencia de subsidio de una licencia igual o inferior a 10 días.

Para efectos del pago de asignación familiar y otros beneficios asociados a ella, tanto el subsidio por incapacidad laboral como la cotización respectiva se deben imputar al período de devengo y no al total del subsidio en la fecha del pago del mismo.

Tales cotizaciones deberán efectuarse sobre la base de la última remuneración o renta imponible correspondiente al mes anterior en que se haya iniciado la licencia o en su defecto la estipulada en el respectivo contrato de trabajo, en su caso. Para este efecto, la referida remuneración o renta imponible se reajustará en la misma oportunidad y porcentaje en que corresponda reajustar el subsidio.

Si en el mes anterior al inicio de la licencia el trabajador percibió remuneración sólo por algunos días, para efectos de establecer la base imponible diaria para el pago de las cotizaciones se debe dividir la remuneración imponible por los días efectivamente trabajados. Se exceptúa de lo anterior la situación de los trabajadores contratados por día, ya que en este caso se debe establecer que su remuneración imponible mensual es aquella que hayan percibido por los días trabajados, la que dividida por 30 dará la base imponible diaria.

Las entidades obligadas a pagar las cotizaciones son las instituciones pagadoras de subsidio, las que deberán efectuar las retenciones correspondientes, declarar y enterar las cotizaciones en las instituciones que correspondan, de conformidad con las normas contenidas en la Ley N°17.322. Lo anterior también se aplica en las situaciones que exista convenio para el pago de los subsidios.

Sin perjuicio de la imponibilidad del período de incapacidad laboral, el subsidio calculado de acuerdo a los artículos 7, 8 y 10 del D.F.L. N°44, de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, no se verá disminuido ya que se debe incrementar en el mismo monto de las cotizaciones a pagar, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 95 de la Ley N°18.768.

7.1 PAGO DE COTIZACIONES PARA EL SEGURO DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA

El inciso tercero del artículo 17 del D.L. N°3.500, establece que: "Durante los períodos de incapacidad laboral, afiliados y empleadores deberán efectuar las cotizaciones a que se refiere este artículo."

La base sobre la cual corresponde efectuar las cotizaciones durante los períodos de subsidio por incapacidad laboral es la remuneración imponible del mes anterior al inicio de la licencia.

La parte de la cotización adicional destinada al financiamiento del seguro a que se refiere el artículo 59 del Decreto Ley N°3.500, de 1980, será de cargo del sujeto obligado al pago de ésta en el mes de inicio del período de incapacidad laboral, hasta que el empleador informe de un cambio en dicha situación.

En los casos en que por no existir remuneración durante el mes anterior al inicio de la licencia médica, las cotizaciones del período de incapacidad laboral deban efectuarse sobre la base de la remuneración del contrato de trabajo, según dispone el inciso quinto del artículo 17 del D.L. N°3.500, debe requerirse al empleador del sector privado que informe si durante el mes de inicio de la incapacidad laboral, está o no obligado a cotizar la parte de la cotización adicional destinada al financiamiento del seguro de invalidez y sobrevivencia del artículo 59 del D.L. N°3.500, de 1980, procediendo conforme a dicha información durante el período de incapacidad laboral, en tanto el empleador no informe de un cambio en dicha situación.

7.2 COTIZACIONES PARA EL SEGURO DE CESANTÍA DE LA LEY N°19.728

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para calcular un subsidio por incapacidad laboral se debe considerar la remuneración mensual neta, el subsidio o ambos, que se hayan devengado en los tres meses calendario más próximos al mes en que se inicia la licencia. Por su parte, el artículo 7° de dicho D.F.L. establece que "remuneración neta, para la determinación de las bases de cálculo, es la remuneración imponible con deducción de la cotización personal y de los impuestos correspondientes a dicha remuneración".

Al respecto, se debe señalar que dentro del concepto de cotización personal del trabajador se deben entender las cotizaciones de su cargo excluidas las de la Ley N°19.728, sobre seguro de cesantía.

Lo anterior con el objeto de armonizar las normas del D.F.L. N°44 con las de la referida Ley N°19.728, que es posterior y especial, y que en su artículo 10 establece que las cotizaciones del trabajador deberán ser pagadas en la Sociedad Administradora por las entidades pagadoras de subsidios, para cuyo efecto la deducirán del subsidio por incapacidad laboral.

Conforme a los artículos 8° y 10 de la Ley N°19.728, en caso de incapacidad laboral transitoria del trabajador, la cotización para este Seguro, que es de cargo del trabajador, deberá ser descontada del subsidio, retenida y enterada en la Sociedad Administradora del Seguro por la respectiva entidad pagadora de subsidios. Por su parte, la cotización que es de cargo del empleador, seguirá siendo de su cargo y será éste el que la deberá declarar y pagar.

En el evento que por aplicación de la carencia establecida en el artículo 14 del citado D.F.L. N°44, el trabajador devengue subsidios sólo por parte del período de incapacidad, corresponde descontar del subsidio a que tenga derecho el trabajador, la cotización para el seguro de cesantía respecto de la totalidad del período de incapacidad.

Por su parte, si durante el período de incapacidad laboral el trabajador no devenga subsidios, por aplicación de la carencia establecida en el citado artículo 14, no procederá que la entidad pagadora de subsidios entere la cotización para el seguro de cesantía, por cuanto no existe subsidio del cual efectuar el descuento.

Si posteriormente, el trabajador tiene una licencia médica continuada, de manera que genere pago de al menos un día de subsidio, la entidad pagadora del beneficio deberá descontar del subsidio que deba pagar, la cotización para el seguro de cesantía de cargo del trabajador, correspondiente a todos los días de incapacidad laboral, incluido el período de carencia. En este caso, la obligación de la entidad pagadora de subsidio se genera solamente con el devengamiento del subsidio, lo que ocurre con la autorización de la licencia posterior continuada que generó el pago de al menos un día de subsidio.

Asimismo, en el caso de licencias médicas originalmente rechazadas que se autorizan posteriormente en un proceso de reconsideración o reclamación, la obligación de la entidad pagadora de subsidio de declarar y pagar las cotizaciones para el seguro de cesantía, lo mismo que las otras cotizaciones que se enteran por los períodos de incapacidad laboral, nace cuando se devenga el subsidio, lo que ocurre, cuando la licencia es autorizada por la entidad correspondiente dentro de su proceso de autorización normal, o en virtud de una resolución de reconsideración de la misma entidad, o por una resolución dictada en un procedimiento de apelación o reclamación.

Lo anterior también resulta aplicable cuando una licencia médica originalmente reducida es posteriormente autorizada o mandada a autorizar por todo el período del reposo otorgado.

No procederá que las entidades pagadoras de subsidios efectúen la cotización del seguro de cesantía durante los períodos de incapacidad laboral en el caso de los trabajadores contratados a plazo o para una obra, trabajo o servicio determinado, ya que según el artículo 21 de la Ley N°19.728, toda la cotización para el seguro de cesantía de estos trabajadores es de cargo del empleador.

Conforme al inciso segundo del citado artículo 8° de la Ley N°19.728, las cotizaciones que deben efectuar las entidades pagadoras de subsidios durante los períodos de incapacidad laboral, deben determinarse sobre la base de la remuneración imponible para el seguro de cesantía correspondiente al mes anterior al de inicio de la licencia o en su defecto a la estipulada en el contrato de trabajo. Dado que, de acuerdo con el artículo 6° de la misma Ley, el tope de la remuneración imponible para este seguro es de 90 UF, será dicho límite el que deberá considerarse para efectos del entero de las aludidas cotizaciones.

7.3 IMPUTACIÓN DE LA COTIZACIÓN PARA SALUD QUE CORRESPONDE EFECTUAR DURANTE LOS PERIODOS DE INCAPACIDAD LABORAL

El artículo 22 del D.F.L. N°44, de 1978, respecto de los trabajadores afiliados al Antiguo Sistema de Pensiones y el artículo 17 del D.L. N°3.500, de 1980, para los afiliados al sistema que regula dicho decreto, exigen cotizar durante los períodos de incapacidad laboral.

Por tanto, por una licencia médica que cumpla los requisitos para generar derecho a subsidio, se deben pagar cotizaciones, incluido los tres primeros días de carencia, en su caso.

El pago de las cotizaciones siempre corresponde a la entidad pagadora de subsidio (COMPIN -C.C.A.F.- ISAPRE), aunque haya celebrado convenio con la entidad empleadora para el pago del subsidio por incapacidad laboral.

A) TRABAJADORES Y TRABAJADORAS AFILIADOS AL ANTIGUO SISTEMA DE PENSIONES

Cabe señalar que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 22 del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, las entidades pagadoras de subsidios deberán efectuar las retenciones correspondientes, declarar y enterar las cotizaciones en las instituciones que correspondan, en conformidad con las normas contenidas en la Ley N°17.322.

En lo que dice relación con el entero de las cotizaciones de los períodos de incapacidad laboral de trabajadores afiliados al Antiguo Sistema de Pensiones, las cotizaciones respectivas deben enterarse dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a la fecha en que se devenga el subsidio, o al día siguiente hábil si dicho plazo venciere en día

sábado, domingo o festivo.

Por lo tanto, conforme a lo dispuesto en el artículo 22 del D.F.L. N°44, durante los períodos de incapacidad laboral, las C.C.A.F., COMPIN e ISAPRES, como entidades pagadoras de subsidios, deben declarar y enterar las cotizaciones en las instituciones que correspondan, de acuerdo con las normas contenidas en la Ley N°17.322.

B) TRABAJADORES Y TRABAJADORAS AFILIADOS AL SISTEMA DE PENSIONES DEL D.L. N°3.500, DE 1980.

Por su parte, el artículo 19 del D.L. N°3.500, dispone que las entidades pagadoras de subsidio deben declarar y pagar las cotizaciones dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al que se autorizó la licencia médica, o al día siguiente hábil, si el último es sábado, domingo o festivo.

Conforme a lo anterior, independiente del periodo de reposo autorizado por la licencia médica, el plazo para pagar las cotizaciones se cuenta desde la fecha en que la licencia médica fue autorizada por la COMPIN o ISAPRE, sea que lo haya hecho en primera instancia o por orden de la COMPIN, o de esta Superintendencia, según corresponda.

C) NORMAS COMUNES APLICABLES AL PAGO DE COTIZACIONES POR PARTE DE LAS ENTIDADES PAGADORAS DEL SIL

Para los efectos del pago de cotizaciones realizado por parte del organismo obligado al pago del subsidio por incapacidad laboral, ya sea que se trate de COMPIN, C.C.A.F. o ISAPRE, se deberá cumplir con las siguientes normas:

- a) La cotización respectiva, se debe imputar al período que se encuentra cubierto por la licencia médica y no al mes o meses en que se paga efectivamente el subsidio o la cotización si este se ha pagado en una fecha posterior. Para estos efectos y tal como ha sido instruido por la Superintendencia de Pensiones en el numeral 3, de la Letra K, Título I, del Libro III, del Compendio de Normas Sobre el Sistema de Pensiones, y por la Superintendencia de Salud en el numeral 1.3, del número 1, Título VII, del Capítulo III, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, existen situaciones en las cuales las entidades obligadas al pago de las cotizaciones no pueden dar cabal cumplimiento a la obligación de descontar la cotización correcta y/o pagarla a la entidad dentro del plazo general establecido para estos efectos, por una causa de fuerza mayor o caso fortuito en los términos del artículo 45 del Código Civil, no correspondiendo que se apliquen en esos casos las sanciones dispuestas en el inciso quinto del artículo 185 y en el artículo 186 del D.F.L. N°1, de 2006 del Ministerio de Salud.

