



**CIRCULAR N° 3797 / 27-11-2023**  
Correlativo Interno N° 6958

**REFUNDE, MODIFICA Y COMPLEMENTA INSTRUCCIONES SOBRE  
ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL POR  
LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN DE ASIGNACIÓN FAMILIAR.  
DEROGA CIRCULARES QUE INDICA**



La Superintendencia de Seguridad Social en uso de las atribuciones que le confiere la Ley N°16.395, Orgánica del Servicio y la Ley N°18.833, que contiene el Estatuto Orgánico de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (C.C.A.F.), ha considerado necesario refundir, modificar y complementar las instrucciones impartidas a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, en adelante C.C.A.F., relativas a la administración del Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral y la información financiera, estadística y de respaldo que mensualmente deberán remitir a este Organismo Fiscalizador.

## **I. 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 superávit o déficit que se produzcan se aplicará lo establecido en el artículo 14 del DL 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 déficit 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 DFL 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.

## **II. PAGO DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES**

### **1. PAGO DIRECTO DE SUBSIDIOS A LOS BENEFICIARIOS**

Las C.C.A.F. podrán 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 las C.C.A.F. podrán 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 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 lo cual, deberán 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. Las 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, las C.C.A.F. podrán 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 deberán 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, las C.C.A.F. deberán 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.

## **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 DFL N°1, de 1996, 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 DFL 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 DFL 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 DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud y 19 del DFL 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, aun 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 DFL N°44, de 1978, y las cotizaciones de

acuerdo con lo establecido en el artículo 22 del citado DFL 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 DFL 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, aun cuando no hubiere sido redictaminada por la COMPIN o Sub COMPIN.

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 y 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. 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. 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.

### **4. PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES POR SUBSIDIOS**

El artículo 22 del D.F.L. N° 44, de 1978, y el del 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.

## **5. PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO A COBRO DE SUBSIDIOS**

De acuerdo con lo establecido en el inciso segundo del artículo 155 del D.F.L. N°1, de 2005, 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.

Por otra parte, el inciso tercero del artículo 155 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, establece que los servicios públicos e instituciones empleadoras deben solicitar los pagos y devoluciones 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. En tanto, conforme a la reiterada jurisprudencia de la Contraloría General de la República, las solicitudes de pagos y devoluciones 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 cobrarlo 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.



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. De la misma forma, se deberá ponderar el caso fortuito en aquellas situaciones en que la COMPIN se pronuncie respecto de una licencia médica transcurrido el plazo de 6 meses que el empleador tiene para solicitar el reembolso del subsidio respectivo.

En efecto, lo primero que se debe considerar por las entidades pagadoras del respectivo subsidio es que en nuestra legislación las deudas no prescriben, puesto 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 enterado 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 dan 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 este sentido, las entidades pagadoras de subsidio por incapacidad laboral deben considerar las siguientes situaciones para no aplicar la prescripción del derecho a cobro y proceder sin más trámite al pago al beneficiario.

**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 contado 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 (las que se mencionan a título meramente ejemplar):

- i) 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 si, como también, de las posteriores que por falta de densidad en las cotizaciones no generaron con anterioridad el derecho a subsidio por incapacidad laboral.
- ii) Cuando se han presentado problemas en el sistema computacional o administrativo de las entidades pagadoras que impidieron la generación del respectivo subsidio.
- iii) No corresponde aplicar la prescripción del derecho a subsidio por incapacidad laboral a 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.
- iv) 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.
- v) 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.
- vi) 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 notificó formalmente al interesado la circunstancia de estar disponible el pago del subsidio.
- vii) En las situaciones de trabajadores extranjeros sin R.U.T., si los interesados acreditan su desempeño como trabajador dependiente, constituyendo 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.
- viii) 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.
- ix) Cuando existan periodos 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.
- x) No procede aplicar la prescripción considerando 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.

## **6. RESGUARDO DE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO**

Las C.C.A.F. deberán 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 considerarán como una sola.

Del mismo modo, las C.C.A.F. 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, autoriza a las entidades pagadoras de subsidios a microfilmear, 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, las C.C.A.F. 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, cada C.C.A.F. deberá mantener por el lapso de 5 años las planillas de cotizaciones declaradas y pagadas por las entidades afiliadas a ellas ordenadas por período (mes al que corresponde), o en su defecto, cada C.C.A.F. 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 microfilmear o digitalizar a que se ha hecho referencia.

## **7. 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. De esta forma, 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. mantenga 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.

### **III. RENDICIÓN DEL MOVIMIENTO MENSUAL DEL FONDO PARA SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL**

#### **1. INFORME FINANCIERO**

Las C.C.A.F. deberán remitir mensualmente a esta Superintendencia un Informe Financiero sobre el Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral, que contenga los ingresos y gastos registrados en el mes que se informa, expresados en pesos, de acuerdo con el formulario que se acompaña a esta Circular en el Anexo N°1.

A continuación se instruye respecto de la información que se solicita en el referido Informe.

#### **A. Ingresos**

En el ítem A. "Ingresos" se deben considerar los siguientes conceptos:

##### **a) Cotizaciones:**

Conforme a lo señalado en el artículo 27 de la Ley N°18.833, las C.C.A.F. perciben una cotización calculada sobre las remuneraciones imponibles de los trabajadores no afiliados a una Institución de Salud Previsional, la que se deduce de las cotizaciones para salud, de sus trabajadores afiliados no adscritos a una ISAPRE, con el objeto de financiar el Régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral.

Por lo tanto, deberá incluirse en esta cuenta el monto de la citada cotización de los afiliados a la C.C.A.F. pertenecientes a FONASA, que la C.C.A.F. haya recaudado, en el mes al que corresponde la información, por concepto de cotizaciones del mismo mes.

Cabe señalar, en relación con las compensaciones de asignaciones familiares incluidas en las planillas de cotizaciones declaradas y pagadas por los empleadores, que el artículo 30 del DFL N°150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, estableció que los empleadores que paguen asignaciones familiares y maternales a sus trabajadores, deducirán el monto pagado por este concepto de las cotizaciones que deben enterar a las C.C.A.F.

Al respecto, la Caja deberá determinar el monto equivalente a la cotización vigente autorizada en el artículo 27 de la ley 18.833, declarada y pagada de sus trabajadores afectos, independiente de las compensaciones efectuadas por el empleador por concepto de asignaciones familiares y maternales.

Las cantidades registradas en esta cuenta del Informe Financiero deben estar respaldadas por las nóminas que se solicitan en Archivos Planos 01 y 02 del Anexo N°2 de la presente Circular.

**b) Transferencia de FONASA por Déficit Proyectado:**

Consiste en la transferencia que debe efectuar el FONASA a las C.C.A.F., del déficit que se puede producir entre el pago de los subsidios por incapacidad laboral y el recaudo de las correspondientes cotizaciones previsionales, por licencias médicas de origen común, cuya estimación la determina la Superintendencia de Seguridad Social.

**c) Cotizaciones de períodos anteriores:**

En esta cuenta deberá incluirse el monto de la cotización recaudada que corresponde a cotizaciones atrasadas que fueron declaradas y no pagadas en su oportunidad, o no declaradas, y que se enteran en el mes que se informa, ya sea que se trate de cotizaciones atrasadas que se encuentren o no en cobranza judicial. Cabe señalar que en esta cuenta sólo deben imputarse los montos recaudados en términos nominales, puesto que sus respectivos reajustes legales, se imputan en la cuenta "Reajustes Ley 17.322", que se menciona más adelante.

Asimismo, en esta cuenta deberán incluirse los ingresos correspondientes a diferencias de cotizaciones recaudadas, provenientes de validaciones y cuadraturas efectuadas por la C.C.A.F.

Las cantidades registradas en esta cuenta del Informe Financiero deben estar respaldadas por las nóminas que se solicitan en Archivos Planos 03, 04 y 05 del Anexo N°2 de la presente Circular.

**d) Reajustes Ley N°17.322:**

Se deberá incluir el monto de los reajustes percibidos por la C.C.A.F. en el mes que se informa, generados por atrasos en el pago de las cotizaciones de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 17.322.

Cabe señalar que conforme a lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley N°18.833, las C.C.A.F. se encuentran facultadas para incorporar a su Fondo Social las multas e intereses penales que recauden en el proceso de cobranza de las cotizaciones que están autorizadas a deducir de

la cotización de salud, atrasadas pagadas por los empleadores. Por lo tanto, dichos montos no corresponden ser reintegrados al Fondo SIL.

Las cantidades registradas en esta cuenta del Informe Financiero deben estar respaldadas por las nóminas que se solicitan en los Archivos Planos 04 y 05 del Anexo N°2 de la presente Circular.

**e) Cotizaciones de entidades pagadoras de subsidios:**

En esta cuenta deberá incluirse el monto de la cotización autorizada a deducir de la cotización de salud, que la C.C.A.F. debe enterar en el Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral en su calidad de entidad pagadora de subsidios.

Asimismo, se incluirá el monto de la recaudación de la cotización enterada en una C.C.A.F. por las instituciones pagadoras de subsidios de origen laboral (Instituto de Seguridad Laboral, Mutualidades de Empleadores de la Ley N°16.744, Secretarías Regionales Ministeriales [SEREMI] de Salud y Administradores Delegados).

Las cantidades registradas en esta cuenta del Informe Financiero deben estar respaldadas por las nóminas que se solicitan en el Archivo Plano 06, del Anexo N°2, de la presente Circular.

**f) Reintegro por cobro indebido de subsidios:**

Se refiere a los montos de subsidios y cotizaciones que han sido indebidamente pagados, por lo que han debido ser reintegrados al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral.

Asimismo, se incluirán los montos de subsidios y cotizaciones previsionales que han sido recuperados de los beneficiarios declarados inválidos con efecto retroactivo y los ingresos provenientes de los reembolsos de subsidios y cotizaciones que efectúen los organismos administradores de la Ley N°16.744 por aplicación del artículo 77 bis de dicha Ley o que correspondan a casos no regulados por dicho artículo 77 bis y que se han originado en una contingencia que, en definitiva, es calificada como de origen común.

También deberán incluirse en esta cuenta los montos que corresponda restituir al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral en el mes que se informa, de acuerdo con las instrucciones impartidas por esta Superintendencia, como resultado de fiscalizaciones efectuadas.

Las cantidades registradas en esta cuenta deberán estar respaldadas por las nóminas que se solicitan en el Archivo Plano 09 del Anexo N°2 de la presente Circular.

**B. Egresos**

En el ítem B. "Egresos" se deben considerar los siguientes conceptos:

**a) Subsidios por incapacidad laboral:**

Se deberá informar el gasto efectivo en subsidios, mostrando en forma separada el gasto correspondiente a los subsidios por enfermedad o accidente de origen común, de aquel correspondiente a los subsidios maternales suplementarios.

Se entenderá por gasto efectivo, el correspondiente a los subsidios anteriormente señalados, derivados de licencias médicas autorizadas por la COMPIN o Sub COMPIN, según corresponda, por los cuales este gasto se haya puesto a disposición con fecha de pago en el mes informado, aun cuando, encontrándose a disposición del beneficiario, éste no hubiese sido retirado de la C.C.A.F. En todo caso, no podrán incluirse subsidios que correspondan a períodos posteriores al mes que se está informando.

De la misma forma, se entenderá por gasto efectivo, el correspondiente a los subsidios señalados anteriormente, por licencias médicas autorizadas por medio de una resolución exenta de esta Superintendencia, aun cuando no hubiere sido redictaminada por la COMPIN o Sub COMPIN.

Asimismo, deberán incluirse los pagos de subsidios efectuados a través de transacciones electrónicas, ya sean abonos o depósitos electrónicos, giros en dinero y pagos efectuados en dinero efectivo que se realizaron durante el mes informado, los que deben estar respaldados con los respectivos números de las operaciones o comprobantes de egreso, según corresponda.

El gasto que se informe en esta cuenta "Subsidios por incapacidad laboral" deberá corresponder al que se obtenga del monto de los subsidios de cálculo, antes del descuento de la cotización para el Seguro de Cesantía, si la hubiere.

Deberán incluirse los egresos efectuados tanto por concepto de pago directo a los beneficiarios, como por reembolsos a Municipalidades, Corporaciones Municipales o entidades empleadoras del sector privado en convenio.

Asimismo, deberán incluirse los egresos por concepto de reembolsos de subsidios pagados a los organismos administradores de la Ley N°16.744, ya sea por aplicación del artículo 77 bis de dicha ley, o que correspondan a casos no regulados por dicho artículo y que se han originado 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.

Las C.C.A.F. deberán mantener como documentación de respaldo de estos reembolsos, la copia del Oficio emitido por esta Superintendencia, si hubiere pronunciamiento, en el caso de los subsidios en que se aplique el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, o la copia de la autorización del pago del subsidio efectuada por la respectiva COMPIN, en los casos no regulados por dicho artículo y que se han originado en una contingencia que, en definitiva, es calificada como de origen común.

Las reliquidaciones por diferencias en el cálculo de los subsidios que deban informarse en esta cuenta "Subsidios por incapacidad laboral" corresponderán a las emitidas a pago en el mes que se informa.

Asimismo, deberán incluirse en esta cuenta los montos que corresponda imputar al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral en el mes que se informa, de acuerdo con las

instrucciones impartidas por esta Superintendencia, como resultado de fiscalizaciones efectuadas.

Las cantidades registradas en esta cuenta del Informe Financiero deben estar respaldadas por las nóminas que se solicitan en los Archivos Planos 10, 11 y 12 del Anexo N°2 de la presente Circular.

**b) Descuento por beneficios no cobrados:**

En esta cuenta deberán informarse los beneficios que a la fecha del Informe Financiero no han sido cobrados y que, por lo tanto, deben ser reintegrados al Fondo. Por ello, deberán registrarse en esta cuenta sólo aquellos montos asociados a cheques que han sido anulados durante el mes que se informa, debido a que cumplieron en el mes el plazo de caducidad de 60 días de emitidos (o de 90 días en el caso de ser de otra plaza), sin haber sido retirados de la C.C.A.F. o, que, habiendo sido retirados, no fueron cobrados por el beneficiario.

También deberán ser devueltos al Fondo los montos asociados a cheques que han sido anulados por cualquier razón diferente de la caducidad en el mes que se informa y siempre y cuando hayan sido incluidos con anterioridad dentro de las sumas cobradas al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral.

En caso de pérdida del cheque, el beneficiario deberá dar aviso por escrito a la C.C.A.F. y practicar las diligencias que establece el artículo 29 de la ley sobre cuentas corrientes bancarias y cheques contenida en el D.F.L. N°707, de 1982, del Ministerio de Justicia. Asimismo, la C.C.A.F. deberá dar aviso por escrito al Banco, quien suspenderá el pago del cheque por 10 días. Por su parte, el beneficiario deberá publicar el aviso del hecho en un diario de la localidad durante tres días y requerir a la C.C.A.F. la anulación del cheque extraviado y el otorgamiento de otro nuevo a su favor. Una vez cumplido lo anterior, la C.C.A.F. podrá, luego de transcurrido a lo menos una semana, reemplazar el documento perdido.

Las cantidades registradas en esta cuenta deben estar respaldadas por las nóminas que se solicitan en el Archivo Plano 14 del Anexo N°2 de la presente Circular.

**c) Subsidios revalidados:**

En esta cuenta deberán informarse los cheques emitidos en reemplazo de los cheques que han sido anulados. Si con posterioridad a la anulación de un cheque, ya sea por caducidad u otra razón, y la correspondiente restitución al Fondo, se presenta el beneficiario a cobrar su beneficio, la C.C.A.F. deberá extender nuevamente un cheque y cargarlo al gasto del mes en que se emitió, registrando en esta cuenta del Informe Financiero el monto correspondiente.

Corresponderá que la C.C.A.F. extienda un nuevo cheque sólo si el beneficiario solicita por escrito una nueva emisión del documento de pago que caducó en su poder antes que venzan los plazos de prescripción correspondientes, esto es, antes de transcurridos 5 años. Tanto en este caso como en el que el cheque caducó en poder de la C.C.A.F., el cheque anulado debe quedar como respaldo de la emisión del nuevo documento de pago.



En el caso de cheques por reembolso a empleadores, corresponderá emitir el nuevo cheque si la solicitud por escrito de revalidación se recibe dentro del plazo de prescripción señalado precedentemente, esto es, 5 años contados desde el término de la licencia médica.

Las cantidades registradas en esta cuenta deben estar respaldadas por las nóminas que se solicitan en el Archivo Plano 15 del Anexo N°2 de la presente Circular.

**d) Cotizaciones por subsidios:**

El gasto efectivo en cotizaciones previsionales, que corresponde a las cotizaciones que deben efectuar las C.C.A.F., en los plazos legales establecidos para ello durante los primeros días del mes siguiente al del Informe Financiero por los subsidios pagados en el mes que se informa, deberá registrarse en las cuentas “Cotizaciones a fondos de pensiones”, “Cotizaciones de salud” y “Otras cotizaciones (desahucio e indemnización)” según sea el caso, mostrando en forma separada las cotizaciones asociadas a subsidios de origen común de aquellos subsidios maternales suplementarios.

Cabe hacer presente que en esta cuenta las C.C.A.F. deberán registrar tanto las cotizaciones previsionales pagadas directamente por ellas, como aquellas reembolsadas a Municipalidades, Corporaciones Municipales y a organismos administradores de la Ley N°16.744.

