

+

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales A. Protocolo General CAPÍTULO IV. Proceso de calificación 6. Situaciones especiales

6. Situaciones especiales

Si el trabajador no se presenta a la evaluación clínica, después de haber sido citado hasta en dos oportunidades o si rechaza someterse a ésta, la patología deberá ser calificada como tipo 12: "No se detecta enfermedad" y en el campo "diagnóstico" se deberá consignar: "Abandono o rechazo de la atención" y registrarse el código CIE -10 "Z03.9".

Si con posterioridad al diagnóstico y antes que el ente calificador disponga de los elementos de juicio suficientes para calificar el origen de la enfermedad, el trabajador rechaza continuar con el proceso de evaluación, el caso será calificado con los antecedentes disponibles, consignando el diagnóstico y su correspondiente código CIE-10. A su vez, en el campo "indicaciones" se deberá señalar: "Calificación realizada con antecedentes parciales por abandono del proceso de calificación". Asimismo, en caso que el trabajador independiente se oponga a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo, el organismo administrador deberá calificar la enfermedad con los antecedentes de que disponga, señalando en el campo "indicaciones": "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización del trabajador independiente a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

De igual modo, si con posterioridad al establecimiento de un diagnóstico y previo a su calificación, ~~el empleador o~~ la entidad en la que se desempeña el trabajador independiente, después de haber sido requerido hasta en dos oportunidades, mediante carta certificada, correo electrónico u otro medio escrito, se opone a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo o no acusa recibo de las citaciones, el caso deberá ser resuelto con los antecedentes disponibles, consignando el diagnóstico y su correspondiente código CIE-10. En el campo "indicaciones" se deberá consignar: "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización ~~del empleador o de~~ la entidad en la que se desempeña el trabajador independiente a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo". De igual forma deberá procederse en caso que existan otras circunstancias que impidan la realización de la evaluación de puesto de trabajo, debiendo consignarse en el campo "indicaciones" la glosa "Calificación realizada con antecedentes parciales debido a la existencia de otras circunstancias que impiden la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

Si quien se opone injustificadamente a la evaluación de las condiciones de trabajo o no acusa recibo de las citaciones es el empleador, el caso deberá ser calificado como "enfermedad profesional" (tipo 3) o "enfermedad laboral sin incapacidad temporal o permanente" (tipo 5), según corresponda, consignándose en el campo "indicaciones" de la resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA) la siguiente observación: "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización de la entidad empleadora a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

La solicitud de reconsideración que la entidad empleadora eventualmente presente ante el organismo administrador, solo deberá ser admitida a trámite si en ella manifiesta su consentimiento para la realización del estudio de puesto de trabajo (EPT). En tal caso, el organismo administrador deberá realizar y tener en consideración los resultados de dicho estudio, para resolver la solicitud reconsideración.

Sin perjuicio de lo anterior, el organismo administrador deberá informar sobre la negativa del empleador, a la Inspección del Trabajo y/o a la Autoridad Sanitaria competente, mediante el formulario contenido en el [Anexo N°10 "Informe a entidades fiscalizadoras -formulario A"](#), de este Título.

Cuando la sintomatología del trabajador no pueda atribuirse a una enfermedad específica, la dolencia deberá ser calificada como tipo 12: "No se detecta enfermedad" y en el campo diagnóstico deberá consignarse: "Sin diagnóstico establecido luego de proceso de evaluación" y registrarse con el código CIE-10 "Z71.1."

No obstante, no podrá utilizarse la calificación tipo 12: "No se detecta enfermedad", cuando se hubiere prescrito reposo laboral.



LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis. Ley N°16.744 B. Derivación del trabajador 1. Resolución del primer organismo interviniente

1. Resolución del primer organismo interviniente

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

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

En especial, los organismos administradores de la Ley N°16.744, al realizar la calificación del cuadro del trabajador, deberán dar aplicación a los criterios y plazos contenidos en los Títulos II y III, de este Libro.

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

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

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

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

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

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

LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS TÍTULO V. Adecuación domiciliaria y contratación de cuidador B. Contratación de cuidador

B. Contratación de cuidador

+

Si las circunstancias del caso así lo ameritan, conforme a la evaluación efectuada por el organismo administrador, éste podrá proporcionar al inválido el auxilio de terceros, mediante la contratación de los servicios de un cuidador que le brinde asistencia en el desarrollo de los actos elementales de la vida en su casa habitación.

Sin embargo, si un gran inválido por su particular condición clínica puede desplazarse a otros lugares y es factible mantener la continuidad del servicio de cuidado domiciliario en esos otros lugares, debe otorgársele esa flexibilidad siempre que el trabajador o sus familiares directos lo soliciten de modo de permitir al equipo médico del organismo administrador evaluar el cumplimiento de ambas condicionantes y efectuar las coordinaciones necesarias con el personal encargado de otorgar el servicio.

