

**LIBRO II. AFILIACIÓN Y COTIZACIONES TÍTULO II. Cotizaciones B. Cotización adicional diferenciada  
CAPÍTULO III. Proceso de evaluación 8. Requisitos para acceder a exenciones y rebajas de la  
cotización adicional. Difusión**

**8. Requisitos para acceder a exenciones y rebajas de la cotización adicional. Difusión**

De acuerdo con el artículo 8° del citado D.S. N°67, para acceder a la exención o rebaja de la cotización adicional, las entidades empleadoras deberán acreditar, a más tardar al 31 de octubre del año en que se realice el Proceso de Evaluación, ante el organismo administrador al que se encontraban adheridas o afiliadas al 1° de julio de ese año, el cumplimiento de los requisitos que el citado artículo establece.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, las entidades empleadoras que no den cumplimiento a lo requerido en el párrafo anterior y que lo hagan con posterioridad, pero antes del 1° de enero del año siguiente, tendrán derecho a que la tasa de cotización adicional, determinada en el proceso de evaluación, se les aplique a contar del día primero del tercer mes siguiente a aquél en que hayan acreditado el cumplimiento de todos los requisitos y hasta el 31 de diciembre del año siguiente.

a. Encontrarse al día en el pago de las cotizaciones del Seguro de la Ley N°16.744

(...)

**b.** Haber mantenido en funcionamiento durante el último período anual del período de evaluación, un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SGSST)

Para este efecto, se debe entender por “último período anual” aquél que inmediatamente precede al inicio del periodo de evaluación.

Por ejemplo, para el proceso de evaluación que se inicia el 1° de julio del 2023, el SGSST deberá haberse mantenido en funcionamiento entre el 1° de julio del 2022 y el 30 de junio de 2023.÷

i. Cumplimiento del requisito

Se entenderá que el SGSST ha sido implementado y se encuentra en funcionamiento cuando la entidad empleadora cuenta con una política de seguridad y salud en el trabajo, con un diagnóstico de situación y con un programa de trabajo preventivo, con los elementos básicos que respecto de cada uno de esos instrumentos se indican en el número i), letra c), [número 2, Letra D, Título II del Libro IV](#) y en los formatos contenidos en los anexos: [Anexo N°40: "Política de Seguridad y Salud en el Trabajo"](#); [Anexo N°41: "IPER entidades de hasta 25 trabajadores"](#); [Anexo N°42: "IPER entidades de más de 25 trabajadores"](#), y en el [Anexo N°43: "Programa de trabajo preventivo"](#), todos de la [Letra K, Título II, del Libro IV](#).

A su vez, se entenderá que la entidad empleadora cuenta con una política de seguridad y salud en el trabajo y con un diagnóstico de situación, cuando éstos han sido elaborados o actualizados dentro de los dos últimos años anteriores al 1° de julio del año en que se inicia el último período anual del período de evaluación, sin perjuicio de las actualizaciones realizadas con posterioridad a esa fecha.

Por su parte, se entenderá que la entidad empleadora cuenta con un programa de trabajo, cuando éste ha sido elaborado o actualizado dentro de los 12 meses anteriores al 1° de julio del año en que se inicia el último período anual del proceso de evaluación e incluye actividades realizadas o a desarrollar durante ese último período anual.

Así, por ejemplo, para el proceso de evaluación que se inicia el 1° de julio del 2023, la política y el diagnóstico de situación deberán haber sido elaborados o actualizados entre el 1° de julio de 2020 y el 30 de junio de 2022.

Siguiendo el mismo ejemplo, el programa de trabajo deberá haber sido elaborado o actualizado, entre el 1° de julio de 2021 y el 30 de junio del 2022, y contener actividades realizadas o a desarrollar entre el 1° de julio 2022 y el 30 de junio de 2023.

Considerando que para mantener en funcionamiento el SGSST, las entidades empleadoras deben necesariamente poseer una organización preventiva que les permita gestionar adecuadamente los riesgos a que se ven expuestos sus trabajadores, para acceder a la rebaja o exención de su tasa de cotización adicional diferenciada deberán, además:

- Mantener vigente el Reglamento Interno de Higiene y Seguridad y cumplir con la obligación de informar a todos los trabajadores acerca de los riesgos de sus labores, y
- Contar con Comité Paritario de Higiene y Seguridad cuando en la empresa, faena, sucursal o agencia se desempeñen más de 25 trabajadores.

ii. Acreditación de su cumplimiento Acreditación del SGSST y de los instrumentos preventivos

~~Este requisito~~ La implementación y funcionamiento del SGSST deberá ser acreditado mediante la presentación de una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de la política, del diagnóstico de situación y del programa de trabajo.

La declaración y los documentos de respaldo, podrán ser presentados en formato papel o digital, utilizando en este último caso los conductos o vías de remisión que el organismo administrador responsable determine, por ejemplo: correo electrónico, plataformas digitales, etc.