Es importante señalar que, dado que las referidas cotizaciones tienen por finalidad mantener la continuidad previsional del beneficiario, la C.C.A.F. debe enterar las cotizaciones previsionales correspondientes aun cuando el subsidio no haya sido efectivamente cobrado por el trabajador. Por lo tanto, en el caso de anular un pago, ya sea por caducidad u otra razón, que implique restituir al Fondo el valor del beneficio no cobrado, no deberán anularse las cotizaciones previsionales respectivas.

Las reliquidaciones por diferencia en el cálculo de las cotizaciones que deban informarse en las cuentas “Cotizaciones a fondos de pensiones”, “Cotizaciones de salud” y “Otras cotizaciones”, corresponderán a las efectuadas en el mes que se informa.

También deberán registrarse en la cuenta “Cotizaciones a fondos de pensiones” los montos pagados al Instituto de Previsión Social por diferencias de tasas de cotización producidas al haberse enterado éstas en una AFP en lugar de una institución del Antiguo Sistema de Pensiones.

Asimismo, deberán incluirse en esta cuenta los montos que corresponda imputar al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral en el mes que se informa, de acuerdo con las instrucciones impartidas por esta Superintendencia, como resultado de fiscalizaciones efectuadas.

Las cantidades registradas en estas cuentas del Informe Financiero deben estar respaldadas por las nóminas solicitadas en los Archivos Planos 10, 11, 12 y 13 del Anexo N°2, los resúmenes de cotizaciones y copias de carátulas que se solicitan en los numerales 4 y 5 del Título IV, de la presente Circular.

**e) Comisiones:**

Corresponde al monto de la comisión que se paga mensualmente a las C.C.A.F. por la administración del Régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral conforme a las instrucciones impartidas por Oficio Circular N°7.590, de 1990, de esta Superintendencia, mediante el cual se remitió la Resolución Conjunta N° 3 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y sin número del Ministerio de Hacienda, de 30 de enero de 1990.

Las cantidades registradas en esta cuenta del Informe Financiero deben estar respaldadas por las nóminas solicitadas en el Archivo Plano 16 del Anexo N°2 y en el Anexo N°4 de la presente Circular.

**f) Otros Egresos:**

Se deberá informar cualquier otro egreso que provenga de partidas no incluidas en los grupos anteriores, como los montos pagados por concepto de intereses y variación de la U.F. en el caso de reembolsos a organismos administradores de la Ley N°16.744 (artículo 77 bis). Cabe señalar que las C.C.A.F. deberán mantener disponible para futuras fiscalizaciones la documentación de respaldo de estos reembolsos.

Las cantidades registradas en esta cuenta deben estar respaldadas por la nómina que se solicita en el Archivo Plano 11 del Anexo N°2 de la presente Circular.

**g) Excedente o (Déficit):**

En el ítem C “Excedente o (Déficit)”, del Anexo N°1 sobre Informe Financiero Mensual Fondos para Subsidio por Incapacidad laboral, se deberá anotar el excedente o déficit que se produzca de restar al total de ingresos el total de egresos de este Informe Financiero.

## **2. REEMBOLSO DEL DÉFICIT MENSUAL**

Cuando el gasto en que se haya incurrido en el mes que se informa exceda a los ingresos de la letra A.- “Ingresos” del Informe Financiero, la diferencia registrada será analizada por esta Superintendencia y una vez aprobada, esto es, siempre y cuando no existan reparos que formular, se requerirá al FONASA su reembolso. En caso de haber reparos a la información enviada, se informará a la C.C.A.F. y se diferirá la inclusión de ésta en el déficit informado a FONASA hasta que se hayan corregido las objeciones a satisfacción de esta Superintendencia.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 14 del D.L. N°2.062, de 1977, corresponde al FONASA reembolsar a las C.C.A.F. los déficits producidos por la administración del régimen de subsidios por incapacidad laboral, entidad que efectuará el traspaso por dichos déficit dentro de los 2 días siguientes a la fecha de recepción del correspondiente Oficio emitido por esta Superintendencia.

## **3. DEVOLUCIÓN DEL SUPERÁVIT MENSUAL**

Cuando los ingresos excedan el gasto incurrido en el mes que se informa, el superávit generado deberá ser depositado por la respectiva C.C.A.F. en la cuenta corriente bancaria habilitada por el FONASA, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha del oficio de término del proceso remitido por esta Superintendencia.

#### **IV. INFORMACIÓN QUE RESPALDA EL INFORME FINANCIERO**

Las C.C.A.F. deberán mantener un registro computacional que respalde cada una de las cuentas que forman parte del Informe Financiero mensual y que permita generar los archivos planos de respaldo de éstas. A continuación se detalla la información de respaldo que las C.C.A.F. deben remitir mensualmente a esta Superintendencia:

##### **1. NÓMINAS QUE RESPALDAN LA DECLARACIÓN Y PAGO DE LA COTIZACIÓN RECAUDADA POR LA C.C.A.F.**

Las C.C.A.F. deberán remitir mensualmente las nóminas de respaldo de los ingresos señalados en los acápites “Cotizaciones”, “Cotizaciones de períodos anteriores”, “Reajustes Ley N°17.322” y “Cotizaciones entidades pagadoras de subsidios” del ítem A. “Ingresos” del Informe Financiero.

Por ello, estas nóminas de respaldo deberán comprender todos los montos efectivamente percibidos en el mes que se informa correspondientes a cotizaciones previsionales enteradas por las entidades empleadoras afiliadas a las C.C.A.F., por la propia C.C.A.F. en su calidad de entidad pagadora de subsidios y por los organismos administradores del seguro de la Ley N°16.744. Por tanto, no deberán incluirse las cotizaciones declaradas y no pagadas.

Cabe hacer presente, que deberá entenderse como cotizaciones enteradas en el mes, además de las enteradas el día 10 o 13, aquellas que han sido pagadas posteriormente y que corresponde ser incluidas en el movimiento del mes que se informa.

También deberán incluirse en las nóminas solicitadas los montos reintegrados al Fondo, provenientes de ajustes efectuados por los empleadores como resultado de la validación y cuadratura que corresponde realizar a las C.C.A.F. por concepto de cotizaciones declaradas y pagadas por los empleadores por cada uno de sus trabajadores adherentes al FONASA.

Dichas nóminas deberán ajustarse a los formatos de los Archivos Planos 01, 02, 03, 04, 05 y 06 del Anexo N°2 de la presente Circular. Así, en los Archivos 01 y 02, deberán registrarse las cotizaciones recaudadas correspondientes al mes que se informa; en los Archivos 03, 04 y 05, deberán registrarse las cotizaciones correspondientes a períodos anteriores, y en el Archivo 06, las enteradas por las entidades pagadoras de subsidios de origen laboral y común.

Las citadas nóminas deben presentarse totalizadas y coincidir con los montos consignados en las cuentas del respectivo Informe Financiero del Fondo de Subsidios por Incapacidad Laboral. Para tales efectos, las C.C.A.F. deberán velar porque al momento de la recaudación de las cotizaciones, coincidan las cifras consignadas en la carátula de las planillas de declaración y pago de cotizaciones con la información del detalle que contiene el anexo de trabajadores, la cual deberá presentarse totalizada. De lo contrario, las C.C.A.F. deberán rechazar dichas planillas hasta que el empleador entere debidamente la cotización correspondiente.

Cabe agregar, que en el caso que una empresa efectúe el proceso de cotización mediante más de una planilla, deberá remitirse la información correspondiente a cada planilla en forma separada.

## **2. NÓMINA DE SUBSIDIOS RECUPERADOS**

Las C.C.A.F. deberán remitir una nómina que respalde el monto consignado en la cuenta "Reintegro por cobro indebido de subsidios" del ítem A. "Ingresos" del Informe Financiero. Dicha nómina deberá ajustarse al formato del Archivo Plano 09 del Anexo N°2.

## **3. NÓMINAS QUE RESPALDAN EL GASTO EN SUBSIDIOS Y COTIZACIONES**

Las nóminas de respaldo del gasto en subsidios y cotizaciones deberán ajustarse a los formatos de Archivos Planos 10, 11, 12 y 13 del Anexo N°2, de la presente Circular.

En el Archivo 10 se deberán detallar todos los pagos efectuados con cheques, mediante depósitos electrónicos bancarios, giros electrónicos o en dinero efectivo, en el mes que se informa, correspondientes a los subsidios pagados y sus respectivas cotizaciones, derivados de licencias médicas autorizadas por la COMPIN, Sub COMPIN, distinguiendo si dichos subsidios han sido pagados a los beneficiarios directamente por la C.C.A.F. o corresponden a reembolsos efectuados por la C.C.A.F. a Municipalidades, Corporaciones Municipales, empleadores del sector privado que mantienen un convenio de pago con la C.C.A.F. Además, deberá distinguirse si se trata de un pago regular, o de una revalidación, o de un pago por diferencias de tasa de cotizaciones, o de una reliquidación. En el Archivo 11 se deberán detallar todos los pagos efectuados a organismos administradores de la Ley N°16.744.

De la misma forma, se deberán incluir los pagos efectuados por licencias médicas autorizadas por medio de una resolución exenta de esta Superintendencia, aun cuando no hubiere sido redictaminada por la COMPIN o Sub COMPIN.

En cuanto a las distintas formas de pago que deben especificarse en estos Archivos 10 y 11, cabe indicar que cada pago de subsidios efectuado deberá ser identificado con un número de operación único con el objeto de permitir el seguimiento íntegro de la operación realizada para efectos de cualquier tipo de certificación posterior. Por lo tanto, las C.C.A.F. deberán registrar el número del cheque, en el caso que el pago sea realizado a través de este medio; en el caso de un abono o depósito electrónico en las cuentas bancarias de los beneficiarios efectuados directamente por la C.C.A.F. desde su cuenta corriente, se deberá indicar el respectivo número de la transacción; si se trata de un abono o depósito electrónico en las cuentas bancarias de los beneficiarios efectuado a través de un convenio de pago masivo que la C.C.A.F. contrató con una institución bancaria, se deberá registrar el número de folio de la nómina correspondiente, incluido el número de folio de las sub nóminas que la entidad bancaria pueda enviar a otros bancos; en el caso de efectuarse un giro en dinero, se deberá registrar el correspondiente número de operación electrónica y, finalmente, si se trata de un pago en dinero efectivo, deberá registrarse en el campo correspondiente el respectivo número del comprobante de egreso.

Las reliquidaciones de subsidios y cotizaciones, deberán consignarse en las nóminas tanto cuando impliquen un aumento en el gasto como una disminución. Cabe señalar que en el caso que estas reliquidaciones impliquen una devolución al Fondo, deberán consignarse en las nóminas con signo negativo con el objeto de reflejar el efecto de disminución en el gasto informado que producirán estas reliquidaciones favorables al Fondo. En el caso que dichas reliquidaciones impliquen una variación en el número de días, deberá informarse la diferencia entre el número de días informado en su oportunidad y el número correcto de días que se debió considerar.

En las referidas nóminas deberán incluirse todas las personas a las que se les pagó subsidios en el mes que se informa y aquellas a las que, no teniendo derecho a pago del subsidio por aplicación de las normas de carencia, sólo se les enteraron las cotizaciones correspondientes.

Cabe hacer presente que en las referidas nóminas deberán listarse una a una las licencias o permisos que dieron origen a los subsidios y cotizaciones reembolsados a las Municipalidades y Corporaciones Municipales, a los empleadores del sector privado con convenio para el pago de subsidios y a los organismos administradores de la Ley N° 16.744, por las cuales la C.C.A.F. ha emitido un cheque con fecha de pago en el mes informado o ha efectuado depósitos electrónicos en las cuentas bancarias de la entidad respectiva.

En los casos que a alguna de estas entidades se le haya efectuado más de un reembolso en el mismo mes informado, ésta se deberá incluir tantas veces como reembolsos se le efectúen, señalándose en cada caso los datos de los beneficiarios incluidos en el respectivo reembolso.

En el Archivo 12, se deberá rendir cuenta de la transacción entre la C.C.A.F. y las entidades a las cuales se les reembolsó un único monto por un conjunto de beneficios pagados, como son las Municipalidades, Corporaciones Municipales, empresas en convenio y organismos administradores de la Ley N° 16.744.

En el Archivo 13, se deberá rendir cuenta de la transacción efectuada entre la C.C.A.F. y las entidades donde se enteraron las cotizaciones previsionales pagadas por las Cajas correspondientes a pensión, salud y otras.

#### **4. RESUMEN DE COTIZACIONES PREVISIONALES A LOS FONDOS DE PENSIONES, DE SALUD Y OTROS**

Las C.C.A.F. deberán confeccionar mensualmente un resumen de las cotizaciones previsionales que han enterado en las diferentes entidades que administran los distintos regímenes previsionales (pensiones, salud y desahucio e indemnización). En este resumen se deberá informar también la cotización para el seguro de cesantía. Para tal efecto, deberán ajustarse al formato que se señala en el Anexo N°3 adjunto.

En dicho formato se separan las cotizaciones según el tipo de subsidios al que correspondan. De esta forma se deben indicar en la columna "Enfermedad Común" sólo las cotizaciones correspondientes a los subsidios por reposo por enfermedad de origen común y en la columna "Maternal Suplementario", aquellas cotizaciones correspondientes a los subsidios maternos suplementarios. En consecuencia, la columna "Total" deberá corresponder para cada entidad previsional al total de cotizaciones enteradas por la C.C.A.F. en la entidad previsional de que se trate y deberán coincidir las cantidades con las que se registren en las planillas de declaración y pago de cotizaciones.

Los subtotales de las cotizaciones de los subsidios por enfermedad de origen común y maternal suplementario, para los distintos fondos (pensiones, salud y otras) y el total de las cotizaciones previsionales de cargo del Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral, deben coincidir con las sumas de las correspondientes columnas de las nóminas de respaldo. Asimismo, dichas sumatorias deben coincidir exactamente con las cantidades indicadas en el Informe Financiero por los mismos conceptos.

## **5. COPIAS DE LAS CARÁTULAS DE LAS PLANILLAS DE PAGO DE COTIZACIONES**

Las C.C.A.F. deben acompañar al Informe Financiero mensual copias de las carátulas de las planillas de pago de cotizaciones previsionales correspondientes a las cotizaciones enteradas en las distintas entidades administradoras de regímenes previsionales, tales como AFP (pensiones y seguro de cesantía), IPS (pensiones, salud, desahucio e indemnizaciones) y C.C.A.F. (SIL), con el correspondiente timbre de pagado.

Si el pago se ha efectuado por medios electrónicos, se deberá acompañar la información equivalente que respalde el pago de las referidas cotizaciones previsionales, el cual deberá ser certificado por las empresas o entidades por medio de las cuales se efectuare el pago electrónico.

Las carátulas o su equivalente electrónico constituyen el respaldo de lo informado en el Resumen de Cotizaciones, por lo tanto, el monto que se señale como pagado debe coincidir con la información del Cuadro Resumen de Cotizaciones Previsionales en la columna "Total". Además, deberá consignarse en las carátulas, el monto pagado, el número del cheque, el nombre del banco y el timbre de PAGADO.

Los montos totales consignados en las planillas de pago de cotizaciones indicadas o su equivalente electrónico, deberán coincidir con los montos pagados por cotizaciones informados en los archivos planos que respaldan el gasto en subsidios y cotizaciones.

## **6. NÓMINAS QUE RESPALDAN EL DESCUENTO DE LOS BENEFICIOS NO COBRADOS Y LOS SUBSIDIOS REVALIDADOS**

Los beneficios no cobrados y los subsidios revalidados deberán estar respaldados por los Archivos Planos 14 y 15 del Anexo N°2, de la presente Circular.

Las nóminas de respaldo deberán contener tanto el detalle de los beneficios cobrados o anulados por caducidad o por otros motivos y, por lo tanto, devueltos al Fondo en el mes que se informa, como el detalle de los nuevos cheques emitidos en el mes, en reemplazo de los documentos informados como anulados en el mismo mes o en meses anteriores.

Cabe señalar que sólo los beneficios pagados con cheque pueden ser anulados por caducidad u otra causal y, por lo tanto, revalidados a través del mismo medio de pago. Si se solicita la revalidación de 2 cheques para un mismo beneficiario, se deben emitir nuevamente 2 documentos. Los beneficios pagados a través de depósitos electrónicos bancarios, giros electrónicos en dinero o con dinero efectivo informados al Fondo no podrán anularse y, por lo tanto, ser susceptibles de revalidación en forma posterior.

En relación con los cheques emitidos en reemplazo de cheques anulados, la información solicitada debe contemplar además del número del nuevo cheque y la fecha de emisión de éste, así como los datos del cheque original anulado.

## **7. ANEXO Y NÓMINA DE RESPALDO DEL CÁLCULO DE LAS COMISIONES**

El monto en comisiones consignado en el Informe Financiero en el ítem B. "Egresos", deberá estar respaldado por el cálculo detallado en el Anexo N°4, conforme a las instrucciones impartidas mediante Oficio Circular N°7.590, de 1990, de esta Superintendencia, mediante el cual se remitió

la Resolución Conjunta N° 3 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y sin número del Ministerio de Hacienda, de 30 de enero de 1990.

Asimismo, el monto final determinado en comisiones deberá estar respaldado por el Archivo Plano 16 del Anexo N°2, de la presente Circular.