En tales situaciones, se deberá elaborar un protocolo de atención que considere la prestación del servicio en un lugar distinto al de la casa habitación, considerando la evaluación de la condición clínica del paciente y de las condiciones de ese otro lugar. Además, dicho protocolo deberá precisar las obligaciones y compromisos que asume el paciente, incluido su deber de comunicar anticipadamente el cambio de lugar y por otra parte, las prestaciones que el servicio de cuidado domiciliario comprende.

LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral O. Duración máxima del subsidio

O. Duración máxima del subsidio

~~La~~ Según lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley N°16.744, la duración máxima del período de subsidios es de 52 semanas, prorrogable por otras 52 semanas, cuando sea necesario para el tratamiento del trabajador accidentado o enfermo o para atender su rehabilitación.

Se entenderá que se ha prorrogado el periodo de subsidio cuando, las Mutualidades emitan una Orden de Reposo o la COMPIN autorice una licencia médica, con cuyo reposo se excedan las 52 semanas.

El rechazo de la prórroga deberá ser fundado y puesto en conocimiento del interesado y del organismo administrador cuando corresponda, a más tardar dentro del plazo de 5 días hábiles, de emitida la resolución respectiva.

~~Los plazos señalados en el primer párrafo anterior, regirán independientemente para cada enfermedad o accidente que sufra el trabajador, a menos que la segunda enfermedad o accidente sea consecuencia, continuación o evolución de la primera, en cuyo caso los períodos se computarán como uno solo, según el artículo 31, Ley N°16.744.~~

Conforme precisa el artículo 53 bis del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, los plazos señalados en el citado artículo 31, regirán independientemente para cada enfermedad o accidente que sufra el trabajador, a menos que la segunda enfermedad o accidente sea consecuencia, continuación o evolución de la primera, en cuyo caso los períodos se computarán como uno solo.

Sin embargo, se debe considerar como una nueva contingencia, toda complicación derivada de la misma afección que dio origen a la declaración de invalidez y que incapacite temporalmente al trabajador luego de reintegrarse a su actividad laboral, por cuanto lo que se afecta en este caso, es su capacidad residual de trabajo y la posibilidad de obtener una renta de actividad, en virtud de su ejercicio.

Se configura así un nuevo estado de necesidad, que torna procedente el pago un nuevo período de subsidios por incapacidad laboral, en reemplazo de esas rentas de actividad.

LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO III. Prestaciones económicas por incapacidad permanente. Indemnizaciones y pensiones D. Pensiones de invalidez 13. Reevaluación y revisión de la incapacidad permanente

13. Reevaluación y revisión de la incapacidad permanente

+

Procederá que se reevalúe o revise la incapacidad permanente del accidentado o enfermo en las siguientes situaciones:

a) Artículo 61 de la Ley N° 16.744

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 61 de la Ley N° 16.744, cuando el inválido profesional sufre un nuevo accidente o enfermedad también de origen profesional, se deberá hacer una reevaluación de la incapacidad en función del nuevo estado que presente.

~~Si la reevaluación da derecho a una nueva prestación (cambio de pensión parcial a total), corresponde~~ En tal situación corresponderá determinar un nuevo sueldo base considerando las remuneraciones de los 6 últimos meses anteriores al nuevo accidente o al diagnóstico de la nueva enfermedad. De resultar el monto de la nueva pensión inferior al que ya se percibía (aunque sea por un porcentaje de incapacidad mayor), se deberá mantener el monto de la pensión de invalidez primitiva.

~~Sin embargo, cuando producto de la reevaluación, el grado de incapacidad se mantiene dentro de los márgenes de una invalidez parcial o invalidez total, según corresponda, no corresponde calcular nuevamente el beneficio.~~

Si la nueva incapacidad ocurre mientras el trabajador se encuentra afiliado a un organismo administrador distinto del que estaba cuando se produjo la primera incapacidad, será el último organismo el que deberá pagar en su totalidad, la prestación correspondiente al nuevo estado que finalmente presente el inválido. Pero si el anterior organismo administrador estaba pagando una pensión, deberá concurrir al pago de la nueva prestación con una suma equivalente al monto de dicha pensión.”

LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO III. Prestaciones económicas por incapacidad permanente. Indemnizaciones y pensiones H. Anexos

ANEXO N° 13

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL OTORGAMIENTO Y CÁLCULO DE LAS PENSIONES DE LA MADRE DE HIJOS DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL (MHFNM)

(No deberá solicitarse la documentación que ya haya sido presentada por otro beneficiario)

A. CAUSADAS POR TRABAJADOR DEPENDIENTE ACTIVO

Documentación que se deberá solicitar al EMPLEADOR:

1. Copia del contrato de trabajo vigente o finiquito, según corresponda, del empleador con quien ocurre el accidente laboral o se declara la enfermedad profesional (trabajadores del sector privado) o

Certificado que informe el monto de la remuneración imponible que percibe el funcionario, ya sea contrata o planta (trabajadores del sector público).

2. Liquidaciones de sueldo de los 6 meses inmediatamente anteriores al accidente o al diagnóstico de la incapacidad permanente en caso de enfermedad profesional.