En este contexto, dado que en los casos en que la licencia médica es autorizada en una fecha posterior al mes en que se hizo uso del reposo, por ejemplo cuando una licencia médica haya sido autorizada con posterioridad por haber sido sometida a un proceso de revisión ante una apelación interpuesta, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, Subsecretaría de Salud Pública o las Instituciones de Salud Previsional, según corresponda, no podrán imputar las cotizaciones respectivas al período que se encuentra cubierto por la licencia médica, ello constituye una situación de caso fortuito o fuerza mayor, por lo que no corresponde que se apliquen reajustes, intereses o multas a la entidad pagadora del subsidio.

- b) En función de lo anterior, si la cotización respectiva se paga en un mes posterior a aquel en que se hizo uso del reposo otorgado en la licencia médica, la entidad pagadora del subsidio deberá imputar las cotizaciones al periodo cubierto por la licencia médica.
- c) De igual manera deberá proceder la entidad pagadora del subsidio, en aquellos casos en que la licencia médica sea autorizada en un mes distinto a aquel en que se encuentra el periodo de reposo contenido en dicho instrumento.
- d) En los casos en que la cotización respectiva sea imputada a un mes distinto al que cubre la licencia médica, la entidad pagadora del subsidio deberá requerir a la institución respectiva que adopte las medidas tendientes a corregir dicha situación, a fin de imputar la cotización respectiva al mismo período cubierto por la licencia médica.
- e) En los casos en que la licencia médica cubra un período que involucra días de distintos meses, el pago de cotizaciones deberá imputarse a los días de cada mes que correspondan al período de la licencia.
- f) Para dar cumplimiento a las normas señaladas precedentemente, los organismos obligados al pago de subsidios por incapacidad laboral y a las cotizaciones respectivas, deberán implementar las medidas que permitan imputar correctamente tanto el subsidio como las cotizaciones debiendo utilizar planillas separadas de declaración y pago cuando sea necesario.

8. PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO A COBRO DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL

La prescripción es un instituto jurídico por el cual el solo transcurso del tiempo produce el efecto de consolidar situaciones de hecho y permite, por consiguiente, la extinción de derechos y acciones o en su caso, la adquisición de cosas ajenas.

En materia de prescripción, el inciso segundo del artículo 155 del D.F.L. N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, establece que: "El derecho a impetrar el subsidio por incapacidad laboral prescribe en seis meses desde el término de la respectiva

licencia".

Tratándose de licencias médicas continuadas el plazo de prescripción se cuenta desde el término de la última de ellas.

El plazo de prescripción de seis meses a que se refiere la norma antes citada, para impetrar el subsidio por incapacidad laboral, se encuentra referido tanto a la solicitud del mismo, como a su cobro efectivo, de manera que, dentro de dicho plazo, el beneficiario deberá haber solicitado y cobrado el subsidio al que la licencia médica autorizada le ha dado derecho. Esto quiere decir que, transcurridos los seis meses desde el término del respectivo reposo, precluye el derecho a cobro por parte del beneficiario.

No obstante lo anterior, al ser el subsidio por incapacidad laboral un beneficio de carácter previsional, la figura de la prescripción debe ser aplicada por las entidades pagadoras solo cuando el descuido y/o negligencia del beneficiario en cobrar el subsidio, no haya sido desvirtuada por la existencia de alguna gestión útil o algún hecho constitutivo de fuerza mayor o caso fortuito, en los términos del artículo 45 del Código Civil.

En efecto, lo primero que se debe considerar por las entidades pagadoras del respectivo subsidio es que en nuestra legislación las deudas no prescriben, sino que lo que prescribe es el derecho que tiene una persona de cobrar una deuda, es decir, después de un tiempo determinado, la persona no podrá cobrar porque venció o precluyó el plazo para hacerlo, por lo que, en lo que se refiere al subsidio por incapacidad laboral, el derecho corresponde al beneficiario y la deuda a la entidad pagadora. Por ende, si la entidad pagadora no ha pagado el respectivo subsidio porque el beneficiario no ejerció su derecho dentro de plazo, ello no precluye el derecho del trabajador al cobro del respectivo subsidio si se acreditan las causales de no procedencia de la aplicación de la prescripción, debiendo cada entidad pagadora, gestionar, a petición del interesado, la revalidación del monto correspondiente y efectuar el pago al beneficiario, sin tener que recabar una resolución por parte de esta Superintendencia a este respecto, ya que no hay controversia sobre el derecho que le asiste a esa persona.

En el caso de licencias médicas extendidas sin solución de continuidad y por el mismo cuadro clínico de origen común o maternal, tales como, las licencias médicas maternas, por descanso maternal suplementario, por descanso prenatal, prolongación del embarazo y postnatal, el plazo de seis meses para el cobro del respectivo subsidio, debe contabilizarse desde el término del reposo de la última de las licencias médicas continuas autorizadas.

Por otra parte, cabe mencionar que el permiso postnatal parental se genera automáticamente una vez terminado el periodo de descanso postnatal, sin requerir la emisión de una licencia médica como presupuesto, por lo que no resulta posible aplicar la normativa sobre prescripción referida, por no existir licencia médica. En efecto, el artículo 197 bis del Código del Trabajo, que regula esta materia, no establece un plazo de caducidad ni de prescripción que extinga el derecho para solicitar el subsidio derivado del permiso postnatal parental, circunstancia de la cual se desprende que se puede solicitar y cobrar conforme al plazo de prescripción general de cinco años establecido por el artículo 2515 del Código Civil.

En caso de rechazar el pago del subsidio por incapacidad laboral de origen común o maternal a un beneficiario por la causal de prescripción del derecho a cobro o en su caso, por cualquier otra causal que deniegue el derecho al respectivo subsidio, las entidades pagadoras deberán entregar al beneficiario un informe escrito y fundado que establezca las razones por las cuales ha resuelto la aplicación de la prescripción del derecho a cobro o en su caso, debiendo informar, por escrito, los fundamentos y causales del respectivo rechazo.

9. SITUACIONES EN QUE NO PROCEDE APLICAR LA PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO A COBRO

A) EXISTENCIA DE GESTIONES ÚTILES

La realización de una o más gestiones útiles efectuadas por el beneficiario, dentro del lapso de los seis meses contados desde el término del reposo, tales como presentaciones ante esta Superintendencia o ante las entidades pagadoras, interrumpirán el plazo de prescripción, ya citado. Por tanto, en caso de acreditarse lo anterior, la entidad deberá pagar el monto del subsidio por incapacidad laboral al beneficiario, sin necesidad de contar con una resolución previa de esta Superintendencia que así lo ordene.

B) CIRCUNSTANCIAS CONSTITUTIVAS DE CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR

Existen situaciones en que no procede aplicar la prescripción del derecho a cobro del respectivo subsidio, por la ocurrencia de un caso fortuito o fuerza mayor, definida en el artículo 45 del Código Civil, como aquel imprevisto que no es posible resistir, y que por aplicación del principio general del derecho en virtud del cual nadie puede estar obligado a lo imposible, determine que no resulte procedente exigir una cierta conducta cuando la persona ha estado impedida de llevarla a cabo, en este caso, el cobro del subsidio por incapacidad laboral derivado de una licencia médica, dentro del plazo de seis meses contados desde el término del reposo.

Entre las situaciones más recurrentes, constitutivas de caso fortuito o fuerza mayor, en las que no procede aplicar la prescripción se encuentran las siguientes que se mencionan a título meramente ejemplar:

- a) Cuando una licencia médica que es parte de un reposo continuo y por el mismo cuadro clínico habiendo sido rechazada, es posteriormente autorizada, por cuanto, en forma anterior a su aprobación resultaba imposible el cobro del respectivo subsidio por parte del beneficiario, situación que puede presentarse respecto del derecho a cobro del subsidio derivado de la licencia médica en sí, como también, de las posteriores que por falta de densidad

en las cotizaciones no generaron con anterioridad el derecho a subsidio por incapacidad laboral. En este caso el plazo de prescripción interrumpido comienza a correr nuevamente desde la fecha de autorización de la licencia médica.

- b) Cuando se han presentado problemas en el sistema computacional o administrativo de las entidades pagadoras que impidieron la generación del respectivo subsidio. En este caso, si se acredita gestión útil se interrumpirá la prescripción y se renovará el plazo de 6 meses desde la fecha en que se realiza la respectiva gestión.
- c) Respecto de personas que se han encontrado privadas de libertad, durante el periodo de seis meses que tendrán para su cobro. En tales casos, se deberá contabilizar el plazo de seis meses desde el cese del impedimento, esto es, una vez que el beneficiario ha recuperado su libertad.
- d) Por la falta de contrato de trabajo, anexos, liquidaciones de remuneración o finiquito para efectos de realizar el cálculo del subsidio. La obtención de este tipo de documentación constituye una obligación de la entidad pagadora que debe exigirla al momento del ingreso de la respectiva licencia médica, estando obligada a devolverla para que se completen los antecedentes faltantes y debiendo además fecharla en forma previa a su devolución, para efectos del cumplimiento de los respectivos plazos de tramitación. Lo anterior, puesto que no procede que las consecuencias de la inacción de la entidad pagadora afecten al trabajador con la aplicación de la prescripción del derecho a cobro de sus respectivos subsidios.
- e) En caso de fallecimiento del trabajador, no obstante haber transcurrido más de seis meses entre el término del reposo otorgado por las licencias médicas y la solicitud de cobro realizada por un heredero.
- f) Cuando el interesado invoca que no tuvo conocimiento oportuno de la disponibilidad del pago del subsidio reclamado en la página web de FONASA o de la C.C.A.F., situación en la que si el interesado así lo acredita con la consulta en el módulo "estado de la licencia médica", dispuesto en la página web correspondiente, configura una causal de fuerza mayor en los términos del artículo 45 del Código Civil. Lo anterior, salvo que la entidad pagadora acredite que lo notificó formalmente de estar disponible el pago.
- g) En las situaciones de trabajadores extranjeros sin R.U.T. si los interesados acreditan su desempeño como trabajador dependiente, siendo esta situación un hecho constitutivo de fuerza mayor que cesa cuando es emitida la cédula de identidad, fecha desde la cual debe contabilizarse el plazo para el cobro del respectivo subsidio.
- h) En el caso de vencimiento, renovación o extravío de la cédula de identidad del beneficiario, por cuanto, dicha situación es un hecho constitutivo de fuerza mayor que cesa cuando le es emitida la nueva cédula de identidad, fecha desde la cual debe contabilizarse el plazo que restaba al beneficiario para el cobro del respectivo subsidio.
- i) Cuando existan períodos de reposo superpuestos. En tales casos, la entidad pagadora del subsidio deberá obtener la regularización de dichos periodos por parte de la COMPIN o SUBCOMISIÓN que corresponda y el plazo de seis meses deberá contabilizarse desde la fecha de regularización de esa situación.
- j) Considerar aisladamente las licencias médicas de protección a la maternidad, otorgadas sin solución de continuidad, en forma previa al descanso postnatal, como, por ejemplo, síntomas de aborto, síntomas de parto prematuro, prenatal, ya que, en esta situación, el plazo de seis meses debe contabilizarse desde el término de la licencia médica de descanso postnatal.

10. LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS A TRABAJADORES DEPENDIENTES EN CASO DE CESANTÍA

Por regla general, no corresponde autorizar licencias médicas a un trabajador cesante, por cuanto éste no tiene ausencia laboral que justificar, ni remuneración que reemplazar. No obstante, la referida regla contempla una excepción respecto de dichos trabajadores cuando se encuentran sujetos a un reposo iniciado con anterioridad al día de término de la respectiva relación laboral. Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 15 del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

En efecto, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social: "Los subsidios durarán hasta el término de la correspondiente licencia médica, aun cuando haya terminado el contrato de trabajo".

Por lo anterior, es posible autorizar licencias médicas presentadas por una persona que se encuentra cesante, cuando ésta se inicia antes de la fecha del término de sus servicios y se trata de un reposo continuo y por el mismo cuadro clínico. Dicho criterio se debe aplicar al "mismo diagnóstico" y también al mismo "cuadro clínico".

Por tanto, se debe rechazar la respectiva licencia médica cuando ésta ha sido emitida el mismo día de término de la relación laboral o bien posteriormente, aun cuando la fecha de inicio de reposo sea anterior a la fecha de término de la relación laboral. En estos casos el interesado deja de tener la calidad de trabajador, por lo que no tiene que justificar ausencia ni remuneración que reemplazar, desde la fecha en que el empleador le comunica del término de los servicios.

De esta manera, para aplicar la causal de rechazo por término de la relación laboral, previo a pronunciarse sobre ese tipo de licencias médicas, la COMPIN o la ISAPRE a la que se encuentra afiliado el trabajador cesante, debe tener a la vista, las copias del finiquito laboral; o de la "carta de aviso de término de los servicios" o documento similar del trabajador cesante,

en donde conste el período en que el trabajador, inició y concluyó sus servicios como trabajador dependiente.

En efecto, para emitir un pronunciamiento sobre este tipo de licencias médicas y autorizar el reposo otorgado para un trabajador del sector privado que se encuentre cesante, se deben considerar fundamentalmente los siguientes antecedentes:

- a) Que efectivamente los servicios para con el empleador terminaron y la fecha en que concluyeron, para lo cual, como ya se indicó, el trabajador debe acompañar copia del finiquito o de la carta de aviso de término de los servicios. En estos casos, las licencias médicas otorgadas con posterioridad al trabajador cuyo empleador se niegue a tramitarlas, podrán ser presentadas por el trabajador personalmente, realizando una declaración jurada ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), ante una Institución de Salud Previsional (ISAPRE) o, ante una Caja de Compensación de Asignación Familiar (C.C.A.F.), según proceda.
- b) El reposo se hubiera iniciado antes de la fecha de término de la relación laboral sin solución de continuidad y por el mismo diagnóstico o cuadro clínico.
- c) El reposo se encuentre médicamente justificado, lo que se debe verificar mediante certificados, informes médicos, exámenes, peritajes u otros antecedentes.
- d) Que se cumpla con los plazos y demás exigencias del D.S. N°3, de 1984 del Ministerio de Salud.

Cuando dichos requisitos se cumplen copulativamente, la COMPIN y la SUBCOMISIÓN deberán autorizar la respectiva licencia médica del trabajador cesante.

11. TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO

El concepto de licencia médica continuada para efectos de derecho a subsidios de trabajadores cesantes, no se aplica a las licencias médicas presentadas por trabajadores del sector público, los que se rigen plenamente por el Estatuto administrativo o Estatuto de funcionarios municipales, o de corporaciones municipales que aún regidos por el Código del Trabajo tienen normativa especial, por ejemplo, docentes o trabajadores de salud primaria, los que durante los períodos de licencia médica, tienen derecho a percibir remuneración y no subsidio por incapacidad laboral.

En efecto, estos funcionarios durante los períodos de licencias tienen derecho a que se les pague la remuneración íntegra mientras mantengan esa calidad, por lo que no tiene ningún efecto que se autoricen licencias médicas más allá del día en que la persona tuvo esa calidad, porque la Institución no puede pagar remuneración a un ex funcionario, sin que tampoco exista una norma legal que imponga la obligación de pagar subsidio a la entidad previsional correspondiente.

TÍTULO II. REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO DE CÁLCULO PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

1. ANTECEDENTES GENERALES

La Ley N°21.133 estableció la obligación de cotizar respecto de aquellos trabajadores independientes que perciban rentas del artículo 42 N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta por un monto igual o superior a cinco ingresos mínimos mensuales en el respectivo año calendario.

De este modo, dichos trabajadores ya no deberán enterar sus cotizaciones mensualmente, sino que éstas se pagarán con ocasión de la respectiva Operación Renta, obteniendo el trabajador una cobertura futura para cada una de las contingencias relacionadas con los regímenes de seguridad social, la que se extenderá entre el 1° de julio del año en que se realizó la declaración anual de impuesto a la renta y el 30 de junio del año siguiente.

Cabe señalar que, de acuerdo con la norma legal en comento, la base imponible sobre la cual deben determinarse las respectivas cotizaciones previsionales corresponde al 80% del conjunto de las rentas brutas del trabajador independiente, conforme el ya citado artículo 42 N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta y corresponden a sus ingresos percibidos durante el año calendario anterior al de la declaración anual de renta.

En virtud del artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133, se permite a los trabajadores independientes que ejerzan dicha actividad, optar por una modalidad gradual en el enterero de sus cotizaciones previsionales entre los años 2019 y 2027, en relación a las cotizaciones para salud común y para pensiones, sobre un porcentaje inferior de la renta imponible, comenzando en 5% para el año tributario 2019.

Dicho porcentaje, según establece la misma norma, irá aumentando gradualmente hasta terminar en el 100% de la renta imponible el año 2028.

A la normativa anterior, cabe agregar la regulación complementaria, que estableció el D.S. N°22, de 2019, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que modificó el D.S. N°57, de 1991 y aprobó un nuevo reglamento del D.L. N°3.500, por el que se incorporó un artículo 14 transitorio que dispuso que los trabajadores independientes que perciban rentas del inciso primero del artículo 90 de la Ley N°21.133 y que opten por la alternativa de pago gradual que establece el artículo segundo transitorio, para los efectos del cálculo de los subsidios por incapacidad laboral el monto se determinará con la renta

imponible anual multiplicada por 5%, 17%, 27%, 37%, 47%, 57%, 70%, 80%, 90% y 100%, en la declaración anual de la renta del año tributario 2019 y siguientes, respectivamente.

2. CLASIFICACIÓN DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y SU OBLIGACIÓN DE EFECTUAR COTIZACIONES

Para efectos previsionales, los trabajadores independientes pueden encontrarse en dos calidades: como trabajadores independientes obligados a cotizar de acuerdo al artículo 89 del D.L. N°3.500, de 1980, que perciben ingresos por actividades gravadas por el artículo 42 N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta y los socios de sociedades profesionales que tributan conforme a ese mismo articulado cuando anualmente emitieren boletas de honorarios y, como trabajadores independientes que coticen voluntariamente, que acrediten la realización de una actividad en tal calidad.

Para verificar el pago de las cotizaciones y los datos de la renta imponible del trabajador independiente obligado a cotizar del artículo 42 N°2, debe exigirse el comprobante de pago de cotizaciones dispuesto por el Servicio de Impuestos Internos en su página web, prohibiéndose, por lo tanto, el requerimiento de otro tipo de documentos, como las boletas de honorarios, copia del contrato de prestación de servicios o la acreditación de los ingresos de esa actividad independiente. Salvo en los casos en que los trabajadores paguen cotizaciones previsionales complementarias.

Sólo al trabajador independiente voluntario, esto es, el que tiene derecho a licencia médica por ejercer una actividad que le genera ingresos que fuere distinta del artículo 42 N°2 de la Ley sobre impuesto a la Renta, debe exigírsele que presente antecedentes, tales como, iniciación de actividades, patentes y otros que acrediten fehacientemente la actividad que le genera ingresos y el monto de éstos.

2.1 TRABAJADORES INDEPENDIENTES OBLIGADOS A COTIZAR

La persona natural que emita boletas de honorarios por actividades gravadas por el artículo 42 N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta y los socios de sociedades profesionales que tributen conforme a este último artículo, sea que esa actividad la ejecuten para el sector público o privado, están obligados a cotizar por el 80% del conjunto de sus rentas brutas, obtenidas en el año calendario anterior a su declaración de impuesto a la renta.

Sin perjuicio de la regla general antes indicada, los referidos trabajadores podrán, entre los años 2019 y hasta el año 2027, manifestar en cada declaración anual de impuestos a la renta su voluntad de cotizar por un porcentaje menor al 100% de su renta imponible anual, conforme a lo establecido en el artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133 y en el artículo 14 transitorio del D.S. N°22, de 2019, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Lo anterior, en los siguientes términos:

Año Operación Renta	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Renta Imponible Opción que puede manifestar el trabajador	5%	17%	27%	37%	47%	57%	70%	80%	90%	100%

Por otra parte, no registrará la obligación de cotizar, a través del proceso de la declaración anual de impuesto a la renta, en los siguientes casos:

- Si el 80% de las rentas brutas gravadas, conforme al referido artículo 42 N°2, obtenidas en el año calendario anterior a su declaración de impuesto, son inferiores a cuatro ingresos mínimos mensuales.
- Si se trata de hombres que hayan tenido 55 años o más, y mujeres de 50 años o más, al 1° de enero de 2018.
- Los trabajadores que emiten boletas de honorarios afiliados a alguna de las instituciones de previsión del régimen antiguo administradas por el Instituto de Previsión Social (IPS), la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (DIPRECA) o la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA).
- Los trabajadores que en otra calidad ya cotizan por el tope imponible.

En cualquier caso, los trabajadores independientes que se encuentren en la situación de las letras señaladas precedentemente, que perciban honorarios sin estar obligados a cotizar, podrán hacerlo como trabajador independiente voluntario, lo que implica que, para efectos de acceder al subsidio por incapacidad laboral, se les apliquen tanto los requisitos de acceso de los trabajadores independientes que coticen voluntariamente, así como sus normas de cálculo reguladas en el numeral 2.2 y en la letra B) del numeral 4, ambos de este Título II.

En relación con la obligación de cotizar, cabe señalar que, si un trabajador percibió en un año calendario, simultáneamente, rentas del inciso primero artículo 90 del D.L. N°3.500, de 1980, y otras rentas del trabajo por las que puede cotizar como trabajador independiente y/o remuneraciones, corresponde que todas ellas se sumen para efectos de aplicar el límite máximo imponible anual.

En estos casos las remuneraciones prevalecerán sobre las rentas hasta la concurrencia del límite máximo imponible anual. Por tanto, se cotizará primero sobre éstas, sin perjuicio de hacerlo sobre las rentas en la diferencia que falte para completar dicho límite máximo imponible anual.

2.2 TRABAJADORES INDEPENDIENTES QUE COTIZAN VOLUNTARIAMENTE

Teniendo presente que el subsidio por incapacidad laboral tiene como finalidad reemplazar las rentas de actividad mientras la persona se encuentra impedida de trabajar por una incapacidad temporal de origen común o por hacer uso de derechos de protección a la maternidad, los trabajadores independientes que no se encuentran obligados a cotizar, deberán acreditar la realización de una actividad laboral independiente que les genere ingresos.