## **8. SISTEMA DE ENVÍO DE REPORTES**

El Informe Financiero electrónico y los respectivos archivos planos que lo respaldan, deberán ser remitidos a través de la plataforma del SISILHIA, para lo cual las C.C.A.F. deberán seguir las instrucciones señaladas en la página web de esta Superintendencia ([www.suseso.cl](http://www.suseso.cl)) en su sección "Atención de Usuarios/as en el link denominado Fiscalizados/Sistemas de Información/SISILHIA/Documentación Técnica".

## **9. DICCIONARIO DE ARCHIVOS PLANOS**

Con el objeto de facilitar la comprensión de los conceptos involucrados en los distintos archivos planos solicitados en el Anexo N°2, se adjunta un diccionario contenido en el Anexo N°7 de la presente Circular.

## **10. AUTORIZACION DE USUARIOS**

Para proceder a la creación de los usuarios autorizados a enviar los archivos planos y el informe financiero en formato XML firmado digitalmente señalados en las instrucciones precedentes, se requiere que la Caja envíe una solicitud en tal sentido a través de la plataforma PAE, opción "Otros Ingresos", con el nombre completo, correo electrónico y teléfono de contacto de cada usuario autorizado a reportar, debiendo proceder de igual forma para la eliminación de usuarios.

# **V. REGISTRO Y COBRANZA DE LAS COTIZACIONES PREVISIONALES IMPAGAS**

## **1. REGISTRO DE COTIZACIONES DECLARADAS Y NO PAGADAS**

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley N°17.322 el empleador que descuenta de las remuneraciones de sus trabajadores cualquier suma a título de imposición o aporte a favor de la C.C.A.F. está obligado a declarar y enterar estos descuentos y sus propias imposiciones y aportes dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las remuneraciones. Si el empleador no paga las cotizaciones correspondientes se mantiene su obligación de declararlas. Dicha declaración deberá ser efectuada dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las remuneraciones correspondientes, plazo que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente, si el plazo de 10 días expirase en día sábado, domingo o festivo, o el día 13 si el pago se realiza por un medio electrónico, norma aplicable a la entidad pagadora del subsidio.

En la oportunidad que se presente el Informe Financiero con el movimiento del Fondo SIL correspondiente al mes que se informa, las C.C.A.F. deberán remitir mensualmente, a través del Archivos Planos 07 y 08 del Anexo N°2 de la presente Circular, un detalle con la información proveniente de las planillas de declaración y no pago de la cotización recaudada, no sólo del mes que se informa, sino que también del stock vigente acumulado a esa fecha.

## **2. PROCEDIMIENTO DE COBRANZA**

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. deberán 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 deberá incorporarse toda la información respecto de las gestiones de cobranza que realice la C.C.A.F. y sus resultados.

La cobranza judicial deberá 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 estarán 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. deberán 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 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.

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

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

### **1. AFILIACION DE EMPRESAS**

Las C.C.A.F. al afiliar una empresa, además de solicitar todos los antecedentes que acrediten la existencia legal de la empresa, deberán 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, las C.C.A.F. podrán 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.



## **2. 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.

## **3. VERIFICACIÓN DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES PERTENECIENTES A FONASA**

Las C.C.A.F. deben mantener actualizada la base de datos computacional de sus trabajadores afiliados que efectúan 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 deberá contener las remuneraciones imponibles de cada trabajador, con actualizaciones mensuales y debe permitir de 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 las 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.

## **4. 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, las C.C.A.F. deberán 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.

Las C.C.A.F. podrán 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.

## **5. VERIFICACIÓN EN CASO DE COTIZACIONES DECLARADAS Y NO PAGADAS**

Las C.C.A.F., para cada licencia médica presentada, que no sea prórroga de una anterior, deberán 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, deberán:

- 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.

## **6. CÁLCULO DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES**

A fin de asegurar el correcto cálculo de los subsidios por incapacidad laboral y de las cotizaciones correspondientes, las C.C.A.F. deberán 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.

## **VII. REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA**

La información estadística relativa a subsidios por enfermedad de origen común y los subsidios maternales suplementarios, originados en licencias médicas que inician su pago en el mes informado, se remitirá mensualmente a esta Superintendencia en los cuadros cuyos formatos se presentan en el Anexo N°5 de esta Circular.

La información que se solicita en el citado Anexo N°5 es la siguiente:

### **1. CUADRO N°1: NÚMERO Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS TRAMITADAS SEGÚN TIPO Y SEXO DEL BENEFICIARIO**

En este cuadro se indicará, según el tipo de licencia (por enfermedad de origen común o maternales suplementarias), el número de licencias tramitadas, es decir, el número de licencias

que terminaron su trámite en el mes informado, ya sea que se hayan autorizado o rechazado; el número de licencias autorizadas sin modificación, entendiendo por tales aquellas en que la COMPIN o la Sub COMPIN, según corresponda, o la Unidad de Licencias Médicas aprueba el número de días de licencia otorgados por el profesional; el número de licencias autorizadas con modificación, entendiendo por tales aquellas en que la COMPIN o Sub COMPIN, según corresponda, haya modificado el número de días de licencia indicado por el profesional, y el número de licencias rechazadas, es decir, aquellas tramitadas que no fueron autorizadas.

En este cuadro se deberá señalar además el número de días de licencia que corresponda al total de licencias tramitadas en el mes informado, el número de días autorizados, separados conforme correspondan a licencias autorizadas sin modificación o a licencias modificadas y el número de días de licencia rechazados, es decir, el número de días que correspondan a las licencias rechazadas y el número de días rechazados de las licencias modificadas.

## **2. CUADROS N°S. 2-A Y 2-B: NÚMERO Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS TRAMITADAS SEGÚN TIPO Y COMPIN O SUB COMPIN**

En los Cuadros N°2-A y 2-B deberá señalarse el número de licencias y el número de días de licencias, respectivamente, según se trate de subsidios por enfermedad de origen común o subsidios maternales suplementarios, conforme a los conceptos indicados en el Cuadro N°1 anterior, pero distribuidos según la COMPIN o la Sub COMPIN que tramitó las licencias médicas.

## **3. CUADRO N°3: NÚMERO Y DÍAS DE SUBSIDIOS SEGÚN TIPO Y REGIÓN**

En este Cuadro se indicará, según la región y tipo de subsidio, el número de subsidios iniciados, el número de subsidios pagados, el número de personas beneficiarias y el número de días de subsidio pagados.

La distribución por región deberá realizarse según la COMPIN o Sub COMPIN que autorizó la licencia médica.

En las columnas correspondientes a “Número de subsidios iniciados”, se informarán todos los subsidios originados en una primera licencia médica que inician su pago en el mes informado, sin incluir los subsidios derivados de prórrogas de licencias.

En las columnas correspondientes a “Número de subsidios pagados”, se informarán todos los subsidios pagados en el mes informado, originados en cualquier licencia médica autorizada, independientemente a que correspondan a prórrogas de licencias anteriores.

En las columnas correspondientes a “Número de personas subsidiadas”, se informarán todas las personas a las que se les pago subsidios en el mes informado, independientemente que éstas hayan tenido más de un pago derivados de distintas licencias médicas.

En las columnas correspondientes a “Número de días de subsidio pagados”, se informará el número total de días que efectivamente se pagaron en el mes informado, incluyendo los días que corresponden a subsidios que comenzaron a pagarse en meses anteriores y los que excedan el mes que se informa.

Cabe destacar que cuando se hace referencia a días efectivamente pagados, no se deben considerar los días de carencia. Por su parte, el total de días informado en este cuadro deberá ser

coincidente con el total de días informado en el listado de respaldo que se envía conjuntamente con la información financiera, contenida en los archivos planos 10 y 11 del Anexo N°2.

#### **4. CUADRO N°4: NÚMERO Y DÍAS DE SUBSIDIOS SEGÚN TIPO Y ACTIVIDAD ECONÓMICA**

En este Cuadro se incluirá el número de subsidios iniciados, el número de subsidios pagados, el número de personas subsidiadas y el número de días de subsidios pagados informados en el Cuadro N°3, distribuidos según la actividad económica en que se desempeñe el beneficiario y el tipo de subsidio que se trate.

#### **5. CUADRO N°5: NÚMERO DE TRABAJADORES COTIZANTES PARA EL FONDO DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL DISTRIBUIDOS POR REGIÓN**

En este Cuadro se incluirá el número de trabajadores afiliados a FONASA que cotizaron en el mes que se informa en una C.C.A.F., la cotización a que se refiere el artículo 27 de la ley N°18.833, de sus remuneraciones imponibles devengadas en el mes anterior o en cualquier otro mes precedente y que corresponde a una parte de su cotización para salud distribuidos por región, conforme a la COMPIN o Sub COMPIN que se encuentre más próxima al domicilio del empleador indicado en la planilla de declaración de la citada cotización.

Además, deberán incluirse en este cuadro los trabajadores cotizantes del Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral afiliados a FONASA subsidiados que no se encuentren en las planillas de declaración informadas por los empleadores, pero por los cuales las Entidades Pagadoras de Subsidios (C.C.A.F., Mutuales, Instituto de Previsión Social, Administradores Delegados y SEREMIS de Salud) si pagaron las cotizaciones correspondientes.

Al respecto, las C.C.A.F. deberán revisar que no se dupliquen los trabajadores cotizantes informados en este Cuadro, ya que en algunos casos pueden ser informados tanto por el empleador como por la C.C.A.F., si parte del mes que se informa trabajaron y la otra se encontraron con licencia médica.

Cabe señalar, que tanto la distribución por región como el número total de trabajadores cotizantes debe coincidir con la información proporcionada en las nóminas que respaldan el ingreso percibido por concepto de las citadas cotizaciones remitido mensualmente a través de los archivos planos 01, 02, 03, 04, y 06 del Anexo N°2 de la presente Circular.

#### **6. CUADRO N°6: NÚMERO DE TRABAJADORES COTIZANTES PARA EL FONDO DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL POR SEXO Y ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Aquí se deberá informar el número total de trabajadores cotizantes indicado en el Cuadro N°6 anterior, distribuidos según el sexo y la actividad económica en que se desempeñe el beneficiario.

### **VIII. PLAZOS**

#### **1. INFORMACIÓN FINANCIERA Y SUS RESPALDOS**

Las C.C.A.F. deberán remitir a esta Superintendencia a más tardar el día 13 del mes siguiente al cual corresponde la información, el Informe Financiero y los archivos planos de respaldo solicitados en los numerales 1, 2, 3, 6 y 7 del Título IV y en el numeral 1 del Título V, de la presente Circular.

En el caso en que el día 13 fuere sábado, domingo o festivo, el envío de la información correspondiente se efectuará el primer día hábil siguiente.

Respecto de los antecedentes de respaldo solicitados en los numerales 4. Y 5 del Título IV, éstos deberán ser remitidos en la misma oportunidad que la Información Financiera.

## **2. Información Estadística**

La información estadística relativa a las licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral que se solicita en el Anexo N°5, deberá remitirse a esta Superintendencia a más tardar el día 20 del mes siguiente al cual corresponde la información.

## **IX. VIGENCIA**

Las presentes instrucciones comenzarán a regir a partir de la publicación de la presente circular.

A partir de la entrada en vigencia de la presente circular, deróganse las siguientes Circulares: N° 2358, de 2007; N° 2390, de 2007; N° 2581, de 2009 ; N° 2763, de 2011 ; N°2798, de 2011 ; N° 3109, de 2015; N° 3458, de 2019; N° 3470, de 2019 ; N° 3487, de 2020; N° 3557, de 2020 ; N°3561, de 2020; N° 3657, de 2022 y N°3723 , de 2023, todas de esta Superintendencia. Respecto de la Circular N° 3732, de 2023, se mantienen vigentes los ajustes efectuados conforme a los porcentajes señalados en dicha circular hasta el 31 de diciembre de 2023.

**PAMELA GANA CORNEJO  
SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL**

**PSA/CLLR/JRO/MSA**

DISTRIBUCION

Cajas de Compensación de Asignación Familiar (Incluye 6 Anexos)  
Fondo Nacional de Salud

ANEXO N° 1

INFORME FINANCIERO MENSUAL  
FONDOS PARA SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

NOMBRE DE LA CCAF

MES Y AÑO DE LA INFORMACION  
(en pesos)

**A. INGRESOS**

- 1.- Cotizaciones
- 2.- Transferencia de FONASA por Déficit Proyectado
- 3.- Cotizaciones de períodos anteriores
- 4.- Reajustes Ley N°17.322
- 5.- Cotizaciones entidades pagadoras de subsidios
- 6.- Reintegro por cobro indebido de subsidios

TOTAL INGRESOS \$

**B. EGRESOS**

- 1.- Subsidios por incapacidad laboral
  - Enfermedad de origen común
  - Subsidio maternal suplementario
- 2.- Descuento por beneficios no cobrados (menos)
- 3.- Subsidios revalidados
  
- 4.- Cotizaciones a fondos de pensiones
  - Enfermedad de origen común
  - Subsidio maternal suplementario
- 5.- Cotizaciones de salud
  - Enfermedad de origen común
  - Subsidio maternal suplementario
- 6.- Otras cotizaciones (desahucio e indemnizaciones)
  - Enfermedad de origen común
  - Subsidio maternal suplementario
- 7.- Comisiones
- 8.- Otros egresos

TOTAL EGRESOS \$

**C. EXCEDENTE O (DEFICIT)**  
(Tarjar lo que no corresponda)

\$

---

NOMBRE Y FIRMA  
GERENTE FINANZAS  
Timbre de la Entidad

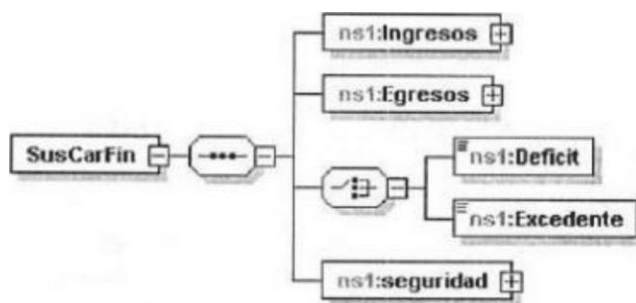
## ESPECIFICACIONES INFORME FINANCIERO ELECTRONICO

El Informe Financiero debe ser remitido y firmado electrónicamente, debiendo incluir ítem en Ingreso llamado "TransferenciaFonasa".

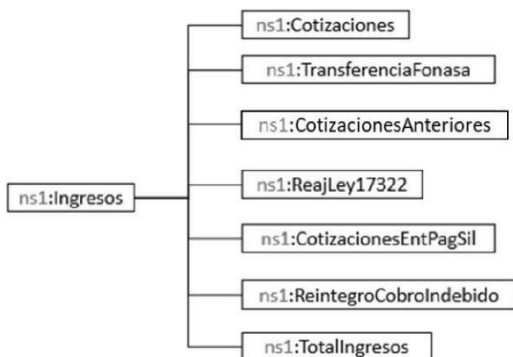
Este Informe Financiero debe contener la siguiente estructura en XSD, cuyo detalle de su contenido se describe a continuación:

a. Nodo raíz "SusCarFin" con 4 elementos:

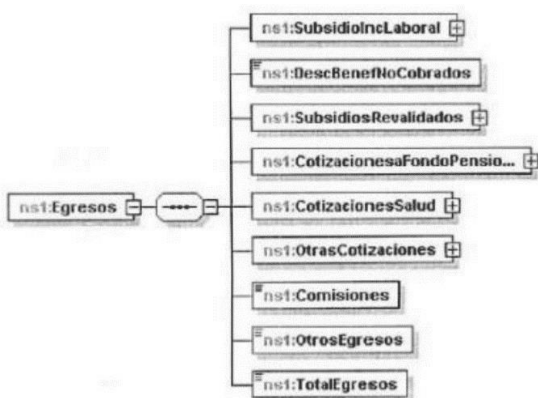
1. Ingresos
2. Egresos
3. Déficit o Excedente
4. Firma



b. Estructura Nodo Ingresos:



c. Estructura Nodo Egresos:



## DICCIONARIO:

Contenido de los documentos electrónicos. A continuación, se especifican en una tabla cada uno de los datos que conforman el documento electrónico "Informe Financiero".

Cada columna de la tabla señala lo siguiente:

- a. Glosa: Nombre del elemento del documento electrónico.
- b. Descripción: Explicación comprensiva del elemento.
- c. Tag: Nombre del tag en el documento electrónico del <elemento> o "atributo".
- d. Tipo: Tipo de dato que puede tomar el valor del campo. Estos pueden ser:
  - 1) Numérico largo (long), no debe incluirse separador de miles.
  - 2) CTXXX, tipos complejos definidos a partir de tipos de datos estándares.
  - 3) complexType anónimo, elementos definidos sin tipo de dato, ya que cuentan con la definición en su anidamiento.
- e. Nodo padre: Tag que corresponde al nivel superior en el anidamiento del XML.
- f. Nodo I: I: Código de impresión del campo. Si el código es I, el campo debe ser impreso. La impresión de un dato no debe necesariamente ser igual al formato que se especifica en el presente documento. Como ejemplo, una fecha no tiene necesariamente que estar en el formato AAAA-MM-DD, sino que puede ser impresa con el mes en letras o cambiando el orden en que aparecen el año, el mes y día, de manera de facilitar su lectura. Adicionalmente, se puede optar porque un dato que es obligatorio imprimir, esté pre impreso. En el caso que el elemento represente un código, se deberá utilizaren la representación impresa su etiqueta equivalente, dichos casos se especifican con las letras IE. Si el código es N, no es obligatorio que el campo sea impreso en el documento.
- g. O: Código de obligatoriedad. Si el código es 1, el dato es obligatorio. El dato debe estar en el documento siempre, independiente de las características de la transacción. Si el código es 2, el dato es condicional. El dato no es obligatorio en todos los documentos, pero pasa a ser obligatorio en determinadas operaciones si se cumple una cierta condición que emana del propio formulario. Si el código es 3, el dato es opcional.