NOTA: La madre de hijos de filiación no matrimonial podrá presentar aquella documentación que ha sido requerida al empleador, a fin de agilizar la tramitación de su beneficio.

Documentación que deberá entregar el BENEFICIARIO

1. Certificado de Cotizaciones del IPS o de la AFP respectiva, de los 6 últimos meses anteriores a la fecha del accidente del trabajador o certificado histórico de cotizaciones, en caso de fallecimiento por enfermedad profesional.

2. Si tiene hijos que sean carga familiar, deberá presentar copia de la autorización de la carga.

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública

+

3. Documentación Civil (Certificado de nacimiento de la MHFNM, certificado defunción del causante, Certificado de nacimiento de cada uno de los hijos con el nombre de ambos padres emitido con posterioridad al fallecimiento del causante).

4. Informe Social (ANEXO N°15)

5. Declaración jurada de soltería o que mantiene su estado de viudez. [Opcionalmente, el estado civil de soltera podrá ser acreditado con el “Informe de no matrimonio”, que puede ser solicitado en el Servicio de Registro Civil e Identificación.](#)

6. Certificado de Afiliación a ISAPRE de la beneficiaria, si corresponde.

7. ANEXO N° 7 “Declaración Jurada Simple”.

B. CAUSADA POR TRABAJADOR INDEPENDIENTE ACTIVO

1. Certificado de Cotizaciones de la AFP respectiva, de los 6 últimos meses anteriores a la fecha del accidente del trabajador o certificado histórico de cotizaciones en caso de fallecimiento por enfermedad profesional.

2. Si tiene hijos que sean carga familiar, deberá presentar copia de la autorización de la carga.

3. Documentación Civil (Certificado de nacimiento de la MHFNM, certificado defunción del causante, Certificado de nacimiento de cada uno de los hijos con el nombre de ambos padres emitido con posterioridad al fallecimiento del causante).

4. Informe Social (ANEXO N° 15).

5. Declaración jurada de soltería o que mantiene su estado de viudez. [Opcionalmente, el estado civil de soltera podrá ser acreditado con el “Informe de no matrimonio”, que puede ser solicitado en el Servicio de Registro Civil e Identificación.](#)

6. Certificado de Afiliación a ISAPRE de la beneficiaria, si corresponde.

C. CAUSADAS POR UN PENSIONADO DE LA LEY N° 16.744

Documentación que deberá entregar el BENEFICIARIO

1. Si tiene hijos que sean carga familiar, deberá presentar copia de la autorización de la carga.

2. Documentación Civil (Certificado de nacimiento de la MHFNM, certificado defunción del causante, Certificado de nacimiento de cada uno de los hijos con el nombre de ambos padres emitido con posterioridad al fallecimiento del causante).

3. Informe Social (ANEXO N°15).

4. Declaración jurada de soltería o que mantiene su estado de viudez. [Opcionalmente, el estado civil de soltera podrá ser acreditado con el “Informe de no matrimonio”, que puede ser solicitado en el Servicio de Registro Civil e Identificación.](#)

5. Certificado de Afiliación a ISAPRE de la beneficiaria, si corresponde.

~~Agregar el siguiente texto, cuando la aplicación se encuentre habilitada: “Se podrá consultar el estado del trámite ingresando al banner disponible en el sitio web del organismo administrador.~~

LIBRO VII. ASPECTOS OPERACIONALES Y ADMINISTRATIVOS

Título I. Gobierno corporativo

A. Juntas generales de adherentes

B. El directorio y principales ejecutivos

Capítulo V. Evaluación de la Gestión

+

La mutualidad debe realizar periódicamente una autoevaluación del estado del gobierno corporativo de la entidad.

Específicamente, la mutualidad deberá generar un informe de autoevaluación de buenas prácticas de gobierno corporativo conforme al [Anexo N°1: "Informe de autoevaluación de buenas prácticas de gobierno corporativo"](#). Este informe deberá ser publicado en el sitio web de la propia mutualidad en el "banner" denominado "TRANSPARENCIA", según lo instruido en el [Capítulo I, Letra B, Título III. Difusión y transparencia](#), del presente Libro VII.

El informe deberá ser conocido por el directorio y remitido a la Superintendencia de Seguridad Social a más tardar el ~~día 31 de marzo~~ [último día de febrero](#) de cada año, todo en referencia a la evaluación del año calendario anterior.

La autoevaluación se basará en indicadores que deben ser claros, objetivos y verificables por parte de la Superintendencia de Seguridad Social.

