

DEPARTAMENTO ACTUARIAL

CIRCULAR N° 1.039

SANTIAGO, 25 de Junio de 1987

SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES. IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS INSTITUCIONES QUE OPERAN DIRECTAMENTE CON EL FONDO UNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES Y SUBSIDIOS DE CESANTIA, EXCEPTUANDO CAJAS DE PREVISION Y CAJAS DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR, SOBRE EL PRESUPUESTO PARA EL EJERCICIO DEL AÑO 1987.

Por Decreto Supremo N°86, de 1986, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, publicado en el Diario Oficial de 9 de mayo de 1987, se aprobó el Programa del Fondo Unico de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía para el ejercicio del año 1987, en conformidad a lo dispuesto por el DFL. N°150, de 1981, del mismo Ministerio.

Luego, para efectos de regularizar la operatoria con el Sistema Unico de Prestaciones Familiares, el Superintendente infrascrito viene en impartir las siguientes instrucciones las que son obligatorias para todas las instituciones que operan directamente con el Fondo Unico, con excepción de las cajas de previsión y las cajas de compensación de asignación familiar.

- 1.-Las instituciones afectas al Sistema deberán operar sobre la base del Presupuesto vigente, vale decir, no podrán excederse de la cantidad máxima anual de aporte fiscal indicada en el anexo adjunto, para cada entidad en particular.
- 2.-Las instituciones podrán efectuar sólo un giro global mensual, por el monto máximo autorizado por esta Superintendencia, e informado en su oportunidad.

Dicho giro se podrá efectuar a partir del día 15 de cada mes y se utilizará para financiar las asignaciones familiares que se paguen en el mismo mes.

Cuando el gasto real mensual supere el monto máximo autorizado, podrán efectuar un giro extraordinario por la diferencia resultante, previa autorización de esta Superintendencia.

Ahora bien, cuando el monto máximo mensual del giro autorizado es superior al gasto real del mes, la diferencia que resulte deberá ser depositada en la cuenta corriente N°901034-3 del Banco del Estado de Chile, a más tardar el día 15 del mes siguiente al que corresponda e se excedente. Lo anterior en caso de no efectuarse el giro por el monto equivalente al gasto real mensual.

- 3.- Por tratarse de manejo de fondos fiscales, los cheques deben ser extendidos nominativos, cruzados y a nombre de la institución giradora.
- 4.- En el caso que se deba anular un cheque de la cuenta corriente N°901034-3 - Sistema Unico de Prestaciones Familiares del Banco del Estado de Chile, esa Institución deberá comunicarlo a esta Superintendencia en un plazo máximo de 5 días hábiles remitiendo la fotocopia del cheque anulado. El original se deberá adjuntar al talonario de cheques que se encuentra en poder de esa Institución giradora.
- 5.- Inmediatamente después de efectuado un giro, la institución deberá comunicarlo a esta Superintendencia, adjuntando para tales efectos, fotocopia del cheque y comprobante de giro del mismo. En el caso de los depósitos debe enviarse a este Organismo Contralor la copia de la boleta de depósito y su respectivo comprobante.
- 6.- Por otra parte, la información financiera y estadística deberá remitirse mensualmente con un desfase máximo de 15 días respecto al mes que se informa, en los formularios que para tal efecto se adjuntan.

Saluda atentamente a Ud.,



de la Cerda
 SENATO DE LA CERDA ETCHEVERS
 SUPERINTENDENTE

DISTRIBUCION

- Instituciones Descentralizadas
 - Servicios de Salud
 - Universidades e Inst. Profesionales
 - Mutualidades de Empleadores de la Ley N°16.744
 - Administradoras de Fondos de Pensiones
- Compañías de Seguros

C C A F
 No.

NOTA: En el monto de asignación familiar se debe incluir las asignaciones familiares de inválidos.

A N E X O

PRESUPUESTO AÑO 1987

SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES

INSTITUCION.....