DOCUMENTO - INFORME FINANCIERO						
GLOSA	DESCRIPCIÓN	TAG	TIPO	Nodo padre	I	O
<b>Informe financiero</b>	Elemento raíz del informe financiero XML	<SusCarFin>	complexType anónimo	Nodo raíz	N	1
<b>Ingresos</b>	Sección que detalla los ingresos informados	<Ingresos>	complexType anónimo	<SusCarFin>		1
<b>Cotizaciones</b>	Monto de cotizaciones recaudadas 0,6% del mes	<Cotizaciones>	long	<Ingresos>		1
<b>Transferencia FONASA por D.P</b>	Total, monto en el mes transferido por FONASA	<TransferenciaFonasa>	long	<Ingresos>		1
<b>Cotizaciones anteriores</b>	Monto de cotizaciones recaudadas 0,6% de meses anteriores	<CotizacionesAnteriores>	long	<Ingresos>		1
<b>Reajuste Ley 17322</b>	Monto de reajustes enterados por aplicación de la Ley N°17322	<ReajLey17322>	long	<Ingresos>		1
<b>CotizacionesEntPagSil</b>	Monto cotizaciones 0,6% enteradas por entidades pagadoras de subsidios	<CotizacionesEntPagSil>	long	<Ingresos>		1
<b>Reintegro cobro</b>	Montos recuperados de subsidios y cotizaciones indebidamente pagados	<ReintegroCobroIndebido>	long	<Ingresos>		1
<b>TotalIngresos</b>	Total de sección ingresos	<TotalIngresos>	long	<Ingresos>		1
<b>Egresos</b>	Sección que detalla los egresos informados	<Egresos>	complexType anónimo	<SusCarFin>		1
<b>Subsidio de Incapacidad Laboral</b>	Monto total Subsidios de Incapacidad Laboral (SIL) común, mat. Suplementario	<SubsidioIncapLaboral>	complexType anónimo	<Egresos>		1
<b>EnfermedadComunIL</b>	Monto de SIL de origen común	<EnfermedadComunIL>	long	<SubsidioIncapLaboral>		1
<b>SubMaternalSuplemIL</b>	Monto de SIL de origen maternal suplementario	<SubMaternalSuplemIL>	long	<SubsidioIncapLaboral>		1
<b>DescBenefNoCobrados</b>	Descuento Beneficios caducados o anulados	<DescBenefNoCobrados>	long	<Egresos>		1
<b>SubsidiosRevalidados</b>	Monto total Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) Revalidados	<SubsidiosRevalidados>	complexType anónimo	<Egresos>		1
<b>EnfermedadComunSR</b>	Monto de SIL revalidados de origen común	<EnfermedadComunSR>	long	<SubsidiosRevalidados>		1
<b>SubMaternalSuplemSR</b>	Monto de SIL revalidados de origen maternal suplementario	<SubMaternalSuplemSR>	long	<SubsidiosRevalidados>		1
<b>CotizacionesFondoPensiones</b>	Monto total Cotizaciones a Fondo de Pensiones	<CotizacionesFondoPensiones>	complexType anónimo	<Egresos>		1

<b>EnfermedadComunFP</b>	Monto Cotizaciones a Fondo de Pensiones origen común	<EnfermedadComunFP>	long	<CotizacionesaFondoPensiones>		1
<b>SubMaternalSuplemFP</b>	Monto cotizaciones a Fondo de Pensiones origen maternal suplementario	<SubMaternalSuplemFP>	long	<CotizacionesaFondoPensiones>		1
<b>CotizacionesSalud</b>	Monto total Cotizaciones de Salud	<CotizacionesSalud>	complexType anónimo	<Egresos>		1
<b>EnfermedadComunCS</b>	Monto Cotizaciones de Salud origen común	<EnfermedadComunCS>	long	<CotizacionesSalud>		1
<b>SubMaternalSuplemCS</b>	Monto Cotizaciones de Salud origen maternal suplementario	<SubMaternalSuplemCS>	long	<CotizacionesSalud>		1
<b>OtrasCotizaciones</b>	Monto total Otras Cotizaciones	<OtrasCotizaciones>	complexType anónimo	<Egresos>		1
<b>EnfermedadComunOC</b>	Monto Otras Cotizaciones origen común	<EnfermedadComunOC>	long	<OtrasCotizaciones>		1
<b>SubMaternalSuplemOC</b>	Monto Otras Cotizaciones origen maternal	<SubMaternalSuplemOC>	long	<OtrasCotizaciones>		1
<b>Comisiones</b>	Comisiones	<Comisiones>	long	<Egresos>		1
<b>OtrosEgresos</b>	Otros Egresos	<OtrosEgresos>	long	<Egresos>		1
<b>TotalEgresos</b>	Total de sección egresos	<TotalEgresos>	long	<Egresos>		1
<b>Déficit</b>	Déficit	<Deficit>	long	<SusCarFin>		2
<b>Excedente</b>	Excedente	<Excedente>	long	<SusCarFin>		2
<b>seguridad</b>	Firma electrónica del documento con XML Signature	<seguridad>	CTFirma	<SusCarFin>		2

## ANEXO N° 2

### FORMATO DE ARCHIVOS PLANOS

#### 1. Definición de Archivos

**Materia:** DETALLE DE INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA DEL PERÍODO

**Periodicidad:** Mensual.

#### Requerimientos a la Entidad:

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

**Materia:** RESUMEN DE INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA DEL PERÍODO

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

**Materia:** DETALLE DE INGRESOS POR COTIZACIÓN DE PERÍODOS ANTERIORES

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

**Materia:** RESUMEN DE INGRESOS POR COTIZACIÓN DE PERÍODOS ANTERIORES

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

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

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

monto_reaj_pag	monto de reajustes por Ley N° 17.322 pagado	N[10]
----------------	---	-------

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

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

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

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

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

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

RES_COT_06_NO PAG	Archivo 08	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_emp	rut empresa que declara	99999999-A A[10]

nombre_emp	nombre empresa que declara	A[60]
num_compin	código COMPIN o SUB COMPIN correspondiente al empleador	A[10]
n_declaracion	Nº planilla declaración	A[20]
tipo_declaracion	tipo de planilla declaración	A[02]
n_tra_car	número total de trabajadores cotizantes declarados en carátula	N[10]
m_impo_car	monto total Imponible declarado en carátula	N[10]
m_06_car	monto total declarado en carátula	N[10]
n_tra_C.C.A.F.	número total de trabajadores cotizantes declarado según nómina	N[10]
m_impo_C.C.A.F.	monto total Imponible declarado en nómina:	N[10]
m_06_C.C.A.F.	monto total declarado según nómina	N[10]
m_06_dec	monto cotización SIL declarado al FONDO en el mes informado	N[10]
m_sal_emp	monto declarado del saldo por pagar al empleador por parte de la C.C.A.F.	N[10]
m_sal_fondo	monto declarado del saldo por pagar al Fondo por parte del empleador	N[10]

**Materia:** SUBSIDIOS RECUPERADOS

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

**Materia:** DETALLE DEL GASTO EN SUBSIDIOS Y COTIZACIONES

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

PAGO_SUB_REEMB	Archivo 10	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_trab	rut trabajador	99999999-A A[10]
nombre_trab	nombre del trabajador	A[60]
rut_emp	rut empleador	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa	A[60]
rut_ent_rep	rut entidad reportante	99999999-A A[10]
nombre_ent_rep	nombre entidad reportante	A[60]
genero	masculino, femenino	"M" o "F"
act_laboral	actividad laboral del trabajador	A[02]

num_licencia	número licencia	A[14]
num_compin	código COMPIN o SUB COMPIN que autoriza la licencia	A[10]
tipo_lic	tipo de licencia en formulario licencia médica	A[02]
CODIGO_DIAG	código de diagnóstico (CIE10) licencia médica	A[10]
fe_ini_lic	fecha de inicio licencia	DATE (AAAAMMDD)
fe_ter_lic	fecha de término licencia	DATE (AAAAMMDD)
inicia_mes	licencia iniciada en el mes, si/no	"S" o "N"
fe_ini_pro	fecha de Inicio licencia anterior (si esta es prórroga)	DATE (AAAAMMDD)
n_dias_lic	número de días duración de la licencia médica	N[03]
tipo_pago_sub	grupo de pago subsidio y cotizaciones	A[02]
tipo_rend	tipo rendición	A[02]
cod_entidad	código entidad de pensión	A[10]
n_dias_sub_pago	número de días subsidios a pagar	N[03]
n_dias_cot_pago	número de días cotizaciones a pagar	N[03]
n_dias_sub_mes	número de días pagados de subsidio en el mes	N[03]
n_dias_cot_mes	número de días pagados de cotizaciones en el mes	N[03]
monto_diario	monto del subsidio diario	N[10,2]
monto_sub	monto de subsidio pagado	N[10]
monto_cot_pen	monto de cotización pensión pagada	N[10]
monto_cot_salud	monto cotización salud (pagada (FONASA)	N[10]
monto_cot_06	monto cotización salud pagada (C.C.A.F)	N[10]
monto_otras_cot	monto otras cotizaciones pagadas	N[10]
monto_seg_ces	monto cotización seguro de cesantía pagada	N[10]
monto_pago_doc	monto a pagar en el documento	N[10]
tipo_pago_doc	modalidad de pago documento	A[02]
n_documento	número del documento de pago	A[20]
fecha_em_doc	fecha emisión del documento	DATE (AAAAMMDD)
banco_pago	banco del documento de pago (cuando corresponda	A[10]
rut_medico	rut médico	99999999-A A[10]
nombre_medico	nombre médico	A[60]
per_renta	Período renta	DATE (AAAAMM)

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

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

PAGO_SUB_REEMB	Archivo 11	
Nombre Campo	Descripción	Formato
rut_trab	rut trabajador	99999999-A A[10]
nombre_trab	nombre del trabajador	A[60]
rut_emp	rut empleador	99999999-A A[10]
nombre_emp	nombre empresa	A[60]
rut_ent_rep	rut entidad reportante	99999999-A A[10]
nombre_ent_rep	nombre entidad reportante	A[60]
genero	masculino, femenino	"M" o "F"
num_permiso	número de licencia o permiso y nombre de la COMPIN	A[14]
num_compin	código COMPIN o SUB COMPIN que otorgó la licencia.	A[10]
TIPO_LIC	tipo de licencia o permiso	A[2]
N_dias_per	número de días duración de la licencia o permiso	N[03]



<b>tipo_pago_sub</b>	grupo de pago subsidio y cotizaciones	A[02]
<b>tipo_rend</b>	tipo rendición	A[02]
N_dias_sub	número de días pagados de subsidios	N[03]
N_dias_cot	número de días pagados de cotizaciones	N[03]
monto_sub	monto de subsidio pagado	N[10]
monto_cot_pen	monto de cotización pensión	N[10]
monto_cot_salud	monto cotización salud (7%)	N[10]
monto_otras_cot	monto otras cotizaciones	N[10]
monto_seg_ces	monto cotización seguro de cesantía	N[10]
monto_reajustes	Monto reajustes	N[10]
monto_interes	Monto intereses	N[10]
monto_pago_doc	monto pagado según documento	N[10]
<b>tipo_pago_doc</b>	modalidad de pago documento	A[02]
N_documento	número del documento de pago	A[20]
fecha_em_doc	fecha emisión del documento	DATE (AAAAMMDD)
<b>banco_pago</b>	banco del documento de pago (cuando corresponda)	A[10]
rut_medico	rut médico	99999999-A A[10]
nombre_medico	nombre médico	A[60]
per_renta	Período renta	DATE (AAAAMM)

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

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

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

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

**Materia:** RENDICION DE DOCUMENTOS EMITIDOS

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

**Materia:** SUBSIDIOS REVALIDADOS

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

**Materia:** COMISIONES

**Periodicidad:** Mensual.

**Requerimientos a la Entidad:**

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

## 2. Listado de Dominios

TIPO_DECLARACION	
01	Planilla de papel
02	Planilla electrónica
99	otro

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

50129	SUBCOMPIN- METROPOLITANO SUR ORIENTE
50199	OTRA COMPIN

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

COD_ENTIDAD	
80000	SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL
10101	CAJA DE COMPENSACION 18 DE SEPTIEMBRE
10102	CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR DE LOS ANDES
10103	CAJA DE COMPENSACION DE ASG. FAMILIAR GABRIELA MISTRAL
10104	CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR JAVIERA CARRERA
10105	CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR LA ARAUCANA
10106	CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR LOS HEROES
10199	OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN
20111	ASOCIACION CHILENA DE SEGURIDAD
20112	INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO
20113	MUTUAL DE SEGURIDAD CAMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCION
30100	INSTITUTO DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL
30101	EX-CAJA BANCARIA DE PENSIONES
30102	EX-CAJA PREVISIÓN DE EMPLEADOS PARTICULARES
30103	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LA HIPICA NACIONAL (CAPREHINA)
30105	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LA MARINA MERCANTE SECCION EMP. Y OFICIALES
30106	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LA MARINA MERCANTE SECCION TRIOMAR
30107	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LOS EMP. Y OBREROS DE LA EMP. MET. DE OBRAS SAN.
30108	EX-CAJA DE PREVISIÓN GILDEMEISTER
30109	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE EMPLEADOS DEL SALITRE
30110	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE EMPLEADOS MUNICIPALES DE SANTIAGO
30111	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE EMPLEADOS MUNICIPALES DE VALPARAISO
30112	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LOS OBREROS MUNICIPALES DE LA REPUBLICA
30114	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LOS EMPLEADOS DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE
30115	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LOS EMPLEADOS MUNICIPALES DE LA REPUBLICA
30116	EX-CAJA DE PREVISIÓN DE LOS FERROCARRILES DEL ESTADO
30118	EX-CAJA NACIONAL DE EMP. PUB. Y PERIOD. DEPTO PERIODISTAS
30119	EX-CAJA NACIONAL DE EMP. PUB. Y PERIOD. SECCION EMP. PUB.
30120	EX-DEPARTAMENTO DE INDEM. A OBREROS MOLINEROS Y PANIF.
30121	EX-SECCION DE PREVISIÓN DE LOS EMP. BCO CENTRAL DE CHILE
30122	EX-SECCION DE PREV. SOCIAL EMP. CIA DE CONS. DE GAS STGO
30123	EX-SECCION DE RET. EMP SOC. MAURICIO HOCHSCHULD Y CIA LTDA
30124	EX-CAJA DE RETIRO COMPAÑIA CERVECERIAS UNIDAS
30125	EX-SERVICIO DE SEGURO SOCIAL
30199	OTRA EX-CAJA
40103	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES CUPRUM S.A.

40105	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES HABITAT S.A.
40107	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES PLANVITAL S.A.
40109	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES PROVIDA S.A.
40111	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES ING S.A.
40112	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES SUMMA BANSANDER S.A.
40199	OTRA AFP
50101	COMPIN REGIÓN DE ANTOFAGASTA
50102	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE
50103	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR
50104	SUBCOMPIN- ARAUCO
50105	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
50106	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE ARICA
50107	COMPIN- REGION DE ATACAMA
50108	COMPIN- REGIÓN DE AYSÉN
50109	SUBCOMPIN- BIO BIO
50110	COMPIN- REGION DE COQUIMBO
50111	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE
50112	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE LLANQUIHUE-CHILOE-PALENA
50113	COMPIN- REGIÓN DE MAGALLANES
50114	SUBCOMPIN- DE NUBLE
50115	SUBCOMPIN- OSORNO
50116	SUBCOMPIN- DE ACONCAGUA
50117	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO
50118	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VALDIVIA
50119	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VALPARAISO-SAN ANTONIO
50120	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VINA DEL MAR-QUILLOTA
50121	COMPIN- REGIÓN DE OHIGGINS
50122	COMPIN- REGIÓN DEL MAULE
50124	SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO STGO. CENTRO
50125	SUBCOMPIN- METROPOLITANO NORTE
50126	SUBCOMPIN- METROPOLITANO PONIENTE
50127	SUBCOMPIN- METROPOLITANO ORIENTE
50128	SUBCOMPIN- METROPOLITANO SUR
50129	SUBCOMPIN- METROPOLITANO SUR ORIENTE
50199	OTRA COMPIN
70100	FONDO NACIONAL DE SALUD
30503	CODELCO DIVISIÓN SALVADOR (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
30504	CODELCO DIVISIÓN NORTE (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
30505	CODELCO DIVISIÓN EL TENIENTE (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
30506	CODELCO DIVISIÓN ANDINA (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
30507	CIA. SIDERURGICA DE HUACHIPATO (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
30508	UNIVERSIDAD CATOLICA (ADM. DELEGADA LEY 16.744)
85001	SEREMI REGION DE TARAPACA
85002	SEREMI REGION DE ANTOFAGASTA
85003	SEREMI REGION DE ATACAMA
85004	SEREMI REGION DE COQUIMBO
85005	SEREMI REGION DE VALPARAISO
85006	SEREMI REGION DEL LIBERTADOR
85007	SEREMI REGION DEL MAULE
85008	SEREMI REGION DEL BIO-BIO
85009	SEREMI REGION DE LA ARAUCANIA
85010	SEREMI REGION DE LOS LAGOS
85011	SEREMI REGION DE AYSÉN

85012	SEREMI REGION DE MAGALLANES Y LA ANTARTICA CHILENA
85013	SEREMI REGION METROPOLITANA
85014	SEREMI REGION DE LOS RIOS
85015	SEREMI REGION DE ARICA Y PARINACOTA
90999	OTRAS

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

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

<b>TIPO_LIC</b>	
1	Enfermedad o accidente común
2	Prórroga medicina preventiva
3	Patología del embarazo o prórroga del pre natal
99	

<b>CODIGO_DIAG</b>	CODIGO CIE 10
<b>TIPO_PAGO_SUB</b>	
01	Pago Regular
02	Pago Revalidado
03	Diferencia de Tasas de Cotizaciones
04	Reliquidación
05	Pago reingresado
99	Otro

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

99	otro
----	------

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

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

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

TIPO_PAGO_COT	
---------------	--

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

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

### 3. Nomenclatura del nombre de Archivo

#### 3.1 Nombre de los Archivos

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

EEEEE\_NOMBREARCHIVO\_AÑOMES.CSV

Donde:

EEEEE = Código de la Entidad.