- C. Comités del directorios
- D. Formalidades y funcionamiento
- E. Políticas, manuales y planes
- F. Conflictos de intereses y código de ética, conducta y buenas prácticas
- G. Sociedades u organismos Filiales
- H. Anexos

ANEXO N°1

INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE GOBIERNO CORPORATIVO

El informe de autoevaluación instruido en el número 1, del Capítulo V, Letra B, Título I del Libro VII, será ejecutado según la siguiente periodicidad:

Informe	Fecha límite de realización, envío o publicación	Publicación o envío
Autoevaluación de buenas prácticas de gobierno corporativo	31 de marzo último día de febrero de cada año, respecto al 31 de diciembre del año calendario anterior.	Publicación en sitio web de la mutualidad en banner denominado "TRANSPARENCIA", según lo instruido en el Capítulo I, Letra B, Título III. Difusión y transparencia, del Libro VII. Siguiendo el formato de la Tabla: "Buenas Prácticas de Gobierno Corporativo" del presente anexo.

Título II. Gestión interna de ~~las Mutualidades~~ [los organismos administradores](#)

A. Auditorías externas

(...)

B. Sistema de control interno

(...)

C. [Acuerdos de directorio y resoluciones del Instituto de Seguridad Laboral \(ISL\)](#)

[Capítulo I. Acuerdos de directorio](#)

1. Observación de acuerdos

~~La Superintendencia de Seguridad Social observará todo acuerdo de directorio de las mutualidades que estime contrario a las leyes vigentes o al interés de éstas.~~

Deben remitirse a la Superintendencia de Seguridad Social las actas de directorio relacionadas con las siguientes materias, sin perjuicio de aquellas que deben someterse a consulta de este organismo fiscalizador, por disposición expresa de ley:

+

1. Creación y supresión de agencias u oficinas;
2. Inversión en nuevos hospitales y clínicas, y
3. Formación, constitución, integración y aportes a entidades con participación de la mutualidad respectiva.

2. Acuerdo de directorio de las transacciones judiciales y extrajudiciales

De conformidad con lo dispuesto en el inciso sexto del artículo 12 de la Ley N°16.744, las mutualidades de empleadores deben elevar en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social, los acuerdos de directorio que se refieran a transacciones judiciales o extrajudiciales.

En concordancia con esa obligación y con las facultades que el inciso final del mismo artículo confiere a la Superintendencia, las mutualidades deberán someter a acuerdo de directorio, toda transacción judicial y extrajudicial cuya cuantía, determinada o determinable, sea igual o superior a 1000 UF.

- 2.3. Plazo para pronunciarse sobre la legalidad y/o conveniencia de los acuerdos de directorio sometidos en consulta

La Superintendencia de Seguridad Social observará todo acuerdo de directorio de las mutualidades que estime contrario a las leyes vigentes o al interés de éstas.

Conforme al artículo 46 de la Ley N°16.395, la Superintendencia de Seguridad Social deberá pronunciarse sobre la conveniencia y/o legalidad del acuerdo de directorio, por escrito y dentro del plazo de siete días hábiles contado desde la fecha en que conste su recepción en la Superintendencia de Seguridad Social.

Lo anterior, salvo que se requieran mayores antecedentes para emitir el correspondiente pronunciamiento, en cuyo caso podrá disponerse la suspensión del acuerdo sometido en consulta.

Una vez que la Superintendencia de Seguridad Social cuente con la totalidad de los antecedentes que hubiera motivado la suspensión, ésta deberá pronunciarse sobre la conveniencia y/o legalidad del acuerdo de directorio, dentro del plazo de siete días hábiles contado desde la fecha en que conste la recepción de tales antecedentes.

- 3.4. Facultad de los directorios de insistir en acuerdos observados por razones de inconveniencia

Los directorios sólo podrán insistir en los acuerdos que hubieren sido observados por este organismo en razón del interés de la respectiva institución.

Para insistir en los acuerdos observados, los directorios deberán adoptar, con los votos de dos tercios de sus integrantes, un acuerdo en este sentido, el que deberá ser comunicado a la Superintendencia de Seguridad Social, dejado constancia de la forma en que votó cada director.

La institución deberá adoptar todas las medidas necesarias para velar por el adecuado cumplimiento del acuerdo insistido y registrar sus resultados.

Una vez ejecutado el acuerdo insistido, la institución deberá informar a la Superintendencia de Seguridad Social de sus resultados, dentro de los treinta días corridos siguientes a su cumplimiento y con la periodicidad que dicha Superintendencia determine en cada caso.

Si como consecuencia del cumplimiento de un acuerdo insistido, se siguiere perjuicio para la Institución, la Superintendencia de Seguridad Social deberá instruir el procedimiento sancionatorio que corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 52, 55 y 56 de la Ley N°16.395.

En el evento que de los procedimientos sancionatorios resultare comprometida la responsabilidad de directores, consejeros, vicepresidentes o administradores de la institución, éstos responderán solidariamente por los perjuicios que haya irrogado a la entidad o a los beneficiarios de los regímenes de previsión que administren. En el mismo supuesto, la Superintendencia de Seguridad Social podrá aplicarles las sanciones previstas en el artículo 57 de la Ley N°16.395, sin perjuicio de las responsabilidades penales y civiles que procedan.

4.5. Completitud y contenido de los acuerdos de directorio

Los acuerdos de directorio que las mutualidades eleven en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social, deberán ser suficientemente completos, de manera que de la sola lectura del texto del acuerdo se pueda formar una opinión respecto del mismo.