(miles de pesos)

GASTO ASIGNACION FAMILIAR

ELIANA QUIROGA AGUILERA
JEFE DEPARTAMENTO ACTUARIAL

NOTA: En el monto de asignación familiar se debe incluir las asignaciones familiares de inválidos.

A N E X O

SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES
 Información Financiera Mensual

_____ DE _____ DE 19__

Nombre institución informante

Mes a que corresponde la información

A.- INGRESOS

Aporte fiscal girado en el mes \$.....
 Reintegros de asignación familiar \$.....
 TOTAL INGRESOS \$.....

B.- EGRESOS

Asignación Familiar Pasivos \$.....
 Asignación Familiar Retroactiva Pasivos \$.....
 TOTAL EGRESOS \$.....

C.- DEFICIT - EXCEDENTE (A-B) \$.....
 (Tarjar lo que no corresponde)

 Nombre, Firma y Timbre
 Jefe de la Institución

INFORMACION ESTADISTICA DEL FONDO UNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES

D.F.L. N° 150, DE 1981

INSTITUCION

MES

CUADRO I

NUMERO Y MONTO DE ASIGNACIONES FAMILIARES PAGADAS, SEGUN TIPO DE ASIGNACION

TIPO DE ASIGNACION	NUMERO	MONTO (en \$)
Familiar		
Invalidez		
T O T A L		

CUADRO II

NUMERO DE CAUSANTES DE ASIGNACION FAMILIAR SEGUN CALIDAD DEL CAUSANTE
Y NUMERO DE BENEFICIARIOS

CALIDAD DEL CAUSANTE	NUMERO
	Cónyuge
Hijos	
Ascendientes	
Otros	
TOTAL CAUSANTES	
BENEFICIARIOS	

A N E X O

SISTEMA UNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES

Información Financiera Mensual

Nombre institución informante

Mes a que corresponde
la información

A. INGRESOS

Aporte fiscal girado en el mes	\$.....	
Reintegros de asignación familiar	\$.....	
Imposiciones rezagadas	\$.....	
TOTAL INGRESOS		\$.....

B. EGRESOS

Asignación Familiar Activos	\$.....	
Asignación Familiar Subsidiados Cesantía	\$.....	
Asignación Familiar Subsidiados Enfermedad	\$.....	
Asignación Familiar Retroactiva	\$.....	
TOTAL EGRESOS		\$.....

C. DEFICIT - EXCEDENTE MES (A-B)		\$.....
(Tarjar lo que no corresponde)		

_____, DE _____ DE 19____

Nombre, Firma y Timbre del
Jefe de la Institución

NOTA: En el monto de asignación familiar se debe incluir tanto la asignación familiar maternal como la asignación familiar de inválido.

INSTITUCION.....

MES.....

C U A D R O I

NUMERO Y MONTO DE ASIGNACIONES FAMILIARES PAGADAS, SEGUN TIPO DE ASIGNACION

TIPO DE ASIGNACION	NUMERO	MONTO (en \$)
FAMILIAR		
MATERNAL		
INVALIDEZ		
TOTAL		

C U A D R O II

NUMERO DE BENEFICIOS DE ASIGNACION FAMILIAR Y NUMERO DE CARGAS PAGADAS, SEGUN CALIDAD DEL BENEFICIARIO

CALIDAD DEL BENEFICIARIO	N° DE BENEFICIARIOS(*)	N° DE CARGAS PAGADAS
ACTIVOS		
SUBSIDIADOS POR CESANTIA		
SUBSIDIADOS POR ENFERMEDAD		
TOTAL		

(*)Esta información se completará sólo en los meses de junio y diciembre de cada año.

C U A D R O III

NUMERO DE CAUSANTES DE ASIGNACION FAMILIAR, SEGUN SU CALIDAD

CALIDAD DEL CAUSANTE	N° DE CAUSANTES
CONYUGE	
HIJOS	
ASCENDIENTES	
OTROS	
TOTAL	

NOTA: Este cuadro deberá ser enviado solamente con la información de los meses de junio y diciembre de cada año.