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

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

Ejemplo: Si se está enviando el Archivo 1 (Detalle de ingresos por cotización 0,6% del periodo), correspondiente al periodo febrero de 2015, entonces el nombre del archivo será EEEEE\_A01\_201502.CSV, donde:

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

#### 3.2 Formato de Campos

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

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

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

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

- Código: pueden ser los siguientes dígitos:
  - i. 1: Código formulario institucional
  - ii. 2: Código formulario individual
  - iii. 3: Licencia médica electrónica de Operador Imed
  - iv. 4: Licencia médica electrónica de Operador Medipass
- Guion ("-"): después del Código debe venir un carácter "-".



- Folio: de la licencia médica completo o folio de la licencia médica electrónica completo (sin código). Sin embargo, como la extensión del campo es de 14 caracteres, se deberán completar incluyendo ceros después del guion.

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

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

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

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

### 3.3 Calendario del proceso

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

**ANEXO 3**  
**RESUMEN DE COTIZACIONES PREVISIONALES**

**ENTERADAS EN EL MES DE \_\_\_\_\_**  
**INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_**

INSTITUCIONES	TIPOS DE SUBSIDIOS			N° DE CHEQUE O DEPOS. ELECTRO.	BANCO
	ENFERMEDAD COMUN	MATERNAL SUPLEMENTARIO	TOTAL		
<b>1.- FONDOS DE PENSIONES</b> A.F.P. CUPRUM S.A. A.F.P. HABITAT S.A. A.F.P. PLANVITAL S.A. A.F.P. PROVIDA S.A. A.F.P. CAPITAL S.A. A.F.P. MODELO S.A. A.F.P. UNO S.A A.F,P ING S.A A.F.P. SUMMA-BANSANDER S.A INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL MUNICIPALIDADES Y CORPORACIONES (*) <b>SUB-TOTAL</b>					
<b>2.- FONDOS DE SALUD</b> FONDO NACIONAL DE SALUD CAJAS DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR MUNICIPALIDADES Y CORPORACIONES (*) <b>SUB-TOTAL</b>					
<b>3.- COTIZACIONES DESAHUCIO E INDEMNIZACIONES</b>  INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL MUNICIPALIDADES Y CORPORACIONES (*) <b>SUB-TOTAL</b>					
<b>TOTAL CARGO FONDO PARA SUBSIDIOS PARA INCAPACIDAD LABORAL</b>					
<b>4.- COTIZACION SEGURO DE CESANTIA</b>  ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTÍA II (AFC II) ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTÍA III (AFC III)  INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL <b>TOTAL</b>					

(\*) Corresponde a las cotizaciones efectuadas por las instituciones empleadoras de imponentes afectos a la Ley N°18.834, o a otras normas especiales que otorguen derecho a remuneración durante los períodos acogidos a licencias médicas, que son restituidas posteriormente por las entidades pagadoras de subsidios conjuntamente con dicho beneficio.

**ANEXO N° 4**

**CALCULO DE LAS COMISIONES (Oficio Circular N°7.590, de 1990)  
(MES DE LA INFORMACION)  
(en pesos)**

**A.- BASES DE CALCULO**

- N° de Subsidios Iniciados en el mes anterior:
- N° de Trabajadores que cotizaron en el mes anterior:
- N° de Empresas que cotizaron en el mes anterior:
- N° de Trabajadores Afiliados:
- N° de Empresas Afiliadas:
- N° Promedio de Trabajadores Afiliados por Empresa:
- Factor de Ponderación (según promedio de afiliados):

**B.- MONTO DE LAS COMISIONES POR SUBSIDIO INICIADO PAGADO**

N° Subsidios Iniciados	x	\$ 315	=	\$
---------------------------	---	--------	---	----

**C.- MONTO DE LAS COMISIONES POR AFILIADO**

N° de Trabajadores que cotizaron en el mes anterior		Cuota de Comisión por cotizantes (en pesos)	
Hasta 50.000	x	8	
50.001 - 70.000	x	6	
70.001 - 90.000	x	5	
90.001 - 110.000	x	4	
110.001 - 140.000	x	3	
140.001 - 170.000	x	2	
170.001 - 200.000	x	1	
200.001 y más	x	0,5	
<b>Suma Total</b>			\$

**D.- MONTO TOTAL DE LAS COMISIONES CONSIDERANDO PROMEDIO DE AFILIADOS POR EMPRESA**

(	Resultado obtenido en B.-	+	Resultado obtenido en C.-	)	x	Factor de Ponderación	=	\$
---	------------------------------	---	------------------------------	---	---	--------------------------	---	----

**E.- MAS INCREMENTO POR COBROS INDEBIDOS DETECTADOS POR LA C.C.A.F.**

N° Cobros Indebidos	x	\$ 200	=	\$
<b>TOTAL COMISIONES (D.- y E.-)</b>				\$

**ANEXO N° 5**

CUADRO N°1								
NÚMERO DE LICENCIAS MÉDICAS TRAMITADAS SEGÚN TIPO Y SEXO DEL BENEFICIARIO								
(MES DE LA INFORMACIÓN)								
TIPO DE LICENCIA Y SEXO	NÚMERO DE LICENCIAS				NÚMERO DE DÍAS PROVENIENTES DE LICENCIAS			
	TRAMITADAS	AUTORIZADAS		RECHAZADAS	TRAMITADAS	AUTORIZADAS		RECHAZADAS
		SIN MODIFICAR	MODIFICADAS			SIN MODIFICAR	MODIFICADAS	
ENFERMEDAD COMÚN								
- HOMBRES								
- MUJERES								
SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO								
- HOMBRES								
- MUJERES								
TOTAL								
- HOMBRES								
- MUJERES								

CUADRO N°2-A								
NÚMERO DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD COMÚN, POR COMPIN Y SUB COMPIN								
COMPIN O SUB COMPIN	TRAMITADAS		AUTORIZADAS				RECHAZADAS	
	SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SIN MODIFICAR		MODIFICADAS		SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO
			SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO		
COMPIN REGIÓN DE ANTOFAGASTA								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR								
SUBCOMPIN-ARAUCO								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD CONCEPCION								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE ARICA								
COMPIN- REGION DE ATACAMA								
COMPIN- REGIÓN DE AISEN								
SUBCOMPIN- BIO BIO								
COMPIN- REGION DE COQUIMBO								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE LLANQUIHUE-CHILOE-PALENA								
COMPIN- REGIÓN DE MAGALLANES								
SUBCOMPIN- DE NUBLE								
SUBCOMPIN- OSORNO								
SUBCOMPIN- DE ACONCAGUA								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO								

SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VALDIVIA				
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VALPARAISO-SAN ANTONIO				
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VINA DEL MAR-QUILLOTA				
COMPIN- REGIÓN DE OHIGGINS				
COMPIN- REGIÓN DEL MAULE				
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO STGO. CENTRO				
SUBCOMPIN-METROPOLITANO NORTE				
SUBCOMPIN-METROPOLITANO PONIENTE				
SUBCOMPIN-METROPOLITANO ORIENTE				
SUBCOMPIN-METROPOLITANO SUR				
SUBCOMPIN-METROPOLITANO SUR ORIENTE				
OTRA COMPIN				
COMPIN REGIÓN DE ARICA - PARINACOTA				
COMPIN REGIÓN DE TARAPACA				
SUBCOMPIN VALPARAISO				
SUBCOMPIN VINA DEL MAR				
SUBCOMISION CURICO				
SUBCOMISION CONCEPCIÓN - TALCAHUANO				
SUBCOMISION MALLECO				
SUBCOMISION CAUTÍN				
COMPIN REGIÓN DE LOS RIOS				
SUBCOMPIN-LLANQUIHUE PALENA				
SUBCOMISION CHILOE				
COMPIN RM (CONTRALORIA CENTRALIZADA LME)				
TOTAL				

CUADRO N°2-B								
NÚMERO DE DIAS PROVENIENTES DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD COMÚN, POR COMPIN Y SUB COMPIN								
COMPIN O SUB COMPIN	TRAMITADAS		AUTORIZADAS				RECHAZADAS	
			SIN MODIFICAR		MODIFICADAS			
	SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO
COMPIN REGIÓN DE ANTOFAGASTA								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR								
SUBCOMPIN-ARAUCO								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD CONCEPCION								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE ARICA								
COMPIN- REGION DE ATACAMA								
COMPIN- REGIÓN DE AYSEN								
SUBCOMPIN- BIO BIO								
COMPIN- REGION DE COQUIMBO								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE LLANQUIHUE-CHILOE-PALENA								
COMPIN- REGIÓN DE MAGALLANES								
SUBCOMPIN- DE NUBLE								
SUBCOMPIN- OSORNO								
SUBCOMPIN- DE ACONCAGUA								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VALDIVIA								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VALPARAISO-SAN ANTONIO								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD DE VINA DEL MAR-QUILLOTA								
COMPIN- REGIÓN DE OHIGGINS								
COMPIN- REGIÓN DEL MAULE								
SUBCOMPIN-SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO STGO. CENTRO								
SUBCOMPIN-METROPOLITANO NORTE								
SUBCOMPIN-METROPOLITANO PONIENTE								

SUBCOMPIN-METROPOLITANO ORIENTE				
SUBCOMPIN-METROPOLITANO SUR				
SUBCOMPIN-METROPOLITANO SUR ORIENTE				
OTRA COMPIN				
COMPIN REGIÓN DE ARICA -PARINACOTA				
COMPIN REGIÓN DE TARAPACA				
SUBCOMPIN VALPARAISO				
SUBCOMPIN VINA DEL MAR				
SUBCOMISION CURICO				
SUBCOMISION CONCEPCIÓN - TALCAHUANO				
SUBCOMISION MALLECO				
SUBCOMISION CAUTÍN				
COMPIN REGIÓN DE LOS RIOS				
SUBCOMPIN-LLANQUIHUE PALENA				
SUBCOMISION CHILOE				
COMPIN RM (CONTRALORIA CENTRALIZADA LME)				
TOTAL				

CUADRO N°3										
NÚMERO Y DÍAS DE SUBSIDIO SEGÚN TIPO DISTRIBUIDOS POR REGIÓN (MES DE LA INFORMACIÓN)										
REGIÓN	N° SUBSIDIOS INICIADOS			N° SUBSIDIOS PAGADOS			N° DE PERSONAS SUBSIDIADAS		N° DE DÍAS DE SUBSIDIO PAGADOS	
	SIL ENFERMEDAD COMÚN	POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SIL ENFERMEDAD COMÚN	POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SIL ENFERMEDAD COMÚN	POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO
TARAPACÁ										
ANTOFAGASTA										
ATACAMA										
COQUIMBO										
VALPARAÍSO										
LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS										
MAULE										
BIOBÍO										
LA ARAUCANÍA										
LOS LAGOS										
AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO										
MAGALLANES Y DE LA ANTÁRTICA CHILENA										
METROPOLITANA DE SANTIAGO										
LOS RÍOS										
ARICA Y PARINACOTA										
ÑUBLE										
TOTAL										

CUADRO N°4								
NÚMERO Y DÍAS DE SUBSIDIO SEGÚN TIPO Y ACTIVIDAD ECONÓMICA (MES DE LA INFORMACIÓN)								
ACTIVIDAD ECONÓMICA	N° SUBSIDIOS INICIADOS		N° SUBSIDIOS PAGADOS		N° DE PERSONAS SUBSIDIADAS		N° DE DÍAS DE SUBSIDIO PAGADOS	
	SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO	SIL POR ENFERMEDAD COMÚN	SUBSIDIO MATERNAL SUPLEMENTARIO
AGRICULTURA, SERV. AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PEZCA								
MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS								
INDUSTRIA MANUFACTURERA								
CONSTRUCCIÓN								
ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA								
COMERCIO								
TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES								
SERVICIOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, PROFESIONALES Y OTROS								
SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES								
OTROS								
TOTAL								

CUADRO N°5	
NÚMERO DE TRABAJADORES COTIZANTES PARA EL FONDO DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL DISTRIBUIDOS POR REGIÓN MES DE LA INFORMACIÓN	
REGIÓN	N° COTIZANTES
TARAPACÁ	
ANTOFAGASTA	
ATACAMA	
COQUIMBO	
VALPARAÍSO	
LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS	
MAULE	
BIOBÍO	
LA ARAUCANÍA	
LOS LAGOS	
AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO	
MAGALLANES Y DE LA ANTÁRTICA CHILENA	
METROPOLITANA DE SANTIAGO	
LOS RÍOS	
ARICA Y PARINACOTA	
ÑUBLE	
TOTAL	

CUADRO N°6			
NÚMERO DE TRABAJADORES COTIZANTES PARA EL FONDO DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL POR SEXO Y ACTIVIDAD ECONÓMICA MES DE LA INFORMACIÓN			
ACTIVIDAD ECONÓMICA / SEXO	NÚMERO DE COTIZANTES		
	HOMBRE	MUJERES	TOTAL
AGRICULTURA, SERV. AGRÍCOLAS, SILVICULTURA Y PEZCA			
MINAS, PETRÓLEOS Y CANTERAS			
INDUSTRIA MANUFACTURERA			



<b>CONSTRUCCIÓN</b>			
<b>ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA</b>			
<b>COMERCIO</b>			
<b>TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES</b>			
<b>SERVICIOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, PROFESIONALES Y OTROS</b>			
<b>SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES</b>			
<b>OTROS</b>			
<b>TOTAL</b>			

**ANEXO N° 6**  
**DICCIONARIO DE ARCHIVOS PLANOS**

**Archivo 01: DETALLE DE INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA DEL PERÍODO**

**Definición del requerimiento:**

En este archivo se debe incluir el detalle por trabajador de la cotización recaudada por la C.C.A.F. en el mes que se informa, proveniente de la remuneración imponible de los afiliados a la C.C.A.F. pertenecientes a FONASA. La información deberá obtenerse a partir de la nómina de detalle adjunta a la carátula de declaración y pago que presentan los empleadores, incluidas las regularizaciones que efectúa la C.C.A.F. con posterioridad al día de la recepción de las planillas (manuales o electrónicas) y que correspondan al movimiento del mes que se informa. El monto de la cotización debe corresponder al valor declarado y pagado por los empleadores independientes de las compensaciones efectuadas por concepto de asignaciones familiares y maternales.

**Requerimientos a la Entidad:**

<b>DET_COT_06_PER</b>	<b>Archivo 01</b>
<b>Nombre Campo</b>	<b>Descripción</b>
rut_emp	<b>Rut empresa que declara y paga:</b> Rut de la empresa.
nombre_emp	<b>Nombre empresa que declara y paga:</b> Razón social de la empresa.
n_declaracion	<b>N° planilla declaración y pago:</b> N° de folio de la planilla en papel o electrónica.
tipo_declaracion	<b>Tipo de planilla declaración y pago:</b> Señalar si es en papel o electrónica (Ver: Listado de Dominios).
tipo_nac_tra	<b>Tipo de trabajador:</b> Indicar si el trabajador es chileno ("S") o extranjero ("N").
rut_trab	<b>Rut trabajador:</b> Rut del trabajador registrado en la nómina de detalle adjunta a la carátula por el cual se cotiza para FONASA. Tratándose de trabajadores extranjeros que no tengan un RUT asignado, deberá registrarse en este campo el código que represente su identificación de origen, esto es, su número de cédula o pasaporte que lo identifica como extranjero y en caso que esta codificación exceda el largo de 10 caracteres, entonces el código debe truncarse de derecha a izquierda.
nombre_trab	<b>Nombre del trabajador:</b> Nombre y apellidos del trabajador por el cual se cotiza para FONASA.
monto_impon	<b>Monto remuneración imponible declarado y pagado:</b> Monto de la remuneración imponible (incluidas las gratificaciones) por cada trabajador sobre la cual se determina la cotización.
monto_06	<b>Monto cotización para la C.C.A.F. declarado y pagado:</b> Monto de la cotización destinada a la C.C.A.F. por trabajador calculado en base a la remuneración imponible informada en el campo inmediatamente anterior y que corresponde ser enterada a la C.C.A.F.
n_dias_trab	<b>N° días trabajados en el mes que se declaró y pagó la cotización informada:</b> Corresponden al número de días trabajados en el mes que se informan en la nómina de detalle adjunta a la planilla de cotizaciones para cada trabajador. En el caso de no ser informado por el empleador en la nómina de detalle, deberá asumirse que corresponden a 30 días.