La acreditación de la actividad que les genera ingresos, para efectos de acceder al subsidio por incapacidad laboral o maternal, deberán hacerla por medios fidedignos, según la naturaleza de la actividad, por ejemplo, declaraciones mensuales del impuesto al valor agregado (IVA), patentes municipales, acreditar conocimientos de algún arte u oficio, declaraciones juradas de al menos dos testigos contestes en el hecho de que el trabajador ejerce una actividad independiente sin obligaciones tributarias, forma y circunstancias de esa labor u otros medios de similar naturaleza que den fe de la verosimilitud sobre el ejercicio real de una actividad independiente.

En la situación de los trabajadores independientes que ejercen una actividad del artículo 42 N°2 de la Ley de Impuesto a la Renta, que no están obligados a cotizar en dicha calidad por encontrarse en alguna de las circunstancias indicadas en las letras a), b), c) y d) del numeral 2.1 de este Título II y deseen hacerlo, deberán acompañar las boletas de honorarios que hayan emitido y su correspondiente pago de impuesto.

3. REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE PARA TENER DERECHO AL SIL

De acuerdo al inciso segundo del artículo 149 del D.F.L. N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, para tener derecho a subsidio por incapacidad laboral, cualquier trabajador independiente que haga uso de licencia médica por incapacidad total o parcial para trabajar, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo, tendrá derecho a percibir un subsidio, cuyo otorgamiento se regirá por las normas del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en lo no regulado en el citado D.F.L. N°1, de 2006.

Para el goce del referido subsidio, el trabajador independiente deberá cumplir los siguientes requisitos:

- a) Contar con una licencia médica autorizada;
- b) Tener doce meses de afiliación a salud anteriores al mes en el que se inicia la licencia;
- c) Haber enterado al menos seis meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro del período de doce meses de afiliación a pensiones y salud, anteriores al mes en que se inició la licencia, y
- d) Estar al día en el pago de las cotizaciones. Para estos efectos se considerará al día al trabajador que hubiere pagado la cotización correspondiente al mes anterior a aquél en que se produzca la incapacidad.

Los requisitos señalados son la regla general que siempre deben cumplir los trabajadores independientes que cotizan voluntariamente. Ahora bien, a los trabajadores independientes obligados a cotizar por percibir rentas del artículo 42 N°2 de la Ley de Impuesto a la Renta, estos requisitos se entenderán cumplidos conforme a las modificaciones introducidas por la Ley N°21.133, de 2019, al artículo 149 del D.F.L. N°1, del Ministerio de Salud, de 2006.

Si no estuvieren protegidos por esta norma, por no haber pagado cotizaciones en el Proceso de Renta que corresponda, deberán cumplir los requisitos señalados en el citado artículo 149.

4. COBERTURA

A) COBERTURA PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES OBLIGADOS A COTIZAR

Respecto de los trabajadores independientes obligados a cotizar, que hubiesen pagado sus cotizaciones a través del proceso de operación renta, porque ejercen una actividad mediante la cual obtienen rentas gravadas por el artículo 42 N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta y los socios de sociedades profesionales que tributen conforme al mismo artículo, se entenderán cumplidos los requisitos señalados en los numerales 2, 3 y 4 del inciso segundo del artículo 149 del D.F.L. N°1, de 2006, conforme a lo establecido en el inciso tercero de dicho artículo, a partir del día 1° de julio del año en que se pagaron las cotizaciones y hasta el día 30 de junio del año siguiente a dicho pago, que corresponde a su período de cobertura, conforme a la modificación introducida por la Ley N°21.133.

B) COBERTURA PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES QUE COTIZAN VOLUNTARIAMENTE

Tratándose de los trabajadores independientes que cotizan voluntariamente, para tener derecho al goce del subsidio por incapacidad laboral de origen común y maternal, deben cumplir con cada uno de los requisitos establecidos en el inciso segundo del artículo 149° del D.F.L. N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, señalados en el numeral 3 de este Título II.

5. CÁLCULO DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL DE ORIGEN COMÚN

5.1 SUBSIDIO PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES OBLIGADOS A COTIZAR

Para el cálculo de los subsidios generados por licencias médicas otorgadas a partir del 1º de julio del año en que se pagan las cotizaciones y hasta el 30 de junio del año siguiente, de los trabajadores independientes del artículo 89 del D.L. N°3.500, es decir, los obligados a cotizar, las entidades pagadoras del subsidio deberán considerar como base de cálculo la renta imponible anual a que se refiere el inciso primero del artículo 90 del D.L. N°3.500, de 1980, obtenida en el año calendario anterior al inicio de la cobertura, dividida por 12.

En el evento que el trabajador independiente de que se trata hubiere percibido subsidios durante el año calendario anterior a la declaración de impuestos respectiva, la institución administradora del régimen de salud deberá sumar a la renta imponible anual informada por el Servicio de Impuestos Internos, el monto de los respectivos subsidios percibidos por el referido trabajador en su calidad de independiente, por las rentas del artículo 42 N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, en el mencionado año, cuyo resultado se dividirá por doce, para efectos de establecer la base de cálculo para determinar las prestaciones que le correspondan.

Tratándose de trabajadores independientes afiliados a Isapre o FONASA obligados a cotizar y que optaron por pagar las cotizaciones en la Operación Renta bajo la modalidad de cobertura total, el subsidio se debe determinar de acuerdo a lo establecido en el inciso primero del artículo 90 del D.L. N°3.500 de 1980, que señala que la base de cálculo del subsidio considerará la renta imponible anual a que se refiere el inciso primero del artículo 90 del D.L. N°3.500, de 1980. Dicha renta corresponde al 80% del conjunto de rentas brutas gravadas por el artículo 42 N°2 de la Ley de Impuesto a la Renta, obtenida en el año calendario anterior a la declaración de dicho Impuesto a la Renta.

En el caso que un trabajador independiente que esté cubierto por el pago anual de sus cotizaciones en la operación renta, perciba además remuneraciones, o se encuentre cotizando como independiente voluntario, tendrá derecho a recibir subsidios en las calidades de independiente obligado, voluntario y como dependiente, siempre que acredite tales calidades y cumpla con los requisitos establecidos para cada caso. Con todo, para el cálculo de los subsidios de origen común o maternal, la suma de las rentas y remuneraciones que se consideren estará sujeta al tope imponible. Para estos efectos, el trabajador deberá presentar un formulario de licencia médica por cada una de sus calidades a la entidad previsional de salud respectiva, según se explica en el numeral 6 de este Título II.

Por su parte, para los trabajadores independientes obligados a cotizar que optaron por cobertura total rige lo dispuesto en el inciso primero, del artículo 17 del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en cuanto gozarán de un monto diario mínimo de subsidio por incapacidad laboral o maternal, cuando el cálculo respectivo resulte menor.

No obstante, si el trabajador independiente obligado a cotizar, afiliado a FONASA, optó por cotizar por menos de la renta imponible anual, el subsidio se calcula con la renta anual por la que efectivamente pagó cotizaciones, dividida por 12, conforme lo establecido en el artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133, de 2019 y en el artículo 14 transitorio del D.S. N°22, y si el resultado resulta menor al subsidio diario mínimo, no tiene derecho a dicho valor, sino que al de cálculo.

En todo caso, el derecho al subsidio mínimo solamente existe si la suma de los subsidios que perciba el trabajador, por distintas calidades, sea inferior a dicho monto.

Tratándose de trabajadores independientes afiliados a ISAPRE y obligados a cotizar, que optaron por pagar las cotizaciones en la Operación Renta bajo la modalidad de cobertura parcial, se hace presente que conforme a lo instruido por la Superintendencia de Salud mediante el Oficio Circular IF/ 30, de 21 de octubre de 2019, el trabajador o trabajadora independiente -titular de un contrato de salud- no obstante que en la operación renta haya optado por la gradualidad, tiene derecho a que la ISAPRE utilice para la determinación de los subsidios de origen común, como base de cálculo del subsidio la renta imponible anual a que se refiere el inciso primero del artículo 90 del D.L. N°3.500, de 1980, por cuanto dicho trabajador de todas maneras está obligado a pagar el precio total de la cotización para salud fijado en dicho contrato. Lo anterior, no es aplicable en la situación de los subsidios maternales, que se financian con recursos fiscales.

5.2 COTIZACIONES COMPLEMENTARIAS

El inciso cuarto del artículo 90 del D.L. N°3.500, de 1980, establece que el trabajador independiente a que se refiere el artículo 89 de dicho Decreto Ley, es decir el obligado, podrá cotizar en forma mensual si sus ingresos mensuales, durante el año en que se encontrare cubierto, fueren superiores a sus ingresos mensuales del año inmediatamente anterior que sirvieron de base para el pago de sus cotizaciones previsionales. En este caso sólo podrá cotizar por la diferencia que corresponda hasta completar el monto que no supere el tope máximo imponible establecido en el artículo 16 del mismo D.L. N°3.500, una vez sumados los ingresos del mes respectivo del año anterior y los ingresos del mes por el que está cotizando.

Conforme a lo señalado en el párrafo anterior, las cotizaciones complementarias que se pueden adicionar a las cotizaciones efectuadas en la base de la renta anual imponible que determina el Servicio de Impuestos Internos son sólo aquellas que correspondan por las rentas superiores obtenidas dentro del período que se indicará en el párrafo siguiente.

Los trabajadores independientes obligados a cotizar, durante su primer año de cobertura, podrán incorporar cotizaciones complementarias desde el inicio de la cobertura (mes de julio del año que corresponda) hasta el mes anterior al de inicio de la licencia médica. Sin embargo, cuando se encuentren en su segundo año de cobertura podrán incorporar cotizaciones

complementarias correspondientes a los 12 meses anteriores al inicio de la licencia médica.

Para efectos de adicionar la cotización complementaria, se deberá acreditar que el trabajador percibió en esos meses mayores ingresos respecto del promedio mensual del año base de la operación renta.

Para acreditar los mayores ingresos, se debe comparar la base imponible mensual para las cotizaciones de AFP y Salud, registradas en el Comprobante de Pago de Cotizaciones de la Operación Renta respectiva, con los ingresos mensuales percibidos por el trabajador durante el periodo de cobertura y el mes anterior al inicio de la licencia, o durante los 12 meses anteriores al inicio de la licencia, según corresponda, según se trate del primer o segundo año de cobertura, registrados en su Certificado Anual de Boletas de Honorarios Electrónicas emitido por el Servicio de Impuestos Internos.

La validación se realizará comparando los ingresos mensuales registrados en el Certificado Anual de Boletas de Honorarios Electrónicas, emitido por el Servicio de Impuestos Internos, con la base imponible mensual por la cual se realizaron efectivamente las cotizaciones, a cobertura total o parcial, según sea el caso.

Las cotizaciones complementarias se deben realizar sobre la diferencia entre los ingresos percibidos por el trabajador durante el periodo de cobertura y el mes anterior al inicio de la licencia, o durante los 12 meses anteriores al inicio de la licencia, según corresponda, según se trate de primer o segundo año de cobertura y las cotizaciones ya efectuadas en la operación renta y siempre que no excedan del tope imponible legal. Se podrán considerar las cotizaciones complementarias efectuadas durante el periodo de cobertura hasta el mes anterior al de inicio de la licencia médica.