Los acuerdos de directorio que las mutualidades eleven en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social, deberán especificar e individualizar claramente los estudios, informes y cualquier otro antecedente relevante que hubiese servido de sustento a la decisión adoptada por el directorio y de los cuales se deberá dejar constancia en el libro de actas.

Dicha documentación o antecedentes, deberá remitirse junto al acuerdo que se adopte y quedar almacenados junto a las actas.

5.6. Especificidad de los acuerdos de directorio relativos a los proyectos de inversión inmobiliaria

Los acuerdos relativos al desarrollo de un proyecto de inversión en infraestructura, cualquiera sea el motivo, deberán formularse especificando claramente los aspectos relevantes de su ejecución que correspondan, tales como:

- b. El monto a invertir.
- c. Tipo de financiamiento.
- d. Valoración económica del proyecto.
- e. Unidad o ejecutivo responsable del proyecto.
- f. Benchmarck en aspectos relevantes.
- g. Tasaciones.
- h. Bases del procedimiento de licitación al que se someterá.
- i. Plazo para su ejecución e implementación.
- j. Características de la distribución de los espacios.
- k. Estándares de calidad en la construcción y habilitación.
- l. Atenciones y/o servicios o prestaciones que en sus dependencias se otorgarán a los trabajadores, sus familiares o entidades empleadoras; etc.

6.7. Constitución y modificación de sociedades u organismos donde las mutualidades tengan participación indirecta

La constitución y modificación de sociedades u organismos en que las mutualidades tengan participación indirecta, una vez aprobada por su directorio, deberá remitirse en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social. Al respecto, se entenderá por participación indirecta, aquella que tengan las mutualidades en otras sociedades a través de una sociedad u organismo filial.

Lo anterior, a objeto de que la Superintendencia de Seguridad Social ejerza su labor fiscalizadora en forma oportuna y se pronuncie respecto de la conveniencia y legalidad de dicho acuerdo, por cuanto los recursos económicos destinados por una sociedad u organismo filial a la constitución o modificación de una nueva sociedad u organismo, compromete recursos que corresponden al Seguro Social de la Ley N°16.744, que son administrados por la mutualidad, los cuales previamente aportó a la sociedad u organismo filial respectivo.

7.8. Remisión de los acuerdos de directorio de las sociedades u organismos filiales donde las mutualidades tengan participación directa e indirecta

Las mutualidades deberán remitir, para conocimiento, los acuerdos de directorio de las sociedades u organismos en que tengan participación directa e indirecta, relativos a inversiones, a más tardar, el último día del mes siguiente al que fue adoptado dicho acuerdo.

+

Los acuerdos de directorio remitidos deberán acompañarse de un informe que contengan a lo menos, aspectos tales como: objetivo, justificación, monto de la inversión, financiamiento, etc.

8-9. Acuerdos adoptados en las sesiones del directorio relativos a modificación de estatutos

La aprobación de un proyecto de modificación de los estatutos de la mutualidad, que debe ser realizada en sesión de directorio, se considerará hecho relevante que debe ser informado a la Superintendencia de Seguridad Social en un plazo máximo de 24 horas desde dicha aprobación. Lo anterior, previo a ser presentado a la deliberación y aprobación del proyecto por parte de la junta general de adherentes. En el caso que la Superintendencia de Seguridad Social formule observaciones, éstas deberán ser consideradas y subsanadas y solo entonces podrá ser presentado a la junta general de los adherentes. En caso que esta instancia modifique o complemente la propuesta, ésta deberá ser sometida al procedimiento antes señalado. Lo anterior, en virtud de las facultades otorgadas a la Superintendencia de Seguridad Social mediante la Ley N°16.395.

9-10. Remisión del plan de inversiones aprobado por el directorio

Las mutualidades deben remitir a la Superintendencia de Seguridad Social el plan de inversiones para cada año, dentro de los 15 días corridos siguientes al de su aprobación por el directorio.

En caso que el directorio de la mutualidad apruebe un plan de inversiones de más largo plazo, también deberá remitirse a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 15 días señalado.

Cualquier modificación al plan de inversiones que haga el directorio de una mutualidad, deberá remitirse a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del mismo plazo de 15 días antes citado.

El plan de inversiones en cuestión, abarca cualquiera sea el tipo de inversiones aprobadas por su directorio, como por ejemplo las inversiones relacionadas a la infraestructura hospitalaria y no hospitalaria (adquisiciones, ventas, ampliaciones, remodelaciones, etc.), licencias, software, bienes muebles e inmuebles, vehículos, leasing, inversiones financieras, etc.

La remisión de lo señalado no constituye una aprobación por parte de la Superintendencia de Seguridad Social de los planes de inversiones acordados por el directorio de la mutualidad, toda vez que lo solicitado tiene como finalidad el tomar conocimiento de las inversiones que están realizando las mutualidades y/o que implementarán a futuro.