**Archivo 02: RESUMEN DE INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA DEL PERÍODO**

**Definición del requerimiento:**

En este archivo se debe incluir un resumen por planilla de declaración y pago de los datos correspondientes al número total de trabajadores cotizantes, monto total de la remuneración imponible y monto total de la cotización recaudada

tanto de la carátula de declaración y pago como de la nómina de trabajadores adjunta y cuyo detalle debiera corresponder a los trabajadores y montos informados en el archivo 01. En este archivo además deberá registrarse el monto total de las asignaciones familiares correspondientes al mes y a períodos anteriores según carátula y que correspondan ser compensadas por concepto de cotización.

**Requerimientos a la Entidad:**

RES_COT_06_PER	Archivo 02
Nombre Campo	Descripción
rut_emp	<b>Rut empresa que declara y paga:</b> Rut de la empresa.
nombre_emp	<b>Nombre empresa que declara y paga:</b> Razón social de la empresa.
num_compin	<b>Código COMPIN o SUB COMPIN correspondiente al empleador:</b> Correspondiente al domicilio del empleador (Ver: Listado de Dominios).
n_declaracion	<b>N° planilla declaración y pago:</b> N° de folio de la planilla en papel o electrónica.
tipo_declaracion	<b>Tipo de planilla declaración y pago:</b> Señalar si es en papel o electrónica (Ver: Listado de Dominios).
n_tra_car	<b>Número total de trabajadores cotizantes en carátula:</b> N° total de trabajadores cotizantes informados por el empleador en la carátula de declaración.
m_impo_car	<b>Monto total Imponible declarado y pagado en carátula:</b> Remuneración imponible total informada por el empleador en la carátula de declaración.
m_06_car	<b>Monto total declarado y pagado en carátula:</b> Cotización total informada por el empleador en la carátula de declaración.
n_tra_C.C.A.F.	<b>Número total de trabajadores cotizantes según nómina:</b> Corresponde al N° total de trabajadores individualizados en el archivo 01. Este número debe incluirse en la información estadística del mes correspondiente.
m_impo_C.C.A.F.	<b>Monto total Imponible declarado y pagado en nómina:</b> Corresponde al monto total de la remuneración imponible declarada en la nómina conforme a lo registrado en el archivo 01.
m_06_C.C.A.F.	<b>Monto total declarado y pagado según nómina:</b> Corresponde al monto total de la cotización declarada y pagada determinado por la C.C.A.F. a partir de validación de la nómina cuyo detalle se encuentra contenido en el archivo 01.
m_06_ing	<b>Monto cotización del SIL ingresado al FONDO en el mes informado:</b> es el ingreso que corresponde imputar al Fondo por concepto de cotizaciones recaudadas en el mes que se informa.
m_sal_emp	<b>Monto del saldo por pagar al empleador por parte de la C.C.A.F.:</b> Corresponde a la diferencia positiva entre la sumatoria de la Asig. Familiar real determinado por la C.C.A.F. y el monto ingresado por empleador junto a planilla de declaración, si corresponde, menos la cotización real determinada por la C.C.A.F.
m_sal_fondo	<b>Monto del saldo por pagar al Fondo por parte del empleador:</b> Corresponde a la diferencia negativa entre la sumatoria de la Asig. Familiar real determinado por la C.C.A.F. y el monto ingresado por empleador junto a planilla de declaración, si corresponde, menos la cotización real determinada por la C.C.A.F.
reaj_pag	<b>Monto total declarado y pagado en el mes por reajustes Ley N°17.322:</b> Monto total de los reajustes que se pagan por aplicación de la Ley N°17.322 calculados sobre el monto total de la cotización declarada y pagada que corresponde aplicar por aquellas planillas que son declaradas y pagadas con posterioridad al día 10 de cada mes y hasta el último día del mismo mes. (Forma parte del respaldo del monto consignado en el N°3.- del ítem A. Ingresos del Informe Financiero).
m_af_car	<b>Monto total AF consignado en carátula:</b> Monto total consignado por el empleador en la carátula correspondiente a las cargas familiares informadas.
m_af_C.C.A.F.	<b>Monto total AF real determinado por la C.C.A.F.:</b> Monto total determinado por la C.C.A.F. correspondiente a las cargas familiares debidamente acreditadas.
monto_ing_dec	<b>Monto ingresado a C.C.A.F. junto a planilla de declaración:</b> Corresponde al monto recepcionado por la C.C.A.F. de parte del empleador al momento de la recepción de la planilla de declaración y pago de cotizaciones.

**Archivo 03: DETALLE DE INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA DE PERÍODOS ANTERIORES**

**Definición del requerimiento:**

En este archivo se debe incluir el detalle por trabajador de la cotización recaudada por la C.C.A.F. en el mes que se informa por cotizaciones atrasadas que fueron declaradas y no pagadas en su oportunidad, o no declaradas, provenientes de la remuneración imponible de los afiliados a la C.C.A.F. pertenecientes a FONASA. La información deberá obtenerse a partir de la nómina de detalle adjunta a la carátula de declaración y pago que presentan los empleadores, incluidas las regularizaciones que efectúa la C.C.A.F. con posterioridad al día de la recepción de las planillas (manuales o electrónicas) y que correspondan al movimiento del mes que se informa. El monto de la cotización debe corresponder al valor declarado

y pagado por los empleadores independientes de las compensaciones efectuadas por concepto de asignaciones familiares y maternales.

**Requerimientos a la Entidad:**

<b>DET_COT_06_ANT</b>	<b>Archivo 03</b>
<b>Nombre Campo</b>	<b>Descripción</b>
rut_emp	<b>Rut empresa que declara y paga:</b> Rut de la empresa.
nombre_emp	<b>Nombre empresa que declara y paga:</b> Razón social de la empresa.
n_declaracion	<b>N° planilla declaración y pago:</b> N° de folio de la planilla en papel o electrónica.
tipo_declaracion	<b>Tipo de planilla declaración y pago:</b> Señalar si es en papel o electrónica (Ver: Listado de Dominios).
tipo_nac_tra	<b>Tipo de trabajador:</b> Indicar si el trabajador es chileno ("S") o extranjero ("N").
rut_trab	<b>Rut trabajador:</b> Rut del trabajador registrado en la nómina de detalle adjunta a la carátula por el cual se cotiza para FONASA. Tratándose de trabajadores extranjeros que no tengan un RUT asignado, deberá registrarse en este campo el código que represente su identificación de origen, esto es, su número de cédula o pasaporte que lo identifica como extranjero y en caso que esta codificación exceda el largo de 10 caracteres, entonces el código debe truncarse de derecha a izquierda.
nombre_trab	<b>Nombre del trabajador:</b> Nombre y apellidos del trabajador por el cual se cotiza para FONASA.
monto_impon	<b>Monto remuneración Imponible declarado y pagado:</b> Monto de la remuneración imponible (incluidas las gratificaciones) por trabajador sobre la cual se determina la cotización .
monto_06	<b>Monto cotización declaraday pagada:</b> Monto de la cotización por trabajador calculado en base a la remuneración imponible informada en el campo inmediatamente anterior y que corresponde ser enterada a la C.C.A.F.
n_dias_trab	<b>N° días trabajados en el mes que se declaró y pagó la cotización informada:</b> Corresponden al número de días trabajados en el mes que se informan en la nómina de detalle adjunta a la planilla de cotizaciones para cada trabajador. En el caso de no ser informado por el empleador en la nómina de detalle, deberá asumirse que corresponden a 30 días.

**Archivo 04: RESUMEN DE INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA DE PERÍODOS ANTERIORES**

**Definición del requerimiento:**

En este archivo se debe incluir un resumen por planilla de declaración y pago de los datos correspondientes al número total de trabajadores cotizantes, monto total de la remuneración imponible y monto total de la cotización recaudado, por cotizaciones atrasadas que fueron declaradas y no pagadas en su oportunidad, o no declaradas y que provienen tanto de la carátula de declaración y pago como de la nómina de trabajadores adjunta y cuyo detalle debe corresponder a los trabajadores y montos informados en el archivo 03.

**Requerimientos a la Entidad:**

<b>RES_COT_06_ANT</b>	<b>Archivo 04</b>
<b>Nombre Campo</b>	<b>Descripción</b>
rut_emp	<b>Rut empresa que declara y paga:</b> Rut de la empresa.
nombre_emp	<b>Nombre empresa que declara y paga:</b> Razón social de la empresa.
num_compin	<b>Código COMPIN o SUB COMPIN correspondiente al empleador:</b> Correspondiente al domicilio del empleador (Ver: Listado de Dominios).
n_declaracion	<b>N° planilla declaración y pago:</b> N° de folio de la planilla en papel o electrónica.
tipo_declaración	<b>Tipo de planilla declaración y pago:</b> Señalar si es en papel o electrónica (Ver: Listado de Dominios).

n_tra_car	<b>Número total de trabajadores cotizantes en carátula:</b> N° total de trabajadores cotizantes informados por el empleador en la carátula de declaración.
m_impo_car	<b>Monto total Imponible declarado y pagado en carátula:</b> Remuneración imponible total informada por el empleador en la carátula de declaración.
m_06_car	<b>Monto total declarado y pagado en carátula:</b> Cotización total informada por el empleador en la carátula de declaración.
n_tra_C.C.A.F.	<b>Número total de trabajadores cotizantes según nómina:</b> Corresponde al N° total de trabajadores individualizados en el archivo 03. Este número debe incluirse en la información estadística del mes correspondiente.
m_impo_C.C.A.F.	<b>Monto total Imponible declarado y pagado en nómina:</b> Corresponde al monto total de la remuneración imponible declarada en la nómina conforme a lo registrado en el archivo 03.
m_06_C.C.A.F.	<b>Monto total declarado y pagado según nómina:</b> Corresponde al monto total de la cotización del 0,6% declarada y pagada determinado por la C.C.A.F. a partir de validación de la nómina cuyo detalle se encuentra contenido en el archivo 03.
m_06_ing	<b>Monto cotización SIL ingresado al FONDO en el mes informado:</b> es el ingreso que corresponde imputar al Fondo por concepto de cotizaciones recaudadas en el mes que se informa.
m_sal_emp	<b>Monto del saldo por pagar al empleador por parte de la C.C.A.F.:</b> Corresponde a la diferencia positiva entre la sumatoria de la Asig. Familiar real determinado por la C.C.A.F. y el monto ingresado por empleador junto a planilla de declaración, si corresponde, menos la cotización real determinada por la C.C.A.F.
m_sal_fondo	<b>Monto del saldo por pagar al Fondo por parte del empleador:</b> Corresponde a la diferencia negativa entre la sumatoria de la Asig. Familiar real determinado por la C.C.A.F. y el monto ingresado por empleador junto a planilla de declaración, si corresponde, menos la cotización real determinada por la C.C.A.F.
06_rea_pag	<b>Monto de reajustes por Ley N° 17.322 pagado:</b> Monto total de los reajustes que se pagan por aplicación de la Ley N°17.322 calculados sobre el monto total de la cotización declarada y pagada. (Forma parte del respaldo del monto consignado en el N°3.- del ítem A. Ingresos del Informe Financiero).
cob_jud	<b>En cobranza judicial (si/no):</b> Señalar si se encontraba o no en cobranza esta cotización adeudada que en esta oportunidad se está pagando.
per_dec	<b>Período declarado:</b> Período anteriormente declarado y no pagado que se está pagando en el mes que se informa.
n_declaracion_ori	<b>N° planilla declaración original:</b> N° de la planilla de declaración mediante la cual originalmente se declaró y no pagó.
m_af_car	<b>Monto total AF consignado en carátula:</b> Monto total consignado en la carátula por el empleador correspondiente a las cargas familiares declaradas y pagadas.
m_af_C.C.A.F.	<b>Monto total AF real determinado por la C.C.A.F.:</b> Monto total determinado por la C.C.A.F. correspondiente a las cargas familiares debidamente acreditadas.
monto_ing_dec	<b>Monto ingresado a C.C.A.F. junto a planilla de declaración:</b> Corresponde al monto recepcionado por la C.C.A.F. de parte del empleador al momento de la recepción de la planilla de declaración y pago de cotizaciones.

#### **Archivo 05: INGRESOS POR COTIZACIÓN RECAUDADA CORRESPONDIENTE A DIFERENCIAS DE PERÍODOS ANTERIORES**

##### **Definición del requerimiento:**

En este archivo deberán incluirse los montos que en su oportunidad quedaron adeudados por los empleadores al FONDO y que en el mes que se informa están siendo reintegrados, ya sea producto de un pago directo efectuado por el empleador o como consecuencia de la rebaja efectuada por la C.C.A.F. sobre los saldos a favor del empleador. Deberán registrarse los montos correspondientes, los reajustes y los períodos donde se originó la deuda.

##### **Requerimientos a la Entidad:**

<b>COT_06_DIF</b>	<b>Archivo 05</b>
<b>Nombre Campo</b>	<b>Descripción</b>
rut_emp	<b>Rut empresa que declara y paga:</b> Rut de la empresa.
nombre_emp	<b>Nombre empresa que declara y paga:</b> Razón social de la empresa.
per_dec	<b>Período declarado:</b> Período declarado en el cual se originó la diferencia (que anteriormente fue declarado).

N_declaración_ori	<b>N° planilla declaración original:</b> (en papel o electrónica) N° de la planilla de declaración en la cual se generó la diferencia a favor del Fondo que se está pagando.
cob_jud	<b>En cobranza judicial (sí/no):</b> Señalar si se encontraba o no en cobranza esta diferencia que se está pagando.
monto_06_adeu	<b>Monto cotización adeudada por pagar:</b> Corresponde a diferencias registradas en el archivo 02 ó 04 que el empleador adeuda al Fondo y que corresponden a un período determinado.
monto_reaj_adeu	<b>Monto reajustes Ley N°17.322 por pagar:</b> Corresponde al reajuste determinado por la C.C.A.F. que se origina en las diferencias registradas en el archivo 02 ó 04 por deudas que mantiene el empleador con el Fondo y que corresponden a un período determinado.
monto_06_pag	<b>Monto total cotización nominal ingresado al FONDO:</b> corresponderá al monto enterado por el empleador, previo aviso de la deuda por parte de la C.C.A.F., o a los montos que se puedan rebajar del saldo a favor del empleador luego de efectuadas las compensaciones regulares de la cotización recaudada y que provienen de las diferencias determinadas por la C.C.A.F. El monto ingresado puede ser la deuda total o parcial que anteriormente ha sido señalada.
monto_reaj_pag	<b>Monto de reajustes por Ley N° 17.322 pagado:</b> corresponderá al monto enterado por el empleador, previo aviso de la deuda por parte de la C.C.A.F., o a los montos que se puedan rebajar del saldo a favor del empleador luego de efectuadas las compensaciones regulares de la cotización recaudada y que provienen de las diferencias determinadas por la C.C.A.F. El monto ingresado puede ser la deuda total o parcial que anteriormente ha sido señalada. (Forma parte del respaldo del monto consignado en el N°3.- del ítem A. Ingresos del Informe Financiero).

#### **Archivo 06: INGRESOS POR COTIZACIÓN ENTERADAS POR ENTIDADES PAGADORAS DE SUBSIDIOS DE ORIGEN LABORAL Y COMÚN**

##### **Definición del requerimiento:**

En este archivo se debe incluir el detalle por trabajador de la cotización enterada en la C.C.A.F. por un organismo administrador de la Ley N°16.744 (Mutualidades, Servicios de Salud o SEREMI, IPS o Administradores Delegados) en su calidad de entidad pagadora de subsidios por sus trabajadores subsidiados que pertenecen a una C.C.A.F. y que son afiliados al FONASA.