Para este efecto, se podrá utilizar el formato de declaración simple contenido en el [Anexo N°25: "Declaración Simple del funcionamiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST"](#), de la [Letra N, Título II del Libro II](#), el cual se deberá anexar a las cartas que comunican a las entidades empleadoras que pueden acceder a la rebaja o exención de su tasa de cotización adicional, el inicio del proceso de evaluación y los requisitos para acceder a esa rebaja. Sin perjuicio de lo anterior, el aludido formato deberá ser puesto a disposición de esas entidades empleadoras, en el respectivo sitio web del organismo administrador responsable.

Se exceptúan de esta acreditación, aquellas entidades empleadoras que durante el último período anual del período de evaluación, han recibido alguna asistencia técnica de su organismo administrador y en ese contexto éste ha verificado la implementación y funcionamiento del SGSST, según lo requerido en el número i) de esta letra b). Cuando se configure esta situación, el organismo administrador deberá dejar constancia en un registro especialmente creado para ese efecto, e informar a la entidad empleadora en la carta que comunica el inicio del proceso de evaluación, que no deberá acreditar el cumplimiento de este requisito.

A su vez, la vigencia del Reglamento Interno de Higiene y Seguridad y el cumplimiento de la obligación de informar a todos los trabajadores acerca de los riesgos de sus labores, se deberá acreditar con un informe, carta o declaración jurada simple, suscrita por su representante legal, mientras que la circunstancia de contar con Comité Paritario de Higiene y Seguridad cuando en la empresa, faena, sucursal o agencia se desempeñen más de 25 trabajadores, se deberá acreditar mediante la presentación de los siguientes documentos:

- Las copias de las actas de constitución de todos los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad que se hayan constituido o renovado desde la fecha en que se realizó la autoevaluación del cumplimiento de aspectos legales.

- Una declaración jurada simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, donde señale que el o los Comités Paritarios se encuentran en funcionamiento.

Para el señalado efecto, las entidades empleadoras podrán utilizar el o los formatos de declaración que sean anexadas por los organismos administradores a las cartas que deben enviar durante el mes de septiembre, comunicándoles el inicio del proceso de evaluación.

~~b.c.~~ Difusión de los requisitos para acceder a rebaja o exención de la cotización adicional diferenciada

(...)

## LIBRO II. AFILIACIÓN Y COTIZACIONES TÍTULO II. Cotizaciones B. Cotización adicional diferenciada CAPÍTULO VI. Restricciones para el cambio de organismo administrador

### ~~CAPÍTULO VI. Restricciones para el cambio de organismo administrador~~

~~Las entidades empleadoras no podrán cambiar de organismo administrador durante el segundo semestre del año en que se realice el Proceso de Evaluación.~~

~~Asimismo, las entidades empleadoras a las que como resultado de dicho proceso se les haya recargado la tasa de cotización adicional a tasas superiores a las que les corresponderían de conformidad con lo dispuesto en la letra b) del artículo 15 de la Ley N°16.744, no podrán cambiarse de organismo administrador entre el 1º de enero y el 31 de marzo del año siguiente al del proceso de evaluación. Esta restricción no afectará a las entidades empleadoras cuando el recargo obedezca al incumplimiento de las medidas de seguridad, prevención e higiene.~~

## LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO II. Calificación de accidentes del trabajo A. Accidentes del trabajo CAPÍTULO III. Situaciones especiales

### CAPÍTULO III. Situaciones especiales

1. Accidentes ocurridos en el extranjero

(...)

2. Accidentes debidos a fuerza mayor extraña

(...)

3. Accidentes producidos intencionalmente por la víctima

(...)

4. Accidentes provocados por negligencia, impericia o falta de cuidado del trabajador

(...)

5. Accidentes provocados por picadura o mordedura de insectos

Si la picadura o mordedura de insectos ocurrida en el desempeño de las actividades laborales, solo genera una lesión en la piel, corresponde que sea calificado como un accidente a causa o con ocasión del trabajo. En cambio, si genera efectos sistémicos debe ser calificado como enfermedad profesional.

## LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales A. Protocolo General CAPÍTULO IV. Proceso de calificación 2. Evaluación clínica por sospecha de enfermedad profesional

## 2. Evaluación clínica por sospecha de enfermedad profesional

Corresponde a la prestación otorgada por un médico evaluador quien, mediante la anamnesis, el examen físico y estudios complementarios, establece un diagnóstico.

El organismo administrador o administrador delegado deberá someter al trabajador a la evaluación clínica, dentro del plazo máximo de 7 días corridos, contado desde la presentación de la DIEP, excepto en los casos calificados por el médico de urgencia, conforme a lo señalado en el número 1. Médico de urgencia, Capítulo II, de esta Letra A.

El médico evaluador deberá contar al menos con un curso de 40 horas o más, sobre aspectos generales del seguro y conceptos de salud ocupacional, y cumplir los requisitos de capacitación establecidos en los protocolos de calificación específicos.

Dicho profesional deberá solicitar la evaluación de las condiciones de trabajo que corresponda y derivar el caso al Comité de Calificación, con la finalidad de determinar adecuadamente el origen común o laboral de la afección, excepto en los casos que se señalan en el número 3. Comité de calificación, Capítulo II de esta Letra A, que corresponde calificar al Médico del Trabajo.