5.3 SUBSIDIO PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES QUE COTIZAN VOLUNTARIAMENTE

Tratándose de trabajadores independientes que cotizan voluntariamente, el subsidio por incapacidad laboral total o parcial derivado de licencias médicas de origen común, se calculará en base al promedio de la renta mensual imponible, del subsidio o de ambos, por los que hubieren cotizado para pensiones y salud, en los últimos 6 meses anteriores al mes en que se inicia el reposo. Sin perjuicio de lo anterior y de conformidad con lo establecido en el artículo 92 del D.L. N°3.500, de 1980, en relación con el inciso tercero del artículo 90 del mismo cuerpo normativo, los trabajadores que coticen voluntariamente estarán afectos, además, al pago de cotizaciones de pensiones.

En el cálculo de los subsidios de estos trabajadores independientes no obligados a cotizar, no podrán considerarse rentas mensuales que tengan una diferencia entre sí superior al 25%. En el evento de existir esa diferencia o diferencias superiores se considerará en el mes o meses de que se trate, la renta efectiva limitada al 125% de la renta mensual menor del período respectivo.

Por último, para estos trabajadores independientes rige, siempre, lo dispuesto en el inciso primero del artículo 17 del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en cuanto gozarán de un monto diario mínimo de subsidio.

6. SITUACIÓN DE TRABAJADORES QUE COTIZAN POR DIVERSAS CALIDADES JURÍDICAS

Todo trabajador que genere ingresos y cotice anualmente ya sea como trabajador independiente obligado, porque percibe rentas gravadas por el artículo 42 N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta y además perciba remuneraciones como dependiente o bien, cotiza mensualmente en calidad de trabajador independiente voluntario y acredite tal calidad, tendrá derecho a percibir subsidio por incapacidad laboral de origen común y maternal por cada una de sus calidades, debiendo obtener un formulario de licencia médica por cada uno de los empleadores respecto de los cuales debe justificar ausencia laboral y reemplazar las respectivas remuneraciones. Asimismo, si además es trabajador independiente, deberá obtener otro formulario de licencia médica por esa calidad. Si un trabajador independiente tiene la calidad de obligado y voluntario, bastará una licencia médica para dichas calidades de independiente.

Cuando un trabajador independiente obligado a cotizar realiza una actividad bajo la modalidad de honorarios para el sector público o privado y durante el período de cobertura anual cambia su calidad jurídica pasando a ser trabajador dependiente, tendrá derecho a presentar licencia médica en esa calidad jurídica ante la entidad empleadora. Asimismo, tendrá derecho a que se le extienda una licencia médica y a recibir el subsidio por incapacidad laboral que corresponda como trabajador independiente por actividades del artículo 42 N°2 de la Ley sobre impuesto a la Renta, por las cotizaciones que pagó en dicha calidad en la operación renta respectiva, las que le dieron derecho a obtener las prestaciones durante el período de cobertura anual correspondiente. Cabe destacar, que esta última licencia médica deberá tramitarla directamente ante la entidad pagadora del subsidio.

En virtud de lo anterior, la entidad pagadora del subsidio deberá calcular los subsidios por incapacidad laboral, considerando la suma de las remuneraciones, subsidios por incapacidad laboral y rentas hasta el tope imponible, verificando el pago de las cotizaciones efectuadas por el empleador, la Tesorería General de la República y/o por el propio trabajador independiente que cotiza voluntariamente, según corresponda.

7. SITUACIONES TRANSITORIAS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE OBLIGADO A

COTIZAR

Mientras opere el régimen de gradualidad que dispone el inciso segundo del artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133, entre los años 2019 y 2027, se deberá considerar lo siguiente:

El trabajador o trabajadora independiente obligado a cotizar por sus rentas del artículo 42 N°2 de la Ley sobre impuesto a la Renta, podrá manifestar cada año en la operación renta, su voluntad de cotizar para salud y pensión, ya sea por el total de su renta imponible anual o en su defecto por una renta imponible anual disminuida de acuerdo a lo previsto en el inciso segundo, del artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133.

En razón de lo anterior, cuando se trate de licencias médicas extendidas sin solución de continuidad y por el mismo cuadro clínico iniciadas dentro de un determinado año de cobertura cuyo monto del subsidio por incapacidad laboral pudiere resultar disminuido con motivo del cambio de la base de cálculo de la cobertura anual del año siguiente, la entidad pagadora del subsidio, deberá mantener la base de cálculo del subsidio por incapacidad laboral, correspondiente al año anterior.

TÍTULO III. ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL POR LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN DE ASIGNACIÓN FAMILIAR

1. NORMATIVA APLICABLE

Conforme a lo dispuesto en el artículo 19 N°2 de la Ley N°18.833, las C.C.A.F. se encuentran facultadas para administrar el Régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral. El artículo 27 de la citada Ley, señala que, para financiar dicho régimen, las C.C.A.F. percibirán una cotización calculada sobre las remuneraciones imponibles de los trabajadores no afiliados a una Institución de Salud Previsional, la que se deducirá de las cotizaciones para salud, para el financiamiento del citado régimen, y para los efectos de los superávits o déficits que se produzcan se aplicará lo establecido en el artículo 14 del D.L. N°2.062, de 1977. El citado artículo establece que corresponde al Fondo Nacional de Salud (FONASA) reembolsar a las C.C.A.F. los déficits producidos por la administración del régimen de subsidios por incapacidad laboral.

Por su parte, con cargo al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral, constituido conforme al artículo 21 del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y en virtud de lo dispuesto por el artículo 1° de la Ley N°18.418, las C.C.A.F. deben pagar los subsidios por incapacidad laboral de origen común, esto es, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo, y los subsidios maternales suplementarios que corresponden al descanso pre natal suplementario, prórroga del pre natal y descanso post natal prolongado.

El artículo 28 de la Ley N°18.833 señala que las C.C.A.F. percibirán comisiones por las prestaciones que administren y que los montos de dichas comisiones serán calculados por esta Superintendencia, considerando el número de prestaciones pagadas, el de trabajadores afiliados y el promedio de trabajadores de las empresas afiliadas, debiendo considerar un mecanismo de incentivo para el control del gasto originado por las prestaciones que administren. Actualmente, dichas comisiones se determinan de acuerdo con lo instruido mediante la Resolución Conjunta N°3, de 30 de enero de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y sin número del Ministerio de Hacienda.

2. TRAMITACIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS POR LAS C.C.A.F.

Para el otorgamiento de la Licencia Médica Electrónica por el Profesional habilitado, deberán aplicarse las reglas generales. En forma previa al otorgamiento de la respectiva licencia, se deberá validar la afiliación del trabajador a FONASA y se deberá validar que la C.C.A.F. a la cual se encuentra afiliado el empleador del trabajador se encuentre adscrito al Sistema de Información de Licencia Médica Electrónica.

Una vez tramitada la Licencia Médica Electrónica por parte del empleador adscrito, ésta, al mismo tiempo que es puesta a disposición de la COMPIN respectiva para su pronunciamiento, queda a disposición de la C.C.A.F. para los efectos de validar que se hayan acompañado los documentos necesarios para determinar la procedencia del beneficio y para efectuar el cálculo del Subsidio por Incapacidad Laboral. La circunstancia de que se hayan o no remitido los documentos necesarios no significa impedimento alguno para que la COMPIN respectiva pueda pronunciarse respecto de la Licencia Médica Electrónica.

Si luego del examen de la documentación remitida por el Empleador, la C.C.A.F. determina que ésta es insuficiente para determinar el derecho al beneficio de Subsidio por Incapacidad Laboral y el cálculo del mismo, podrá solicitar al empleador que acompañe otros antecedentes, devolviendo la Licencia Médica Electrónica. Esta devolución deberá constar en el Convenio de Colaboración, a efectos que dicho proceso se desarrolle de manera secuencial y coordinada.

En caso que el empleador, al momento de recepcionar la licencia médica electrónica, desconozca la calidad de trabajador dependiente del interesado o no la tramite en el plazo de que dispone para hacerlo, ésta será puesta a disposición de la COMPIN, conforme a las normas generales señaladas precedentemente. Dicha licencia también será puesta a disposición de la C.C.A.F. para el caso que el trabajador concurra ante dicha entidad, haciendo valer el derecho establecido en el artículo 64 del D.S. N°3, de 1984, del Ministerio de Salud.

3. PAGO DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES

3.1 PAGO DIRECTO DE SUBSIDIOS A LOS BENEFICIARIOS

La C.C.A.F. podrá pagar a los beneficiarios los subsidios con un cheque nominativo entregado directamente a éstos o depositado en sus cuentas bancarias, ya sea cuentas corrientes, cuentas a la vista o cuentas de ahorro. Para tales efectos, las C.C.A.F. deberán mantener los documentos respectivos que acrediten el retiro y cobro del cheque o el depósito del mismo en la cuenta bancaria del beneficiario.

También la C.C.A.F. podrá pagar los subsidios mediante transferencias electrónicas, a través de abonos o depósitos electrónicos en las cuentas bancarias de los beneficiarios (cuentas corrientes, cuentas a la vista o cuentas de ahorro), efectuados directamente por la C.C.A.F. desde su cuenta corriente o a través de convenios de pago masivo que la C.C.A.F. pueda contratar con instituciones bancarias, ajustándose a las normas establecidas sobre la materia por la Comisión para el Mercado Financiero, para lo cual, deberá exigir y mantener el registro de la confirmación de la transferencia electrónica efectuada exitosamente. También se podrá efectuar el pago por medio de un intermediario con el cual la C.C.A.F. mantenga un convenio para estos efectos, en la medida que se cumpla con la finalidad de la cuenta corriente exclusiva y se permita la fiscalización de los montos de los abonos y cargos imputados en dicha cuenta.

La C.C.A.F. también podrán efectuar giros en dinero efectivo emitidos a favor de los beneficiarios, a través de entidades que ofrezcan este servicio, debiendo exigir a la entidad prestadora del servicio los documentos que acrediten la recepción del dinero por parte del beneficiario.

Finalmente, la C.C.A.F. podrá pagar los subsidios en dinero efectivo entregado directamente a los beneficiarios a través de sus cajas habilitadas para estos efectos en sus sucursales, para lo cual deberá mantener los respectivos comprobantes de egreso que acrediten dicho pago en dinero efectivo y el registro de la recepción del subsidio por parte del beneficiario.

En el caso del pago del subsidio por incapacidad laboral para trabajadores extranjeros que no cuenten con cédula de identidad chilena, deberá utilizarse el mecanismo de pago de que trata el párrafo anterior.

Tratándose del pago del subsidio a través de depósitos en cuentas bancarias, ya sea directos o a través de transferencias electrónicas, la C.C.A.F. deberá solicitar a los beneficiarios al momento de presentar cada licencia médica, la correspondiente autorización por escrito y firmada, en la que se señale además de la identificación del beneficiario, el número de la cuenta bancaria, el tipo de cuenta y el banco al que corresponde.

Sin perjuicio de lo anterior, considerando que las C.C.A.F. se encuentran autorizadas para suscribir mandatos de transferencia electrónica para efectuar el pago de prestaciones y beneficios de Seguridad Social, dichas entidades podrán depositar en las cuentas corrientes o a la vista que los trabajadores individualicen en el citado mandato, los subsidios por incapacidad laboral, sin necesidad de requerir el consentimiento del beneficiario al momento de presentarse cada licencia médica, en la medida que exista una autorización expresa por escrito y que la cuenta corriente o a la vista en que se efectúen dichos pagos de subsidio sea efectivamente del trabajador beneficiario, pudiendo dicho mandato ser suscrito a través de firma electrónica simple, utilizando mecanismos que permitan asegurar suficientemente la verificación del emisor del mandato (a través del uso de claves secretas, verificación mediante huella digital, número de serie de la cédula de identidad, entre otros). El mandato en cuestión debe renovarse en caso de cambio de afiliación a una nueva C.C.A.F.