##### **Requerimientos a la Entidad:**

<b>COT_06_IND</b>	<b>Archivo 06</b>
<b>Nombre Campo</b>	<b>Descripción</b>
<b>TIPO_INSTITUCION</b>	<b>Tipo institución según dominio:</b> Señalar el tipo de entidad pagadora de subsidio de origen laboral que entera cotización a la C.C.A.F. por sus trabajadores subsidiados, ya que pueden ser Mutualidades, Servicios de Salud o SEREMI, IPS o Administradores Delegados. (Ver: Listado de Dominios)
<b>cod_entidad</b>	<b>Código entidad pagadora cotizaciones:</b> Código de la entidad que entera cotizaciones en la C.C.A.F. (Ver: Listado de Dominios).
<b>nombre_ent</b>	<b>Nombre entidad pagadora cotizaciones:</b> Razón social de la entidad que entera cotizaciones en la C.C.A.F.
<b>N_declaracion</b>	<b>N° planilla declaración y pago:</b> N° de folio de la planilla en papel o electrónica.
<b>tipo_declaracion</b>	<b>Tipo de planilla declaración y pago:</b> Señalar si es en papel o electrónica (Ver: Listado de Dominios).

num_licencia	<b>Número licencia o permiso:</b> N° de la licencia o permiso que generó el pago de la cotización .
num_dias_licencia	<b>Número días de licencia o permiso:</b> N° de días autorizados en esa licencia o permiso que originó el pago de cotizaciones.
tipo_nac_tra	<b>Tipo de trabajador:</b> Indicar si el trabajador es chileno ("S") o extranjero ("N").
rut_trab	<b>Rut trabajador:</b> Rut del trabajador registrado en la nómina de detalle adjunta a la carátula por el cual se cotiza en la C.C.A.F. Tratándose de trabajadores extranjeros que no tengan un RUT asignado, deberá registrarse en este campo el código que represente su identificación de origen, esto es, su número de cédula o pasaporte que lo identifica como extranjero y en caso que esta codificación exceda el largo de 10 caracteres, entonces el código debe truncarse de derecha a izquierda.
nombre_trab	<b>Nombre del trabajador:</b> Nombre y apellidos del trabajador por el que se paga cotizaciones .
rut_emp	<b>Rut empresa:</b> Rut de la empresa empleadora del trabajador.
nombre_emp	<b>Nombre empresa:</b> Razón social de la empresa empleadora del trabajador.
monto_impon	<b>Monto remuneración Imponible declarado y pagado:</b> Monto de la remuneración imponible por trabajador sobre la cual se calcula la cotización del que se está declarando y pagando.
monto_06	<b>Monto cotización declarada y pagada:</b> Monto de la cotización por trabajador calculado sobre la remuneración imponible informada en el campo anterior y que corresponde ser enterada a la C.C.A.F.

#### **Archivo 07: DETALLE DE COTIZACIONES (SIL) DECLARADAS Y NO PAGADAS**

##### **Definición del requerimiento:**

En este archivo deberá incluirse un detalle por trabajador de la cotización declarada y no pagada por los empleadores que figura en la nómina de detalle adjunta a la carátula de declaración y no pago, incluidas las regularizaciones que efectúa la C.C.A.F. con posterioridad al día de la recepción de las planillas (manuales o electrónicas) y que correspondan al movimiento del mes que se informa. El monto de la cotización debe corresponder al valor declarado y no pagado por los empleadores independientes de las compensaciones declaradas por concepto de asignaciones familiares y maternas.

##### **Requerimientos a la Entidad:**

<b>DET_COT_06_NO PAG</b>	<b>Archivo 07</b>
<b>Nombre Campo</b>	<b>Descripción</b>
rut_emp	<b>Rut empresa que declara:</b> Rut de la empresa.
nombre_emp	<b>Nombre empresa que declara:</b> Razón social de la empresa.
n_declaracion	<b>N° planilla declaración:</b> N° de folio de la planilla en papel o electrónica.
tipo_declaración	<b>Tipo de planilla declaración:</b> Señalar si es en papel o electrónica (Ver: Listado de Dominios).
tipo_nac_tra	<b>Tipo de trabajador:</b> Indicar si el trabajador es chileno ("S") o extranjero ("N").
rut_trab	<b>Rut trabajador:</b> Rut del trabajador registrado en la nómina de detalle adjunta a la carátula por el cual se declara cotización para FONASA. Tratándose de trabajadores extranjeros que no tengan un RUT asignado, deberá registrarse en este campo el código que represente su identificación de origen, esto es, su número de cédula o pasaporte que lo identifica como extranjero y en caso que esta codificación exceda el largo de 10 caracteres, entonces el código debe truncarse de derecha a izquierda.
nombre_trab	<b>Nombre del trabajador:</b> Nombre y apellidos del trabajador por el cual se declara cotización para FONASA.

monto_impon	<b>Monto remuneración Imponible declarado:</b> Monto de la remuneración imponible (incluidas las gratificaciones) por cada trabajador sobre la cual se declara la cotización.
monto_06	<b>Monto cotización declarada:</b> Monto de la cotización declarada por cada trabajador calculado en base a la remuneración imponible informada en el campo inmediatamente anterior.

#### **Archivo 08: RESUMEN DE COTIZACIONES (SIL) DECLARADAS Y NO PAGADAS**

##### **Definición del requerimiento:**

En este archivo se debe incluir un resumen por planilla de declaración y no pago de los datos correspondientes al número total de trabajadores cotizantes, monto total de la remuneración imponible y monto total de la cotización declarada, provenientes tanto de la carátula de declaración y no pago como de la nómina de trabajadores adjunta y cuyo detalle debe corresponder a los trabajadores y montos informados en el archivo 07.

##### **Requerimientos a la Entidad:**

<b>RES_COT_06_NO PAG</b>	<b>Archivo 08</b>
<b>Nombre Campo</b>	<b>Descripción</b>
rut_emp	<b>Rut empresa que declara:</b> Rut de la empresa.
nombre_emp	<b>Nombre empresa que declara:</b> Razón social de la empresa.
num_compin	<b>Código COMPIN o SUB COMPIN correspondiente al empleador:</b> Correspondiente al domicilio del empleador (Ver: Listado de Dominios).
n_declaración	<b>N° planilla declaración:</b> N° de folio de la planilla en papel o electrónica.
tipo_declaración	<b>Tipo de planilla declaración:</b> Señalar si es en papel o electrónica (Ver: Listado de Dominios).
n_tra_car	<b>Número total de trabajadores cotizantes declarados en carátula:</b> N° total de trabajadores cotizantes informados por el empleador en la carátula de declaración.
m_impo_car	<b>Monto total Imponible declarado en carátula:</b> Remuneración imponible total informada por el empleador en la carátula de declaración.
m_06_car	<b>Monto total declarado en carátula:</b> Cotización total informada por el empleador en la carátula de declaración.
n_tra_C.C.A.F.	<b>Número total de trabajadores cotizantes declarado según nómina:</b> Corresponde al N° total de trabajadores individualizados en el archivo 07. Este número no debe incluirse en la información estadística del mes correspondiente.
m_impo_C.C.A.F.	<b>Monto total Imponible declarado en nómina:</b> Corresponde al monto total de la remuneración imponible declarada en la nómina conforme a lo registrado en el archivo 07.
m_06_C.C.A.F.	<b>Monto total declarado según nómina:</b> Corresponde al monto total de la cotización declarada y no pagada en la nómina conforme a lo registrado en el archivo 07.
m_06_dec	<b>Monto cotización SIL declarado al FONDO en el mes informado:</b> es el ingreso declarado solamente por concepto de cotizaciones en el mes que se informa. Este monto corresponderá al menor valor entre el monto consignado en la carátula y el valor total de la nómina de detalle de trabajadores.
m_sal_emp	<b>Monto declarado del saldo por pagar al empleador por parte de la C.C.A.F.:</b> Corresponde a la diferencia positiva entre el valor carátula y la nómina a favor del empleador.



m_sal_fondo	<b>Monto declarado del saldo por pagar al Fondo por parte del empleador:</b> Corresponde a la diferencia negativa entre el valor carátula y la nómina a favor del Fondo.
-------------	---

**Archivo 09: SUBSIDIOS RECUPERADOS**

**Definición del requerimiento:**

En este archivo deberán incluirse los montos de subsidios y cotizaciones que en su oportunidad han sido indebidamente pagados y que en el período que se informa están siendo reintegrados al Fondo SIL. Se incluirán los montos de subsidios y cotizaciones previsionales que han sido recuperados de los beneficiarios declarados inválidos con efecto retroactivo y los ingresos provenientes de los reembolsos de subsidios y cotizaciones que efectúen los organismos administradores de la Ley N°16.744 por aplicación del artículo 77 bis de dicha Ley o que correspondan a casos no regulados por dicho artículo 77 bis y que se han originado en una contingencia que, en definitiva, es calificada como de origen común. También deberán incluirse los montos que corresponda restituir al Fondo SIL como resultado de fiscalizaciones efectuadas por esta Superintendencia.

**Requerimientos a la Entidad:**

REINTEGRO_SUB	Archivo 09
Nombre Campo	Descripción
mes_ori_ben	<b>Mes en que se informó el beneficio originalmente:</b> Mes en que se incluyó en el gasto el subsidio o cotizaciones que en su oportunidad fueron mal pagados y que ahora se están reintegrando al fondo.
rut_ben	<b>Rut beneficiario:</b> Rut del trabajador al que se le pagó indebidamente y que ahora se está recuperando.
nombre_ben	<b>Nombre del beneficiario:</b> Nombre y apellidos del trabajador al que se le pagó indebidamente y que ahora se está recuperando.
monto_ing	<b>Monto ingresado:</b> Monto del subsidio y/o cotizaciones reintegrado al Fondo en el mes que se informa.
TIPO_REINT	<b>Tipo de reintegro:</b> Razón que explica el reintegro del subsidio al Fondo (Ver: Listado de Dominios).
num_licencia	<b>Número licencia:</b> N° de folio de la licencia médica que genera el gasto.

**Archivo 10: DETALLE DEL GASTO EN SUBSIDIOS Y COTIZACIONES**

**Definición del requerimiento:**

En este archivo debe incluirse el detalle de cada uno de los pagos en subsidios y cotizaciones efectuados por la C.C.A.F. en el mes que se informa, ya sea que se trate de un pago directo a un trabajador o de reembolsos a empresas en convenio o Municipalidades y Corporaciones Municipales.

**Requerimientos a la Entidad:**

PAGO_SUB	Archivo 10
Nombre Campo	Descripción
rut_trab	<b>Rut trabajador:</b> Rut del trabajador que generó gasto en subsidios y cotizaciones en el mes que se informa.
nombre_trab	<b>Nombre del trabajador:</b> Nombre y apellidos del trabajador que generó gasto en subsidios y cotizaciones en el mes que se informa.
rut_emp	<b>Rut empleador:</b> Rut de la empresa empleadora del trabajador antes indicado.
nombre_emp	<b>Nombre empresa:</b> Razón social de la empresa empleadora del trabajador antes indicado.
rut_ent_rep	<b>Rut entidad reportante:</b> Rut de la entidad que reporta o informa el gasto en subsidios y cotizaciones (Empresa particular, municipalidades, excepto Organismos Administradores Ley N°16.744 que se informan en archivo 11).
nombre_ent_rep	<b>Nombre entidad reportante:</b> Razón social de la entidad que reporta o informa el gasto en subsidios y cotizaciones (Empresa particular, municipalidades)

Genero	<b>Masculino, femenino:</b> Género del trabajador que generó gasto en subsidios y cotizaciones en el mes que se informa.
act_laboral	<b>Actividad laboral del trabajador:</b> Actividad laboral del trabajador que generó gasto en subsidios y cotizaciones en el mes que se informa, extraída del formulario de licencia médica (Ver: Listado de Dominios).
num_licencia	<b>Número licencia:</b> N° de folio de la licencia médica que genera el gasto.
num_compin	<b>Código COMPIN o SUB COMPIN que autoriza la licencia:</b> COMPIN o SUB COMPIN que autorizó la licencia, independiente del domicilio del empleador del trabajador (Ver: Listado de Dominios).
tipo_lic	<b>Tipo de licencia en formulario licencia médica:</b> Tipo de licencia médica que se autorizó conforme a la clasificación señalada en el formulario de la licencia médica (Ver: Listado de Dominios).
<b>CODIGO_DIAG</b>	<b>Código de diagnóstico (CIE10) licencia médica:</b> Corresponderá a la misma codificación que las C.C.A.F. utilizan en otros proyectos informáticos.
Fe_ini_lic	<b>Fecha de inicio licencia:</b> Fecha inicio de la licencia autorizada que generó el gasto en subsidios y cotizaciones.
Fe_ter_lic	<b>Fecha de término licencia:</b> Fecha de término de la licencia autorizada que generó el gasto en subsidios y cotizaciones.
inicia_mes	<b>Licencia iniciada en el mes, si/no:</b> Señalar si corresponde o no a una licencia iniciada en el mes que se informa a una fracción de una iniciada en el mes anterior. En caso de no corresponder a una licencia iniciada en el mes o a una fracción de una iniciada en el mes anterior, entonces corresponde a una prórroga y deberá llenarse el campo siguiente (fe_ini_pro).
Fe_ini_pro	<b>Fecha de inicio licencia anterior (si ésta es prórroga):</b> Fecha de inicio de la primera licencia que originó el gasto en o subsidios y cotizaciones en el caso de haber prórroga. Este campo deberá llenarse si el anterior arroja como respuesta un NO (se trata de una prórroga de una licencia anterior).
N_dias_lic	<b>Número de días duración de la licencia médica:</b> N° total de días autorizados en la licencia médica.
tipo_pago_sub	<b>Grupo de pago subsidio y cotizaciones:</b> Distinguir entre los distintos tipos de pago de subsidios y cotizaciones que pueden registrarse como gasto (pago regular, revalidado, etc.) (Ver: Listado de Dominios).
tipo_rend	<b>Tipo rendición:</b> Especificar los tipos de rendición del gasto que se está efectuando, si es un pago directo o un reembolso, excepto los reembolsos de la Ley N°16.744 (art. 77 bis y no art. 77 bis) que se registran en el archivo 11 (Ver: Listado de Dominios).
cod_entidad	<b>Código entidad de pensión:</b> Código de la entidad donde se deben pagar las cotizaciones para pensión del trabajador subsidiado (Ver: Listado de Dominios).
n_dias_sub_pago	<b>Número de días subsidios a pagar:</b> N° de días de subsidio que corresponde pagar de acuerdo al N° de días de licencia autorizados, aplicando la carencia.
n_dias_cot_pago	<b>Número de días cotizaciones a pagar:</b> N° de días de cotizaciones que corresponde pagar de acuerdo al N° de días de licencia autorizados.
n_dias_sub_mes	<b>Número de días pagados de subsidio en el mes:</b> N° de días de subsidio que se están pagando efectivamente en el mes que se informa por cada licencia informada. Estos son los que deben considerarse en la estadística mensual.
n_dias_cot_mes	<b>Número de días pagados de cotizaciones en el mes:</b> N° de días de cotizaciones que se están pagando efectivamente en el mes que se informa por cada licencia informada.
monto_diario	<b>Monto del subsidio diario:</b> Debe corresponder al subsidio diario determinado por la C.C.A.F.
monto_sub	<b>Monto de subsidio pagado:</b> Monto total del subsidio pagado, incluida la cotización para el seguro de cesantía que es de cargo del trabajador. En el caso de tratarse de empresas en convenio deberá consignarse el monto del subsidio sólo cuando efectivamente se le reembolse a la empresa en convenio.
monto_cot_pen	<b>Monto de cotización pensión pagada:</b> Monto de la cotización para pensión que la C.C.A.F. paga por el trabajador subsidiado conforme al N° de días autorizados en la licencia médica. En el caso de tratarse de empresas en convenio deberá consignarse el monto de las cotizaciones pagadas por los trabajadores subsidiados sólo cuando efectivamente se paguen en el mes que se informan.
monto_cot_salud	<b>Monto cotización salud () pagada:</b> Parte del monto de la cotización para salud que la C.C.A.F. paga al FONASA por el trabajador subsidiado conforme al N° de días autorizados en la licencia médica. En el caso de tratarse de empresas en convenio deberá consignarse el monto de las cotizaciones pagadas por los trabajadores subsidiados sólo cuando efectivamente se paguen en el mes que se informan.
monto_cot_06	<b>Monto cotización salud pagada:</b> Parte del monto de la cotización para salud que la C.C.A.F. se paga así misma por el trabajador subsidiado conforme al N° de días autorizados en la licencia médica. En el caso de tratarse de empresas en convenio deberá consignarse el monto de las cotizaciones pagadas por los trabajadores subsidiados sólo cuando efectivamente se paguen en el mes que se informan.
monto_otras_cot	<b>Monto otras cotizaciones pagadas:</b> Monto de otras cotizaciones que la C.C.A.F. paga por el trabajador subsidiado conforme al N° de días autorizados en la licencia médica. En el caso de tratarse de empresas en convenio deberá consignarse el monto de las cotizaciones pagadas por los trabajadores subsidiados sólo cuando efectivamente se paguen en el mes que se informan.
monto_seg_ces	<b>Monto cotización seguro de cesantía pagada:</b> Monto de la cotización para el seguro de cesantía que la C.C.A.F. paga por el trabajador subsidiado conforme al N° de días autorizados en la licencia médica. En el

	caso de tratarse de empresas en convenio deberá consignarse el monto de las cotizaciones pagadas por los trabajadores subsidiados sólo cuando efectivamente se paguen en el mes que se informan.
monto_pago_doc	<b>Monto pagado según documento:</b> Monto consignado en el cheque, transacción electrónica, comprobante de egreso u otro que respalda el pago del subsidio en el caso de los pagos directos y de los reembolsos a entidades en convenio y del subsidio y cotizaciones en el caso de los reembolsos a municipalidades.
tipo_pago_doc	<b>Modalidad de pago documento:</b> Forma cómo se pagó el beneficio al trabajador (Ver: Listado de Dominios).
n_documento	<b>Número del documento de pago:</b> N° de identificación del pago.
fecha_em_doc	<b>Fecha emisión del documento:</b> Fecha en que se emitió el pago.
banco_pago	<b>Banco del documento de pago (cuando corresponda):</b> Código del banco girador del documento o transacción con que se pagó el beneficio (Ver: Listado de Dominios).
rut_medico	<b>Rut médico:</b> Corresponde al rut del médico que emite la resolución consignado en la respectiva licencia médica.
nombre_medico	<b>Nombre médico:</b> Corresponde al nombre completo del médico que emite la resolución consignado en la respectiva licencia médica.
per_renta	<b>Período renta:</b> Corresponde al periodo de la remuneración a que corresponde el desembolso que se informa, independientemente del periodo de información, ya que los montos pagados por la C.C.A.F. en subsidios o cotizaciones podrían ser informados en más de un periodo de información, en circunstancias que corresponden a un mismo periodo renta.