11. Remisión de los acuerdos de directorio al Sistema de Gestión de Reportes e Información para Supervisión (GRIS)

Los acuerdos de directorio que deban ser elevados en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social y los que se remitan solo para su conocimiento, deberán ser reportados al sistema GRIS, en la forma y oportunidad establecida en letra E. Acuerdos de Directorio., del Capítulo III. Nombres de archivos de texto, del Anexo N°30 Formato de los archivos del sistema GRIS; y en letra B) Envío de archivos de texto., del ANEXO N°31 Calendario de envío de los archivos del sistema GRIS, ambos de la Letra C, Título II, del Libro IX.

De igual modo, deberán reportar al sistema GRIS, en la forma y plazos establecidos en la citada Letra B, la información de toda transacción judicial o extrajudicial ejecutada, incluidas aquellas cuya cuantía fuere inferior al monto señalado en el número 2 precedente y las que habiendo sido aprobadas por acuerdo de directorio, no fueron ejecutadas.

Capítulo II. Resoluciones del ISL

De conformidad con el artículo 4° del Decreto Ley N°49, de 1973, el ISL deberá elevar en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social, todas las resoluciones que se refieran a transacciones judiciales y extrajudiciales y aquellas cuyo cumplimiento les merezca dudas de legalidad o conveniencia.

La Superintendencia se pronunciará sobre esas resoluciones en los términos establecidos en el artículo 46 de la Ley N°16.395 y en el número 3 del Capítulo anterior.

+

Además, dicho Instituto deberá remitir al Sistema GRIS la información relativa a esas transacciones, en la forma y oportunidad establecida en la Letra B, Título II, del Libro IX.

C-D. Incentivos para la afiliación y mantención de entidades empleadores y trabajadores independientes (...)

D-E. Filiales y coligadas (...)

E-F. Plan Anual de auditorías (...)

G. Deterioro y castigo de las cuentas por cobrar del Instituto de Seguridad Laboral (ISL)

El ISL deberá contar con una política de deterioro y castigo de las cuentas por cobrar previsionales y no previsionales, la que deberá someter a la revisión de la Superintendencia de Seguridad Social, previo a su aprobación por el Director de ese Instituto.

En todo caso, para la declaración de incobrabilidad de las deudas previsionales de sus afiliados deberá ajustarse al procedimiento establecido en el artículo 35 de la Ley N°17.322 y para el castigo de las deudas no previsionales, al procedimiento del artículo 19 de la Ley N°18.382.

LIBRO VII. ASPECTOS OPERACIONALES Y ADMINISTRATIVOS TÍTULO III. Difusión y transparencia

E. Comunicación de hechos relevantes

A. Difusión

B. Información en sitios web

C. Mecanismos de denuncia de ilegalidades, fraudes e irregularidades

D. Proceso de compras

E. Comunicación de hechos relevantes

1. Hechos relevantes que deben informarse a la Superintendencia de Seguridad Social

Los organismos administradores deberán informar todo acontecimiento, circunstancia o antecedente, de ocurrencia no frecuente o periódica, que tenga o pueda tener una influencia significativa en su gestión administrativa, operacional o económica financiera o en términos de la oportunidad de las prestaciones de seguridad social que otorgan a los pensionados, a los trabajadores dependientes y a los trabajadores independientes adheridos.

Por lo tanto, los organismos administradores deberán informar a la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de 24 horas desde su ocurrencia, o bien desde que tomó conocimiento, los hechos relevantes que puedan ser o no cuantificados en monto, ya sea por desconocimiento del impacto, o por ser un hecho de magnitudes incalculables al momento de ocurrido.

A continuación se presentan ejemplos de hechos relevantes que los organismos administradores deben reportar:

- a. La ocurrencia de cualquier siniestro susceptible de generar pérdidas de un monto igual o superior a diez mil unidades de fomento o equivalentes a un 5% o más del patrimonio de los organismos administradores.
- b. Cambios de estructura organizacional y de administración superior (directores, gerente general, fiscal, auditor interno y gerente de divisiones o áreas).
- c. Eventuales dificultades para el cumplimiento de los niveles de reservas o inversiones financieras que respalden dichas reservas o bien, rebajas importantes en sus niveles.
- d. Compra, venta, constitución, fusión o término de giro de una sociedad u organismo filial.
- e. Apertura y cierre de oficinas y establecimientos de atención para otorgar prestaciones del Seguro de la Ley N°16.744.
- f. Apertura y cierre de procesos judiciales en contra del organismo administrador, como también efectuados por éste, por sumas superiores a diez mil unidades de fomento. [Se](#)

+

[exceptúa el cierre de aquellos juicios, cualquiera fuere su cuantía, a los que se hubiere puesto término en virtud de una transacción judicial.](#)

LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales CAPÍTULO II. Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (DIAT y DIEP) 4. Remisión de la DIAT y DIEP al SISESAT

4. Remisión de la DIAT y DIEP al SISESAT

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán remitir al SISESAT todas las denuncias originadas respecto del mismo caso, sin perjuicio que éstos deban luego remitir una denuncia consolidada que dé cuenta sistematizadamente de los datos contenidos en los formularios de denuncia que se refieran al mismo caso concreto. Será este último documento electrónico consolidado al que se le aplicarán las validaciones del sistema de información.