Las C.C.A.F. deberán velar por el uso racional de las distintas modalidades de pago permitidas. Lo anterior, implica que las C.C.A.F. deberán establecer una política que regule la utilización de las diferentes modalidades de pago para los efectos de pagar los subsidios y sus correspondientes cotizaciones, velando porque dicha política se ajuste también a las necesidades y solicitudes manifestadas por los beneficiarios.

De este modo, se deberá establecer un monto límite para pagar en dinero en efectivo. Asimismo, se deberán establecer las situaciones bajo las cuales corresponderá efectuar una transacción electrónica de fondos o un giro en dinero, especificando para esta última modalidad, el tipo de beneficiario para el cual será implementada, así como también las localidades del país que se quieren abarcar. Al respecto, las C.C.A.F. deberán mantener actualizado y a disposición de esta Superintendencia un registro de las políticas sobre los medios de pago que utilizarán y sus condiciones particulares.

Las C.C.A.F. deberán emitir un documento físico o digital, cuya copia deberá ser entregada o puesta a disposición del beneficiario, denominado "Liquidación de subsidios", en el cual se consigne, a lo menos, la identificación del beneficiario, el número de la licencia médica, su fecha de emisión, la extensión de la misma, el número de días que se pagan y el detalle del cálculo y pago del subsidio y de las cotizaciones correspondientes al mes que se informa.

3.2 REEMBOLSO A MUNICIPALIDADES, CORPORACIONES MUNICIPALES Y EMPLEADORES EN CONVENIO

El artículo único de la Ley N°19.117 dispone que los Servicios de Salud (hoy Secretarías Regionales Ministeriales [SEREMI] de Salud), las ISAPRE y las C.C.A.F., deberán pagar a la respectiva Municipalidad o Corporación empleadora respecto de sus funcionarios regidos por la Ley N°18.883 o de los profesionales de la educación regidos por el artículo 38 del D.F.L. N°1, de 1997, del Ministerio de Educación, acogidos a licencia médica por enfermedad, una suma equivalente al subsidio que le habría correspondido al trabajador conforme a las disposiciones del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Una norma en igual sentido se encuentra en el inciso cuarto del artículo 19 de la Ley N°19.378, sobre Atención Primaria de Salud Municipal.

Asimismo, el artículo 110 de la Ley N°18.883, que contiene el Estatuto Administrativo para los Funcionarios Municipales, dispone que dicho personal, durante los períodos en que se encuentre en goce de licencia médica, mantiene el derecho al pago de sus remuneraciones. De la misma manera, el artículo 38 del citado D.F.L. N°1, otorga idéntica franquicia a los profesionales de la educación del sector municipal que indica.

Por otra parte, conforme a lo establecido en el artículo 24 de la Ley N°18.833 y en armonía con lo dispuesto en los artículos 155 del D.F.L. N°1, de 2006, del Ministerio de Salud y 19 del D.F.L. N°44, ya citado, las C.C.A.F. deberán reembolsar a aquellas entidades empleadoras afiliadas del sector privado que tengan un convenio con la C.C.A.F. para el pago directo de los subsidios por incapacidad laboral a sus trabajadores, por cuenta de ella, las sumas equivalentes al subsidio que les habría correspondido con motivo de los períodos de incapacidad laboral.

A) MONTO DEL REEMBOLSO

Serán objeto de reembolsos todos los subsidios por incapacidad laboral de origen común y los subsidios maternales suplementarios, cuyas licencias médicas a la fecha de la solicitud formal de reembolso, se encuentren debidamente autorizadas por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) o la Sub COMPIN cuando corresponda, o por la respectiva Unidad de Licencias Médicas. De la misma forma, deben ser reembolsados los subsidios que hayan sido autorizados por medio de una resolución exenta de esta Superintendencia, aún cuando no hubiere sido redictaminada por la COMPIN o Sub COMPIN.

Cabe recordar que los subsidios por reposo pre y post natal y por enfermedad grave del hijo menor de un año, son financiados por el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, de acuerdo con lo establecido en la Ley N°18.418.

Las C.C.A.F. deberán reembolsar a la respectiva Municipalidad o Corporación empleadora, el subsidio determinado conforme al artículo 8° del D.F.L. N°44, de 1978, y las cotizaciones de acuerdo con lo establecido en el artículo 22 del citado D.F.L. N°44 y el artículo 17 del D.L. N°3.500, de 1980.

Con respecto a los reembolsos que las C.C.A.F. deben efectuar a las entidades empleadoras del sector privado en convenio, conforme con lo señalado en los artículos 19 y 24 del D.F.L. N°44, sólo deberán pagar a la entidad empleadora el monto correspondiente al subsidio, ya que durante los períodos en que los trabajadores devengan subsidios por incapacidad laboral, es el ente pagador del subsidio, en este caso la C.C.A.F., la encargada de pagar las respectivas cotizaciones previsionales.

B) PAGO DEL REEMBOLSO

Tratándose de los subsidios y cotizaciones a reembolsar a las Municipalidades o Corporaciones Municipales y entidades empleadoras del sector privado que tengan un convenio para el pago directo de dicho beneficio a sus trabajadores, las C.C.A.F. deberán efectuar el pago correspondiente dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se haya ingresado la presentación de cobro respectiva. Al respecto, cabe tener presente que las C.C.A.F. no deberán emitir cheques de reembolso ni efectuar pago alguno por este concepto, con anterioridad a la recepción de la solicitud de cobro respectiva y a la recepción de las licencias médicas autorizadas por la COMPIN correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, las C.C.A.F. deberán efectuar el pago correspondiente, respecto de aquellas licencias médicas que hayan sido autorizadas por medio de una resolución exenta de esta Superintendencia, aún cuando no hubiere sido redictaminada por la COMPIN o Subcomisión.

Conforme a lo dispuesto en las normas que regulan la materia (reembolsos a las Municipalidades y Corporaciones Municipales por subsidios de docentes del Sector Municipal, artículo único de la Ley N°19.117, y del personal afecto al Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, inciso cuarto, del artículo 19 de la Ley N°19.378), las cantidades que no se paguen oportunamente se reajustarán en el mismo porcentaje en que hubiere variado el índice de precios al consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el mes anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el precedente a aquel en que efectivamente se puso a disposición de la entidad, devengando, además, interés corriente para operaciones reajustables a que se refiere la Ley N°18.010. Este interés corriente deberá aplicarse sumando las tasas diarias entre la fecha en que debió haberse pagado el reembolso derivado de cada licencia y la fecha en que la C.C.A.F. paga efectivamente el reembolso solicitado.

Estos montos por concepto de reajustes e intereses corrientes serán de cargo del Fondo Social de la respectiva C.C.A.F. que reembolsó extemporáneamente.

Cabe señalar que las licencias médicas que se encuentren pendientes de resolución por parte de la COMPIN o Sub COMPIN a la fecha de la solicitud formal de reembolso, no devengarán reajustes e intereses corrientes.

Las solicitudes de reembolsos efectuadas por las Municipalidades, Corporaciones Municipales o empleadores en convenio, que comprendan subsidios de uno o más trabajadores, por los que se emita un solo cheque por el conjunto de beneficios pagados, deberán ser presentadas, adjuntando una nómina de respaldo en que se identifique a cada beneficiario con su RUT, nombres y apellidos y se señalen los datos de la licencia médica de que se trata, los pagos parciales efectuados correspondientes a subsidios y cotizaciones en los casos que corresponda, a objeto que la

C.C.A.F. pueda, por una parte, determinar los montos a reembolsar y, por la otra, remitir a esta Superintendencia dicha información, agregando el detalle del cheque extendido (el que debe ser nominativo a nombre de la entidad solicitante) con que la C.C.A.F. pagó dicho reembolso.

También las C.C.A.F. podrán transferir electrónicamente el pago de estos reembolsos, a través de abonos o depósitos electrónicos en las cuentas corrientes de las entidades, efectuados directamente por la C.C.A.F. desde su cuenta corriente o a través de convenios de pago masivo que las C.C.A.F. puedan contratar con instituciones bancarias, ajustándose a las normas establecidas sobre la materia por la Comisión para el Mercado Financiero. Para tales efectos, las entidades deberán autorizar a la C.C.A.F. para que los reembolsos se realicen a través de los depósitos en las cuentas corrientes, autorización que al menos, debe tener la identificación de la entidad empleadora, fecha de la autorización, el número de la cuenta corriente y el banco correspondiente. La autorización señalada podrá ser permanente, debiendo las C.C.A.F. conformar y mantener debidamente actualizada una base de datos con las autorizaciones de depósitos en cuentas corrientes.

Adicionalmente a la nómina de respaldo, las Municipalidades, Corporaciones Municipales o empleadores en convenio, deberán adjuntar a la solicitud formal de reembolso copia de las planillas de cotizaciones, tanto las declaradas y pagadas como sólo las declaradas, cuando corresponda, y copias de las liquidaciones de remuneraciones.

3.3 REEMBOLSO A ORGANISMOS ADMINISTRADORES DE LA LEY N°16.744

Conforme a la normativa vigente, los organismos administradores de la Ley N°16.744 pueden solicitar el reembolso a una C.C.A.F. por los montos pagados en subsidios y cotizaciones a trabajadores pertenecientes a FONASA y afiliados a una C.C.A.F., por una parte, producto de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y, por la otra, por aquellos casos no regulados por dicho artículo 77 bis, pero originados en una contingencia que, en definitiva, es calificada como de origen común, esto es, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo.

Respecto de ambas situaciones, esto es, para los reembolsos solicitados por los organismos administradores de la Ley N°16.744 por aplicación del artículo 77 bis y por aquellos casos no regulados por dicho artículo, las C.C.A.F. deberán ajustarse a las instrucciones impartidas por esta Superintendencia en el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

3.4 PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES POR SUBSIDIOS

El artículo 22 del D.F.L. N°44, de 1978, y el artículo 17 del D.L. N°3.500, de 1980, exigen cotizar durante los períodos de incapacidad laboral, lo que incluye los tres primeros días de licencia, aun cuando éstos constituyan un período de carencia del subsidio.

Cabe señalar que el artículo 19 del D.L. N°3.500, dispone que las entidades pagadoras de subsidio deben declarar y pagar las cotizaciones dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al que se autorizó la licencia médica, o al día siguiente hábil, si el último es sábado, domingo o festivo. Como el subsidio por incapacidad laboral se devenga diariamente, la entidad pagadora deberá efectuar las cotizaciones dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a cada período mensual de pago de subsidios, o al siguiente día hábil, en su caso. Asimismo, dicho artículo señala que cuando un empleador realice la declaración y el pago de cotizaciones a través de un medio electrónico, el plazo mencionado en el inciso primero se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo, norma aplicable a la entidad pagadora del subsidio.

En lo que dice relación con el entero de las cotizaciones de los períodos de incapacidad laboral de trabajadores afiliados al Antiguo Sistema de Pensiones, las cotizaciones respectivas deben enterarse dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a la fecha en que se devenga el subsidio, o al día siguiente hábil si dicho plazo venciere en día sábado, domingo o festivo.