#### **Archivo 11: DETALLE DEL GASTO EN SUBSIDIOS Y COTIZACIONES POR REEMBOLSO LEY N°16.744**

##### **Definición del requerimiento:**

En este archivo deberán registrarse los pagos de subsidios y cotizaciones originados en solicitudes de reembolso efectuados por los organismos administradores de la Ley N°16.744 por aplicación del artículo 77 bis y no artículo 77 bis de la Ley N°16.744, que en definitiva corresponden a una patología de origen común que es de cargo del FONDO SIL.

##### **Requerimientos a la Entidad:**

<b>PAGO_SUB_REEMB</b>	<b>Archivo 11</b>
<b>Nombre Campo</b>	<b>Descripción</b>
rut_trab	<b>Rut trabajador:</b> Rut del trabajador que generó gasto en subsidios y cotizaciones en el mes que se informa.
nombre_trab	<b>Nombre del trabajador:</b> Nombre y apellidos del trabajador que generó gasto en subsidios y cotizaciones en el mes que se informa.
rut_emp	<b>Rut empleador:</b> Rut de la empresa empleadora del trabajador antes indicado.
nombre_emp	<b>Nombre empresa:</b> Razón social de la empresa empleadora del trabajador antes indicado.
rut_ent_rep	<b>Rut entidad reportante:</b> Rut de la entidad que reporta o informa el gasto en subsidios y cotizaciones (Org. Administradores de la Ley N°16.744: mutuales, Serv. de Salud).
nombre_ent_rep	<b>Nombre entidad reportante:</b> Razón social de la entidad que reporta o informa el gasto en subsidios y cotizaciones (mutuales, Serv. de Salud, otro).
genero	<b>Masculino, femenino:</b> Género del trabajador que generó gasto en subsidios y cotizaciones en el mes que se informa.
num_permiso	<b>Número de licencia o permiso:</b> N° de folio de la licencia o del permiso que genera el gasto.
<b>TIPO_LIC</b>	<b>Tipo de licencia o permiso:</b> tipo de licencia médica o permiso que se autoriza conforme a la clasificación señalada en formulario de la licencia médica. (Ver: Listado de Dominios).
<b>NUM_COMPIN</b>	<b>Número o código de la COMPIN</b> que otorgó la licencia. (Ver listado de dominios).
n_dias_per	<b>Número de días duración de la licencia o permiso:</b> N° total de días autorizados en la licencia o permiso otorgado.
tipo_pago_sub	<b>Grupo de pago subsidio y cotizaciones:</b> Distinguir entre los distintos tipos de pagos de subsidios y cotizaciones que pueden registrarse como gasto (pago regular, revalidado, etc.) (Ver: Listado de Dominios).
tipo_rend	<b>Tipo rendición:</b> Especificar los tipos de rendición del gasto que se está efectuando, si es un reembolso por art. 77 bis o no art. 77 bis de la Ley N°16.744. (Ver: Listado de Dominios).
n_dias_sub	<b>Número de días pagados de subsidios:</b> N° de días de subsidio que se pagan en el mes que se informa. (se consignan en las estadísticas)
n_dias_cot	<b>Número de días pagados de cotizaciones:</b> N° de días de cotizaciones que se pagan en el mes que se informa.
monto_sub	<b>Monto de subsidio pagado:</b> Monto del subsidio que corresponde reembolsar a la entidad que reporta, incluida la cotización para el seguro de cesantía que es de cargo del trabajador.
monto_cot_pen	<b>Monto de cotización pensión:</b> Monto de la cotización para pensión que la C.C.A.F. reembolsa por el trabajador subsidiado.

monto_cot_salud	<b>Monto cotización salud (7%):</b> Monto de la cotización para salud que la C.C.A.F. reembolsa por el trabajador subsidiado.
monto_otras_cot	<b>Monto otras cotizaciones:</b> Monto de otras cotizaciones que la C.C.A.F. reembolsa por el trabajador subsidiado.
monto_seg_ces	<b>Monto cotización seguro de cesantía:</b> Monto de la cotización para el seguro de cesantía que la C.C.A.F. reembolsa por el trabajador subsidiado.
monto_reajustes	<b>Monto reajustes:</b> Monto de los reajustes calculados sobre las cifras adeudadas por la C.C.A.F. que corresponde rembolsar a la entidad reportante.
monto_interes	<b>Monto intereses:</b> Monto de los intereses calculados sobre las cifras adeudadas por la C.C.A.F. que corresponde rembolsar a la entidad reportante.
monto_pago_doc	<b>Monto pagado según documento:</b> Monto consignado en el cheque, transacción electrónica, comprobante de egreso u otro que respalda el pago del reembolso efectuado.
tipo_pago_doc	<b>Modalidad de pago documento:</b> Forma cómo se pagó el reembolso (Ver: Listado de Dominios).
n_documento	<b>Número del documento de pago:</b> N° de identificación del pago.
fecha_em_doc	<b>Fecha emisión del documento:</b> Fecha en que se emitió el pago.
banco_pago	<b>Banco del documento de pago (cuando corresponda):</b> Código del banco girador del documento o transacción con que se pagó el reembolso (Ver: Listado de Dominios).
rut_medico	<b>Rut médico:</b> Corresponde al rut del médico que emite la resolución consignado en la respectiva licencia médica.
nombre_medico	<b>Nombre médico:</b> Corresponde al nombre completo del médico que emite la resolución consignado en la respectiva licencia médica.
per_renta	<b>Período renta:</b> Corresponde al periodo de la remuneración a que corresponde el desembolso que se informa, independientemente del periodo de información, ya que los montos pagados por la C.C.A.F. en subsidios o cotizaciones podrían ser informados en más de un periodo de información, en circunstancias que corresponden a un mismo periodo renta.

**Archivo 12: RESUMEN DEL REEMBOLSO DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES A MUNICIPALIDADES, CORPORACIONES MUNICIPALES, EMPLEADORES EN CONVENIO Y ORGANISMOS ADMINISTRADORES DE LA LEY 16.744**

**Definición del requerimiento:**

Este archivo contiene los datos de la transacción efectuada entre la C.C.A.F. y la entidad a la que se le efectuó el reembolso por concepto de subsidio y/o cotizaciones, ya sean estas Municipalidades, Corporaciones Municipales, Empleadores en Convenio u Organismos Administradores de la Ley 16.744.

**Requerimientos a la Entidad:**

GRUPO_PAGO	Archivo 12
Nombre Campo	Descripción
tipo_rend	<b>Tipo rendición:</b> Especificar los tipos de rendición del gasto que se está efectuando, si es un pago directo o un reembolso, etc. (Ver: Listado de Dominios).
rut_ent_rep	<b>Rut entidad reportante:</b> Rut de la entidad que reporta o informa el gasto en subsidios y cotizaciones (Empresa particular, municipalidades, mutuales).
nombre_ent_rep	<b>Nombre entidad reportante:</b> Razón social de la entidad que reporta o informa el gasto en subsidios y cotizaciones (Empresa particular, municipalidades, mutuales).
monto_sub	<b>Monto de subsidio pagado en licencias:</b> Monto total pagado en subsidios a la entidad reportante en el mes que se informa por sus trabajadores subsidiados.
monto_cot_pen	<b>Monto de cotización pensión:</b> Monto total pagado en cotizaciones para pensión a la entidad reportante en el mes que se informa por sus trabajadores subsidiados. En caso de tratarse de reembolsos a entidades en convenio este campo es cero.
monto_cot_salud	<b>Monto cotización salud FONASA :</b> Monto total pagado en cotizaciones a la entidad reportante correspondiente al 6,4% para salud en el mes que se informa por sus trabajadores subsidiados. En caso de tratarse de reembolsos a entidades en convenio este campo es cero.
monto_cot_06	<b>Monto cotización salud C.C.A.F. :</b> Monto total pagado en cotizaciones a la entidad reportante correspondiente a la C.C.A.F para salud en el mes que se informa por sus trabajadores subsidiados. En caso de tratarse de reembolsos a entidades en convenio este campo es cero.
monto_otras_cot	<b>Monto otras cotizaciones:</b> Monto total pagado en otras cotizaciones a la entidad reportante en el mes que se informa por sus trabajadores subsidiados. En caso de tratarse de reembolsos a entidades en convenio este campo es cero.

monto_seg_ces	<b>Monto cotización seguro de cesantía:</b> Monto total pagado en cotizaciones para el seguro de cesantía a la entidad reportante en el mes que se informa por sus trabajadores subsidiados. En caso de tratarse de reembolsos a entidades en convenio este campo es cero.
monto_reajustes	<b>Monto reajustes:</b> Monto total de los reajustes calculados sobre las cifras adeudadas por la C.C.A.F. que corresponde pagar al organismo administrador de la Ley N°16.744 que solicita el reembolso.
monto_interes	<b>Monto intereses:</b> Monto total de los intereses calculados sobre las cifras adeudadas por la C.C.A.F. que corresponde pagar al organismo administrador de la Ley N°16.744 que solicita el reembolso.
monto_pago_doc	<b>Monto pagado según documento:</b> Monto consignado en el cheque, transacción electrónica, comprobante de egreso u otro que respalda el pago del reembolso efectuado.
tipo_pago_doc	<b>Modalidad de pago documento:</b> Forma cómo se pagó el reembolso (Ver: Listado de Dominios).
n_documento	<b>Número del documento de pago:</b> N° de identificación del pago.
fecha_em_doc	<b>Fecha emisión del documento:</b> Fecha en que se emitió el pago.
banco_pago	<b>Banco del documento de pago (cuando corresponda):</b> Código del banco girador del documento o transacción con que se pagó el reembolso (Ver: Listado de Dominios).

### Archivo 13: PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES (PENSION, SALUD Y OTRAS)

#### Definición del requerimiento:

En este archivo deberá consignarse el detalle de la transacción efectuada entre la C.C.A.F. y las distintas entidades donde corresponda enterar las cotizaciones previsionales por aquellos trabajadores subsidiados. Este archivo permite identificar el organismo que recibe las cotizaciones, sus respectivos montos y documentos de pago.

#### Requerimientos a la Entidad:

PAGO_COT	Archivo 13
Nombre Campo	Descripción
cod_entidad	<b>Código entidad que recibe el pago:</b> Código de la entidad a la que la C.C.A.F. le paga las cotizaciones en el mes que se informa, independientemente del tipo de cotizaciones que se trate, por el total de trabajadores subsidiados pertenecientes a esa entidad (Ver: Listado de Dominios), y sin considerar a la entidad que actúa en forma intermediaria recepcionando el pago, en caso que la hubiera.
tipo_cot	<b>Tipo de cotización:</b> Identificación del tipo de cotización enterada de que se trata (pensión, salud (FONASA), salud C.C.A.F. otras, etc.) (Ver: Listado de Dominios).
monto_a_pagar	<b>Monto a pagar por cotizaciones del mes:</b> Monto total por cotizaciones que corresponde pagar a una entidad determinada por el total de trabajadores subsidiados pertenecientes a esa entidad.
monto_pago_doc	<b>Monto pagado según documento:</b> Monto total consignado en el cheque, transacción electrónica, comprobante de egreso u otro entregado en pago a la entidad donde la C.C.A.F. enteró las cotizaciones por el total de trabajadores subsidiados pertenecientes a esa entidad.
tipo_pago_cot	<b>Pago directo o a través de empresa externa:</b> Especificar si se pagaron electrónicamente en forma directa por la C.C.A.F. o se utilizó una empresa externa (Ver: Listado de Dominios).
tipo_pago_doc	<b>Modalidad de pago documento:</b> Forma cómo se pagó el monto en cotizaciones a la entidad. (Ver: Listado de Dominios).
n_documento	<b>Número del documento de pago:</b> N° de identificación del pago.
fecha_em_doc	<b>Fecha emisión del documento:</b> Fecha en que se emitió el pago.
banco_pago	<b>Banco del documento de pago (cuando corresponda):</b> Código del banco emisor del documento o transacción de pago. (Ver: Listado de Dominios).

### Archivo 14: RENDICION DE DOCUMENTOS EMITIDOS

**Definición del requerimiento:**

Este archivo permite saber cuáles cheques han sido efectivamente cobrados, caducados o se han anulado a través del tiempo.

**Requerimientos a la Entidad:**

RENDICION	Archivo 14
Nombre Campo	Descripción
fecha_rendicion	<b>Fecha cambio de estado documento:</b> Fecha en que el cheque “cambia de estado”, esto es, pasó de emitido a cobrado (según cartola), caducado o anulado (según antecedentes C.C.A.F.), la cual debe corresponder a algún día del mes que se informa.
mes_origen	<b>Mes en que se informó el documento:</b> Mes en que se informó (en el gasto del Informe Financiero) este cheque como emitido en alguna nómina que da cuenta del gasto en subsidios y cotizaciones.
n_arch_ori	<b>Número de archivo en que se reportó el documento:</b> N° del archivo plano en que se incluyó el cheque emitido como gasto subsidios y cotizaciones.
monto_pago_doc	<b>Monto pagado según documento:</b> Monto consignado en el cheque que se cobra, caduca o anula.
n_documento	<b>Número del documento:</b> N° de identificación del cheque que se cobra, caduca o anula.
estado_doc	<b>Estado actual del documento emitido:</b> Identificar el estado actual del cheque emitido: cobrado, caducado o anulado (Ver: Listado de Dominios).
n_rendicion	<b>Número que identifica el cobro del documento:</b> Si el cheque emitido figura cobrado en el mes que se informa, deberá indicarse el N° de la cartola donde figura el cobro. En caso de no corresponder a cobrados, deberá informarse el campo con asteriscos.
banco_pago	<b>Banco del documento de pago:</b> Código del banco girador del documento emitido y cobrado (Ver: Listado de Dominios). En caso de no corresponder a cobrados, deberá informarse el campo con asteriscos.

**Archivo 15: SUBSIDIOS REVALIDADOS****Definición del requerimiento:**

Este archivo incluye los subsidios que han sido revalidados, conectando este pago con el original. El detalle de este subsidio revalidado como gasto del mes podría estar contenido en los archivos 10, 11, 12 y 13.

**Requerimientos a la Entidad:**

REEMP	Archivo 15
Nombre Campo	Descripción
mes_origen	<b>Mes en que se informó el cheque original:</b> (en el Informe Financiero) y que en el mes que se informa se está revalidando.
n_doc_cad	<b>NÚMERO DEL CHEQUE ORIGINAL</b>
fecha_em_doc	<b>FECHA EMISIÓN DEL CHEQUE ORIGINAL</b>
n_arch_ori	<b>Número de archivo en que se reportó el cheque:</b> emitido en su oportunidad
n_documento	<b>Número del nuevo cheque:</b> que reemplaza el anterior
monto_pago_doc	<b>Monto pagado según documento:</b> Monto total consignado en el nuevo cheque.
fecha_nue_doc	<b>Fecha emisión del nuevo cheque:</b> que reemplaza al cheque original
banco_pago	<b>Banco del nuevo cheque de pago:</b> Código del banco girador del nuevo cheque emitido (Ver: Listado de Dominios).



**Archivo 16: COMISIONES**

**Definición del requerimiento:**

Este archivo permite registrar electrónicamente las comisiones que son rendidas en papel y permite confrontar la información aquí contenida con la información contenida en el Anexo N°4.

**Requerimientos a la Entidad:**

COMISIONES	Archivo 16
Nombre Campo	Descripción
n_sub_ini	<b>Nº de subsidios iniciados mes anterior:</b> Número total de subsidios iniciados en el mes inmediatamente anterior al que se informa.
n_tra_cot	<b>Nº de trabajadores cotizantes mes anterior:</b> Número total de trabajadores cotizantes en el mes inmediatamente anterior al que se informa.
n_emp_cot	<b>Nº de empresas cotizantes mes anterior:</b> Número total de empresas cotizantes en el mes inmediatamente anterior al que se informa
n_tra_afi	<b>Nº de trabajadores afiliados:</b> Número total de trabajadores afiliados, tanto del sector privado como público, en el mes inmediatamente anterior al que se informa.
n_emp_afi	<b>Nº de empresas afiliadas:</b> Número total de empresas afiliadas, tanto del sector privado como público, en el mes inmediatamente anterior al que se informa.
n_pro_tra	<b>Nº promedio de trabajadores afiliados por empresa:</b> N° trabajadores afiliados dividido por el N° de empresas afiliadas.
factor_pond	<b>Factor de ponderación (según promedio de afiliados):</b> Conforme a la Resolución Conjunta N°3 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y s/N° del Ministerio de Hacienda de 30 de enero de 1990.
monto_com	<b>Monto consignado en comisiones:</b> Monto determinado en comisiones.

<b>Firmado Electrónicamente por:</b>			
	Nombre		PAMELA ALEJANDRA GANA CORNEJO
	Cargo		Superintendente de Seguridad Social
	Fecha y Hora		miércoles, 29 noviembre 2023 18:00:44
	Autorizado		