[Si durante el tratamiento médico de las secuelas de un accidente del trabajo, o de una enfermedad profesional, el trabajador sufre un nuevo accidente mientras se encuentra en los establecimientos asistenciales del organismo administrador o de los centros médicos con los que mantiene convenio, o bien, en los traslados de ida y regreso a dichos centros, ese nuevo siniestro debe ser considerado como un hecho distinto del accidente o enfermedad primitivos, por lo que deberá generarse una Denuncia Individual de Accidente del Trabajo \(DIAT\) y una Resolución de Calificación de Origen de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales \(RECA\) independiente, para la calificación de esa nueva contingencia.](#)

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán registrar en sus propios sistemas, la identificación del caso, los datos del trabajador, los datos del empleador, según corresponda, los datos relacionados con el accidente o enfermedad, más todos aquellos datos relevantes de las actividades de proceso anteriormente mencionadas; debiendo construir en base a ello, los documentos electrónicos XML antes señalados, de acuerdo a las especificaciones que se entregan.

Será obligación de los organismos administradores y de los administradores delegados remitir al SISESAT el documento electrónico respectivo (XML), ajustándose al esquema definido para estos efectos en el número 2. anterior, para lo cual podrán darse dos posibilidades:

- a) Que el documento original sea generado en soporte papel, en este caso será responsabilidad del organismo administrador o del administrador delegado, integrar los datos de éste en el documento electrónico respectivo y luego remitirlo al sistema de información. Dicho proceso resulta de especial relevancia, puesto que en esta actividad se estará generando una copia electrónica del original en papel, bajo la responsabilidad de la entidad que efectúe dicho proceso. Es por ello que, para todos los efectos, se requiere que el documento original en soporte papel sea debidamente almacenado y custodiado por el respectivo organismo administrador o del administrador delegado, según la normativa legal vigente, o
- b) Que el documento original sea generado electrónicamente, en cuyo caso será responsabilidad del organismo administrador o del administrador delegado receptionar, almacenar y remitir al sistema de información el documento electrónico respectivo. En este caso, además de cumplir con las especificaciones propias del esquema oficial, se deberán cumplir las normas asociadas al uso de documento electrónico que establece nuestra legislación.

Cuando un organismo administrador o administrador delegado remita una denuncia, el SISESAT le asignará un Código Único Nacional (CUN), de forma tal que luego será responsabilidad del propio organismo administrador o del administrador delegado, enviar todo documento electrónico que diga relación con tal denuncia, referenciándolo al código señalado, a efectos de poder conformar el expediente respectivo.

LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES TÍTULO II. Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS)

TÍTULO II. Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS)

A. Antecedentes generales



El Sistema de Gestión de Reportes e Información para Supervisión (GRIS), tiene por objetivo facilitar el cumplimiento de la normativa vigente relativa al control de la administración del seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales, apoyando las tareas de supervisión y monitoreo de cumplimiento de la referida normativa y entregando información actualizada, tanto de los afiliados como de los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 y sus prestaciones.

El sistema de información incluye una herramienta de reporte a disposición de las entidades participantes, que tiene por finalidad facilitar la entrega de información a la Superintendencia de Seguridad Social, sirviendo de fuente centralizada de reporte, con instancias de validación oportunas, procesos de autenticación de usuario y certificación de los datos enviados.

Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 serán las entidades encargadas de proveer los datos necesarios y mantener actualizado el sistema de información.

B. Modelo de reporte

Los organismos administradores deberán realizar el envío periódico de las nóminas de datos, archivos de resumen y mantener constantemente actualizadas las bases de datos solicitadas, de acuerdo a las siguientes instrucciones, según la estructura y alcance definidas en el [Anexo N° 29 "Detalle de los archivos y campos del sistema GRIS"](#), [Anexo N°30 "Formato de los archivos del sistema GRIS"](#), y [Anexo N°31 "Calendario de envío de los archivos del sistema GRIS"](#).

1. Antecedentes de trabajadores pensionados, empresas e información relacionada al organismo administrador

Archivo "A01": Trabajadores Protegidos	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los trabajadores que se encuentran protegidos por el Seguro de la Ley N°16.744.
Archivo "A02": Cotizaciones Trabajadores	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los trabajadores, relacionada con las cotizaciones percibidas por los organismos administradores, correspondientes a cotizaciones vigentes, morosas o pagadas por adelantado.
Archivo "A03": Cotizaciones Empresas	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las empresas relacionada con las cotizaciones percibidas por los organismos administradores, correspondientes a cotizaciones vigentes, morosas o pagadas por adelantado.
Archivo "A04": Cotizaciones Adeudadas	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información del stock de las cotizaciones adeudadas, registradas por los organismos administradores.
Archivo "A05": Empresas Adherentes y Afiliadas	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las empresas adherentes y afiliadas a los organismos administradores.
Archivo "A06": Trabajadores independientes	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los trabajadores independientes que se encuentran registrados en el organismo administrador.
Archivo "I01": Trabajadores Mutualidad	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las personas que trabajan en la mutualidad.
Archivo "I02": Centro de Atención y Oficinas	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los centros de atención y oficinas dispuestos por los organismos administradores para atender al público.