Por lo tanto, conforme a lo dispuesto en el artículo 22 del D.F.L. N°44, durante los períodos de incapacidad laboral, las C.C.A.F., como entidades pagadoras de subsidios, deben declarar y enterar las cotizaciones en las instituciones que correspondan, de acuerdo con las normas contenidas en la Ley N°17.322.

Las C.C.A.F. podrán pagar estas cotizaciones en las instituciones que correspondan con un cheque nominativo o bien, mediante transferencias electrónicas de fondos, a través de abonos o depósitos electrónicos en las cuentas corrientes de las entidades efectuados directamente por la C.C.A.F. desde su cuenta corriente.

En relación con los cobros que haga el Instituto de Previsión Social (IPS) a las C.C.A.F. por diferencias de tasas de cotizaciones por personas que hayan percibido subsidios, producidas al haberse enterado éstas en una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) en lugar de una institución del Antiguo Sistema de Pensiones, por la información proporcionada por el empleador en el formulario de licencias médicas, cabe señalar que en tales casos la entidad pagadora del subsidio deberá regularizar la situación pagando la diferencia de cotización producida, por ser ella la entidad obligada a enterar dichas cotizaciones en el correspondiente organismo previsional conforme a lo establecido en el artículo 22 del D.F.L. N°44, de 1978. Además, procede que en tal caso se reliquide el subsidio pagado al trabajador, solicitándole la devolución del beneficio pagado en exceso.

Igual procedimiento deberá seguirse tratándose de diferencias de tasas de cotización producto de haber enterado las cotizaciones en una AFP diferente de la que correspondía o bien, por haber pagado en la misma AFP una tasa de cotización distinta de la vigente.

Por otra parte, si las diferencias de tasas de cotización provienen de desafiliaciones del Nuevo Sistema de Pensiones, no procede cobrar dicha diferencia por los períodos en que el trabajador percibió subsidio por incapacidad laboral, ni a la institución pagadora del subsidio, ni al propio trabajador, por cuanto no existe norma que imponga dicha obligación a alguno de ellos.

Las diferencias de tasas de cotización serán pagadas por la C.C.A.F. en términos nominales. Para incluir dentro del gasto del Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral las diferencias de tasas de cotizaciones a las que se ha hecho referencia en este punto, las C.C.A.F. deberán mantener como respaldo de dicho gasto los documentos que acrediten el pago de las primitivas cotizaciones, de las diferencias de tasas de cotizaciones y el detalle del cálculo de éstas.

Asimismo, debe considerarse que las entidades pagadoras de subsidios por incapacidad laboral, en este caso las C.C.A.F., deben, cuando corresponda, descontar de los subsidios, y enterar en la Sociedad Administradora del Seguro de Cesantía (AFC), la parte de la cotización para dicho Seguro que es de cargo del trabajador calculada en base a la última remuneración imponible para el Seguro de Cesantía, a que se refiere la Ley N°19.728, correspondiente al mes anterior a aquel en que se haya iniciado la licencia médica o en su defecto la estipulada en el respectivo contrato de trabajo.

Esta obligación es independiente de la circunstancia de que el trabajador cobre o no el subsidio. Por ende, aun cuando para un trabajador haya prescrito su derecho a cobrar el subsidio por incapacidad laboral, una parte de ese subsidio, en su oportunidad y por mandato legal, fue descontado por la C.C.A.F. para efectuar el pago de la cotización para el seguro de cesantía que es de cargo del trabajador. Por lo tanto, la parte del subsidio que se descontó y destinó al pago de la cotización señalada, corresponde a un gasto en subsidio para la entidad pagadora, el cual procede ser cobrado al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral.

3.5 CUENTA CORRIENTE EXCLUSIVA

Las C.C.A.F. deberán mantener una cuenta corriente exclusiva con la sola finalidad de utilizarla para pagar los subsidios por incapacidad laboral por licencia médica de origen común, esto es, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo, como también los montos de los subsidios maternales suplementarios que corresponden al descanso prenatal suplementario, prórroga del prenatal y descanso postnatal prolongado. Lo anterior, con el objeto de asegurar que los recursos del Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral administrados por las C.C.A.F. se destinen exclusivamente para el pago de los beneficios antes aludidos y con cargo a esta cuenta corriente exclusiva. Dicha cuenta corriente debe ser única y abierta en cualquier banco comercial de la plaza en que se encuentre ubicada la casa matriz de la respectiva C.C.A.F.

Cada entidad traspasará los recursos necesarios a la cuenta corriente que se hubiere abierto para el manejo exclusivo de los recursos para el pago de los subsidios por incapacidad laboral, debiendo mantener, mensualmente, la conciliación bancaria de dicha cuenta corriente y disponible para una eventual fiscalización de esta Superintendencia. Los costos de mantención u operación de estas cuentas corrientes serán de cargo de las C.C.A.F. Asimismo, las C.C.A.F. deberán designar los giradores de las referidas cuentas corrientes, debiendo, por tanto, tener las respectivas pólizas de fianza. Cada vez que se abra o cierre una cuenta corriente exclusiva, la entidad deberá informar a esta Superintendencia el número de la cuenta y el nombre del Banco a que corresponda, además del nombre de los giradores autorizados para operar con ella.

La exigencia de que los subsidios por incapacidad laboral deban ser pagados con cargo a la cuenta corriente exclusiva, se entenderá cumplida si el pago se efectúa por medio de un intermediario con el cual la C.C.A.F. mantiene un convenio para el pago, en la medida que se cumpla con la finalidad de la cuenta corriente exclusiva, permitiéndose la fiscalización de los montos de los abonos y cargos imputados en dicha cuenta.

4. MEDIDAS DE RESGUARDO QUE ASEGUREN EL CORRECTO OTORGAMIENTO Y CÁLCULO DE LOS SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

Con el objeto de que la C.C.A.F. adopte las medidas necesarias que aseguren el correcto otorgamiento y cálculo de los subsidios por incapacidad laboral, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

A. AFILIACIÓN DE EMPRESAS

La C.C.A.F., al afiliar una empresa, además de solicitar todos los antecedentes que acrediten la existencia legal de la empresa, debe verificar su existencia física, a través de una visita al domicilio de ésta y constatar que se encuentre en funcionamiento, dejando la debida constancia de la diligencia efectuada. Sin perjuicio de lo anterior, en el caso de empresas que operan de manera telemática, la C.C.A.F. puede implementar otros medios de verificación de la existencia física de la empresa, tales como la existencia de un sitio web institucional u otros medios de verificación de domicilio a través de empresas especializadas que presten tal servicio, contactabilidad efectiva a través de comunicaciones vía correo electrónico institucional, facultad de solicitar copias de formularios o declaraciones juradas prestadas por la empresa ante órganos del Estado, tales como la Tesorería General de la República, el Servicio de Impuestos Internos, la Dirección del Trabajo, etc.

B. VIGENCIA DE LAS EMPRESAS AFILIADAS

Para asegurar que las empresas afiliadas al sistema C.C.A.F. correspondan a empresas vigentes, se utilizará la información contenida en el sistema de información de que trata el Libro VIII. Sistemas de información, informes y reportes, del Compendio de Normas que regulan las Cajas de Compensación de Asignación Familiar.

C. VERIFICACIÓN DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES PERTENECIENTES A FONASA

La C.C.A.F. debe mantener actualizada la base de datos computacional de sus trabajadores afiliados que efectúen la cotización destinada al financiamiento del Régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral en las Cajas, y que en consecuencia son afiliados de FONASA. Dicha base debe contener las remuneraciones imponibles de cada trabajador, con actualizaciones mensuales y debe permitir almacenar información, a lo menos, de los últimos doce meses.

Dicha base de datos computacional permitirá, por una parte, controlar que los subsidios por incapacidad laboral se otorguen sólo a trabajadores cotizantes del FONASA y que la remuneración que sirvió de base para la determinación de la citada cotización, corresponda a la utilizada para la declaración y pago de cotizaciones para pensiones y, por la otra, cotejar las remuneraciones consignadas en dicha base de datos con las informadas en las licencias médicas y liquidaciones de remuneraciones requeridas al presentar a trámite las licencias médicas.

Cabe agregar que si se detectan diferencias producto del control efectuado de acuerdo con las variables mencionadas precedentemente, para el cálculo del subsidio deberán utilizarse las remuneraciones de menor valor, excluidas las remuneraciones ocasionales o que correspondan a períodos de mayor extensión que un mes tales como gratificaciones, bonificaciones o aguinaldos de Fiestas Patrias o Navidad, que no se considerarán para la determinación de la base de cálculo, debiendo la C.C.A.F., en todo caso, comunicar tales diferencias al empleador o trabajador, según corresponda, o iniciar las acciones tendientes a regularizar el pago, pudiendo solicitar informe a la Dirección del Trabajo.

D. VERIFICACIÓN DEL VÍNCULO LABORAL DEL TRABAJADOR AFILIADO Y DEL DERECHO A SUBSIDIO

Con el objeto de verificar la dependencia o vínculo laboral entre el trabajador y su empleador y el cumplimiento de los requisitos para acceder al subsidio, la C.C.A.F. debe solicitar al empleador o trabajador según se trate, que conjuntamente con la presentación de cada licencia médica, se adjunten los siguientes documentos:

- Un certificado original de las cotizaciones para pensiones de los dos meses calendario ante precedente al inicio de la respectiva licencia médica.
- O bien, las planillas de declaración y/o pago de cotizaciones efectuadas en el Instituto de Previsión Social o en la Administradora de Fondos de Pensiones que corresponda, de los dos meses calendario ante precedente al inicio de la respectiva licencia médica, en copia simple.

La C.C.A.F. puede eximir al empleador o trabajador según se trate, de la presentación de estos documentos, cuando el empleador del trabajador que presenta licencia médica efectúa habitualmente la declaración y pago de las cotizaciones previsionales mediante cualquier sistema de recaudación electrónica.

E. VERIFICACIÓN EN CASO DE COTIZACIONES DECLARADAS Y NO PAGADAS

La C.C.A.F., para cada licencia médica presentada, que no sea prórroga de una anterior, debe verificar mediante su base de datos si el empleador del trabajador registra cotizaciones para el régimen SIL declaradas y no pagadas, y en caso afirmativo, antes de cursar el pago del correspondiente subsidio por incapacidad laboral, debe:

- Verificar si el trabajador efectivamente trabajó en ese período;
- Verificar si al trabajador se le pagaron remuneraciones por ese período;
- Verificar si al trabajador se le efectuaron los descuentos previsionales correspondientes de sus remuneraciones imponibles en ese período.

Las verificaciones anteriores deberán efectuarse a la brevedad, no pudiendo exceder el plazo de 30 días contado desde la presentación de la respectiva licencia médica con el objeto que, al cabo de dicho plazo, se determine la procedencia del pago de la licencia médica.

F. CÁLCULO DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES

A fin de asegurar el correcto cálculo de los subsidios por incapacidad laboral y de las cotizaciones correspondientes, la C.C.A.F. debe requerir al empleador o trabajador según se trate, que conjuntamente con la presentación de cada licencia médica, se adjunten las liquidaciones de remuneraciones del trabajador de los tres meses calendario más próximos anteriores al inicio de la respectiva licencia médica, en copias simples.

En base a la información contenida en las liquidaciones de remuneraciones señaladas, la C.C.A.F. determinará las remuneraciones imponibles y excluirá aquellas remuneraciones ocasionales o que correspondan a períodos de mayor

extensión que un mes, conforme a lo establecido en el artículo 10° del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que dispone que dichas remuneraciones no se deben considerar en la base de cálculo de un subsidio por incapacidad laboral.