Archivo "I03": Registro de Consultas y Reclamos	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información del Registro de Consultas y Reclamos, según lo definido en la Letra G., Título III, Libro VII, sobre Gestión de Consultas y Reclamos.
Archivo "I04": Tiempos de Espera en la Atención Médica y Traslado	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los tiempos de espera en la atención médica y en el traslado de pacientes, según lo dispuesto en las letras c) y e), número 2, Letra A, Título II, Libro V.
Archivo "I05": Sociedades u organismos filiales	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las sociedades u organismos filiales vinculados, directa o indirectamente, con la mutualidad e independiente del porcentaje de participación que tenga en la propiedad de tales entidades.
Archivo "I06": Directores de las sociedades u organismos filiales	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los directores que participan en las sociedades u organismos filiales vinculados con la mutualidad.
Archivo "R01": Pensionados	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los pensionados vigentes y en proceso de tramitación de pensión registrados por los organismos administradores.
Archivo "R02": Concurrencias por Pagar	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las concurrencias por pagar por concepto de pensiones que registra el organismo administrador.
Archivo "R03": Gastos por Prestaciones Médicas	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los gastos por prestaciones médicas otorgadas por los organismos administradores.
Archivo "R04": Gastos por Subsidios	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los gastos por subsidios devengados o pagados por los organismos administradores.
Archivo "R05": Gastos por Indemnizaciones	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los gastos por indemnizaciones devengadas o pagadas por los organismos administradores.
Archivo "R06": Reserva por Prestaciones Médicas	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los antecedentes de todos los expuestos vigentes que generan obligaciones de otorgar prestaciones médicas, hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por el accidente del trabajo, de trayecto o la enfermedad profesional, al cierre del mes de la información reportada.
Archivos "resúmenes": Documento Electrónico de Resumen	Corresponde a un archivo XML que deberá contener un resumen de la información detallada en los archivos individualizados en el presente numeral. El detalle de los campos y el formato requerido, se encuentran publicados en la dirección www.suseso.cl en el link denominado " GRIS Mutuales ".

2. Información de gestión de riesgos

+

Archivo "G01": Eventos de Riesgo Operacional	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los eventos de riesgo operacional, según lo definido en el Capítulo V, Letra B, Título IV, Libro VII .
Archivo "G02": Impactos de Riesgo Operacional	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los impactos de riesgo operacional, según lo definido en el Capítulo V, Letra B, Título IV, Libro VII .
Archivo "G03": Recuperación de Riesgo Operacional	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las recuperaciones de riesgo operacional, según lo definido en el Capítulo V, Letra B, Título IV, Libro VII .
Archivo "G04": Medición de Riesgo Técnico	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los flujos considerados en la medición de riesgo técnico, según lo definido en el Capítulo I, Letra B, Título IV, Libro VII .
Archivo "G05": Medición del Riesgo Mercado	Corresponde a un archivo plano que deberá contener información respecto a la medición del riesgo de mercado, según lo descrito en el Capítulo II, Letra B, Título IV, Libro VII .
Archivo "G06": Brechas de Liquidez	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los flujos de ingresos y egresos definidos en el modelo de brechas de liquidez, según lo descrito en la letra a), número 2, Capítulo IV, Letra B, Título IV, Libro VII .
Archivo "G07": Ratios Liquidez	Corresponde a un archivo plano que deberá contener información detallada sobre los ratios de liquidez definidos en la letra b), número 2, Capítulo IV, Letra B, Título IV, Libro VII .
Archivo "G08": Medición del Riesgo de Crédito	Corresponde a un archivo plano que deberá contener información detallada sobre la medición de riesgo de crédito según lo descrito en el Capítulo III, Letra B, Título IV, Libro VII .
Archivo "G09": Castigos de Deudas Previsionales y no Previsionales	Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las deudas previsionales y no previsionales que son sometidas a la aprobación de la declaración de incobrabilidad a la Superintendencia de Seguridad Social para proceder a efectuar el castigo de las deudas por parte del organismo administrador.
Archivo "G10": Transacciones judiciales y extrajudiciales	Corresponde a un archivo plano que deberá contener información detallada sobre las transacciones judiciales y extrajudiciales definidas en número 11, Capítulo I, letra J, Título II, LIBRO VII.
Archivos "resúmenes": Documento	Corresponde a un archivo XML que deberá

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública

+

Electrónico de Resumen	contener un resumen de la información detallada en los archivos individualizados en el presente numeral. El detalle de los campos y el formato requerido, se encuentran publicados en la página web de la Superintendencia de Seguridad Social, en el link denominado " GRIS Mutuales ".
-------------------------------	--