Cuando la información de las liquidaciones de remuneraciones sea insuficiente para determinar la naturaleza de las remuneraciones del afiliado, las Cajas deberán requerir el respectivo contrato de trabajo.

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL PORCENTAJE DE COTIZACIÓN QUE RECAUDAN LAS C.C.A.F.

En el caso que el porcentaje de cotización que recauda la C.C.A.F. experimente una modificación, la C.C.A.F. debe aplicar el siguiente procedimiento:

- a) Adoptar las medidas necesarias para asegurar la correcta implementación operativa de la modificación en la tasa de cotización.
- b) Informar oportunamente a sus empleadores afiliados la nueva redistribución de la cotización del 7% para salud, señalando a partir de cuándo debe comenzar a aplicarse.
- c) La C.C.A.F. debe adecuar sus sistemas operacionales a fin de incorporar el cambio de tasa.
- d) En el caso de la recaudación por planillas de declaración y/o pago de cotizaciones previsionales, la C.C.A.F. debe implementar los cambios pertinentes en estos formularios, de manera que se adecuen a los porcentajes modificados.
- e) Se deberá tener presente que las planillas de cotizaciones declaradas y no pagadas con anterioridad a la entrada en vigencia de la modificación de la tasa, deberán enterarse de acuerdo a la tasa de cotización vigente según el periodo del mes de remuneración de que se trate.
- f) Tratándose de pagos de cotizaciones previsionales para salud asociadas a subsidios devengados cuyos periodos de renta involucren días anteriores y posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la modificación, éstos deben calcularse de acuerdo con la tasa vigente en cada período.
- g) La C.C.A.F. debe considerar que, si un empleador ha enterado el 7% de las cotizaciones previsionales para salud, no corresponde considerarlo como deudor previsional por haber enterado de manera errónea la distribución de este porcentaje entre las C.C.A.F. y FONASA. No obstante, la Caja debe implementar mecanismos de información a las entidades empleadoras con el fin que al mes siguiente dicho error sea corregido.
- h) Si como resultado de la liquidación mensual de los ingresos de los recursos financieros y los egresos por pago de subsidios y cotizaciones previsionales originados por licencias médicas se generara un excedente de recursos, éstos deben ser enterados a FONASA, previa determinación del monto del excedente por parte de esta Superintendencia. Para tales efectos la C.C.A.F. debe transferir dichos excedentes a la cuenta corriente del Banco Scotiabank N°990000644, del Fondo Nacional de Salud, RUT 61.603.000-0. Del mismo modo, en caso de que se genere un déficit de recursos, éstos deberán ser reembolsados por parte de FONASA a cada C.C.A.F.
- i) Las C.C.A.F. deben establecer coordinadamente con FONASA un procedimiento que permita efectuar mensualmente la verificación de la correcta distribución de las cotizaciones previsionales enteradas por los empleadores a través de algún servicio de declaración y pago de cotizaciones previsionales y/o en forma directa tanto en las C.C.A.F. como en FONASA.
- j) Las C.C.A.F. deben adoptar las medidas pertinentes para autorizar a las entidades que presten servicios de declaración y pago de cotizaciones previsionales la entrega de la información detallada de la recaudación mensual a FONASA, a fin de que estos Organismos regularicen las transferencias de fondos por las diferencias detectadas en las C.C.A.F., según corresponda, en el marco de la nueva redistribución de la cotización para salud. En caso que estas diferencias en la tasa de cotización de periodos anteriores, sean a favor de las C.C.A.F., éstas deberán depositarse sólo en la cuenta corriente exclusiva de pago de subsidios a que se refiere el numeral 3.5 de este Título.
- k) La C.C.A.F., en caso que corresponda, debe informar a través del Archivo Plano N°5 del Anexo N°2 "Formato de archivos planos", del Título II del Libro VII, denominado "Ingresos por cotización recaudada correspondiente a diferencias de periodos anteriores", los montos transferidos por FONASA con motivo de las diferencias a favor detectadas en la tasa de recaudación enterada por los empleadores.

6. PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO A COBRO Y REEMBOLSO DE LOS SUBSIDIOS

- a) De acuerdo con lo establecido en el inciso segundo del artículo 155 del D.F.L. N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, el derecho de los trabajadores a impetrar el cobro del subsidio prescribe en el plazo de seis meses, contado desde el término de la respectiva licencia. Lo anterior implica que el trabajador tiene un plazo de seis meses para solicitar y cobrar el beneficio, entendiéndose por cobrar, ya sea el retiro en dinero en efectivo, el depósito electrónico o el retiro del cheque, que constituye una orden escrita de pago, dentro del plazo señalado.

En el caso de las licencias sin solución de continuidad o sin interrupciones y por el mismo diagnóstico, este plazo debe contarse desde la fecha de término de la última de las licencias concedida.

- b) Por su parte, el artículo 155 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, establece que los servicios públicos e instituciones empleadoras del sector público, deben solicitar los reembolsos que deban efectuar los Servicios de Salud, con motivo de los períodos de incapacidad laboral de los trabajadores de dichas entidades, en el mismo plazo que indica el inciso segundo de ese precepto, esto es, dentro de seis meses desde el término de la respectiva licencia.

Efectivamente, los organismos estatales pueden ejercer la facultad conferida en distintos cuerpos legales para requerir de los Servicios de Salud - alusión que debe entenderse referida a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud - las correspondientes devoluciones por concepto de licencias médicas de sus trabajadores, en un plazo de seis meses desde que finalizó el período por el cual se otorgó dicha licencia.

- c) En tanto, conforme a la reiterada jurisprudencia de la Contraloría General de la República, las solicitudes de reembolsos que se dirijan a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) o Cajas de Compensación de Asignación Familiar, por no estar mencionadas expresamente en el inciso tercero del artículo 155 precitado, se rigen por la prescripción general de cinco años establecida en los artículos 2514 y 2515 del Código Civil (aplica dictámenes N°s. 56.915 de 2009, 2.559 de 2014, 33.267 de 2019 y E23880 de 2020). Por lo tanto, las solicitudes y los cobros que puedan realizar las Municipalidades, Corporaciones Municipales y entidades empleadoras del sector privado, a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, se encuentran afectos a la prescripción general de cinco años establecida en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil.

En virtud de lo anterior, las C.C.A.F. no deben pagar subsidios o efectuar reembolsos de los mismos cuando el plazo para cobrarlos se encuentre vencido, conforme a lo señalado precedentemente. Si de todas formas la C.C.A.F. efectúa el pago o reembolsa el subsidio, no podrá incluirlo como gasto en la información financiera por no ser de cargo del Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral.

En este sentido, las entidades pagadoras de subsidio por incapacidad laboral deben considerar determinadas situaciones para no aplicar la prescripción del derecho a cobro y proceder sin más trámite al pago al beneficiario, de acuerdo a lo indicado en el numeral 9 del Título I de este Libro.

7. PROCEDIMIENTO DE COBRANZA DE LAS COTIZACIONES PREVISIONALES IMPAGAS

Las C.C.A.F. se encuentran obligadas, según lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N°17.322 y en el N°10 del artículo 53 de la Ley N°18.833, a seguir las acciones tendientes al cobro judicial de las cotizaciones adeudadas y sus reajustes e intereses.

Conforme a lo anterior y previo a la cobranza judicial, las C.C.A.F. deberán iniciar el proceso de cobranza prejudicial a más tardar al mes siguiente a aquel en que el empleador debía enterar la cotización correspondiente.

Para ello, las C.C.A.F. deben confeccionar y mantener actualizado un listado con los empleadores morosos que mantienen cotizaciones impagas y determinar el monto a que asciende la deuda histórica, más reajustes, intereses y multas correspondientes, al cual debe incorporarse toda la información respecto de las gestiones de cobranza que realice la C.C.A.F. y sus resultados.

La cobranza judicial debe iniciarse no más allá del sexto mes de morosidad. En todo caso, tratándose de deudas inferiores a 20 Unidades de Fomento, las C.C.A.F. sólo están obligadas a realizar cobranza extrajudicial.

Cabe hacer presente que para efectos de determinar el monto de 20 Unidades de Fomento, las C.C.A.F. deben tener en cuenta las deudas de crédito social y por concepto de cotización del Régimen de Salud.

Por otra parte, cabe mencionar que conforme a las instrucciones contenidas en el numeral 5.4.4 del Libro V del Compendio de Normas que regulan a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, dichas instituciones deben informar trimestralmente a la Dirección del Trabajo las deudas previsionales vigentes de empleadores que tengan más de 4 meses de antigüedad, originadas por cotizaciones impagas del Régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral.

8. RESGUARDO DE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

Las Instituciones de Previsión deben mantener archivados por al menos 5 años, contados desde la fecha de término de la respectiva licencia médica, los documentos que respalden el pago de subsidios de las licencias médicas de origen común y maternal suplementario, con sus respectivas autorizaciones, tales como: formulario de licencia médica, liquidaciones de remuneraciones, certificados de afiliación y/o cotización de las AFP, certificados médicos, contratos y/o finiquitos de trabajo, cartas a empleadores y constancias de la Inspección del Trabajo. Para tal efecto, deberá tenerse presente que las prórrogas de licencias médicas se consideran como una sola.

Del mismo modo, deberán adoptar las medidas para el debido resguardo de las autorizaciones para el pago de los subsidios y de los reembolsos a Municipalidades, Corporaciones Municipales y entidades empleadoras del sector privado mediante

transferencias electrónicas o depósitos en cuentas corrientes, a la vista o de ahorro, durante todo el período de vigencia y hasta 5 años después de expirada su vigencia.

En relación con lo anterior, esta Superintendencia, en virtud de las atribuciones que le otorga el artículo 2° del D.L. N°2.412, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, autoriza a las entidades pagadoras de subsidios a microfilm, reproducir electromagnéticamente o digitalizar la documentación señalada entregada a su custodia, y a destruir los originales una vez que hayan sido microfilmados, reproducidos o digitalizados, previa autorización del Secretario General de la respectiva Institución, o quien haga sus veces.

Se deberá tener en especial consideración, que la presente autorización incluye la obligación de las instituciones que se acojan al procedimiento de eliminación de los aludidos documentos, de adoptar los resguardos necesarios para que los documentos microfilmados o digitalizados sean mantenidos en un lugar seguro, debidamente respaldados y resguardados de riesgos de incendio, inundación, robo o hurto, a fin de velar por la integridad y conservación de la información.

En cuanto a las planillas de pago de cotizaciones previsionales, correspondientes a los períodos de incapacidad laboral, deberán mantenerlas permanentemente y sólo podrán ser eliminadas después de 5 años, o bien cuando éstas hayan sido previamente microfilmadas o digitalizadas, de acuerdo con el procedimiento señalado en este punto.

Por otra parte, en cuanto a la recaudación de la cotización destinada al financiamiento del Subsidio por Incapacidad Laboral, se deberá mantener por el lapso de 5 años las planillas de cotizaciones declaradas y pagadas por las entidades afiliadas a ordenadas por período (mes al que corresponde), o en su defecto, cada Institución de Previsión, podrá emplear un sistema diferente al propuesto, en la medida que éste asegure una respuesta oportuna a eventuales requerimientos de antecedentes por parte de esta Superintendencia. Todo ello sin perjuicio de la autorización a microfilm o digitalizar a que se ha hecho referencia.