En el caso de las enfermedades multicausales, incluidas aquellas de carácter degenerativo, no se podrá descartar a priori la realización del estudio para la determinación de su origen, y deberán ser calificadas como profesionales cuando exista la exposición al riesgo que la explique.

Todo el proceso de evaluación clínica de la enfermedad, incluyendo los resultados de los exámenes y conclusiones de la evaluación de condiciones de trabajo, deberán ser registrados en la ficha médica del trabajador, la que será remitida al Médico del Trabajo o Comité de Calificación, según corresponda.

Si en la evaluación clínica se diagnostica un problema de salud cubierto por las Garantías Explícitas en Salud (GES) del Régimen General de Garantías de la Ley N°19.966, las mutualidades de empleadores y administradores delegados deberán notificar al trabajador dicha circunstancia, conforme la interpretación que la Superintendencia de Salud, en ejercicio de sus facultades legales, ha efectuado respecto del artículo 24 de la citada Ley N°19.966. Lo anterior, sin perjuicio de informar a los trabajadores sobre los procesos de calificación de los accidentes y enfermedades de presunto origen profesional, de cumplir las instrucciones impartidas en el Título II y Título III de este Libro III; y en el evento que el accidente o la enfermedad se califique como de origen común, de solicitar al régimen previsional de salud común y al trabajador, cuando corresponda, el reembolso del valor de las prestaciones que hubieren otorgado, con reajustes e intereses, si se configuran los supuestos del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

Para todos los casos en que no exista un protocolo específico de calificación, la evaluación clínica deberá contener los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°18 'Ficha de evaluación clínica inicial general', de la Letra H, Título III del Libro III.

El envío al SISESAT de la información contenida en el referido Anexo 18, deberá realizarse a través del documento electrónico definido en el Anexo N°58 'Documento electrónico de Evaluación Médica Inicial General', de la Letra H, Título I del Libro IX.

Tratándose de enfermedades musculo esqueléticas, que no se encuentren especificadas en el protocolo contenido en la Letra B. Protocolo de patologías músculo esqueléticas de extremidad superior (MEES), de este Título III, la evaluación clínica deberá contener los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°12 'Ficha de evaluación clínica de patología músculo-esquelética' de la Letra H, Título III del Libro III y su envío al SISESAT deberá realizarse a través del documento electrónico definido en el Anexo N°45 'Documento electrónico de evaluación médica inicial en enfermedad músculo-esquelética' de la Letra H, Título I, del Libro IX.

**para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y emisión de cartas de cobranza**

**5. Cartas de cobranza**

Las cartas de cobranza (denominadas también solicitudes de reembolsos), deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

Dichas cartas deberán ser remitidas a las mutualidades, el Instituto de Seguridad Laboral, COMPIN, Subcomisiones, Servicios de Salud, Cajas de Compensación o las ISAPRE, según corresponda, con los siguientes antecedentes:

- a) Un informe reservado con la especificación de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico;
- b) El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes de la patología respectiva y los antecedentes que sirvieron para determinar el monto del subsidio;
- c) Copia de la licencia médica o de la orden de reposo;
- d) Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, además, deberán remitir, además, copia de la Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, y de las demás declaraciones del trabajador que estén en su poder y de la notificación de calificación de la afección, si no la hubiesen remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza.

Por su parte, la entidad del sistema de salud común deberá remitir el Informe fundado del rechazo de la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, si no lo hubiese remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza, y

Cuando se hubiese reclamado ante esta Superintendencia, además, se deberá adjuntar a la carta de cobranza, la copia de la resolución mediante la cual la Superintendencia acogió la respectiva reclamación.

No procede que, se formulen cartas de cobranza que no acompañen la totalidad de los antecedentes antes indicados. Las entidades no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que le sean remitidas sin todos estos antecedentes, debiendo la entidad requerida de cobro devolverlas y comunicar a la solicitante del reembolso que por ello no cursará el pago requerido, informándole siempre cuales son los documentos faltantes, los que no pueden ser otros a los ya señalados precedentemente.

Por lo señalado, el plazo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 77 bis, para concretar el reembolso, comenzará a contabilizarse cuando la entidad recepcione la carta de cobranza con la totalidad de los antecedentes antes indicados.

Para efectos de gestión, las cartas de cobranza por aplicación del artículo 77 bis, podrán encontrarse en estado de revisión preliminar, en análisis, pagadas, rechazadas o devueltas, judicializadas o en estado de reclamo:

- a) El estado de revisión preliminar de las cartas o solicitudes de reembolso corresponde al check list o listado de verificación de los documentos mínimos que se deben acompañar a una carta de cobranza, según lo ya indicado en este Título, sin el análisis de fondo de la información en ellos contenida;
- b) El estado en análisis corresponde a aquellas cartas o solicitudes de reembolso que están siendo analizadas en su contenido de fondo o bien que con anterioridad fueron rechazadas o devueltas y que previa corrección o entrega de los antecedentes faltantes, se encuentran en análisis para su pago;
- c) El estado devuelta corresponde a aquellas cartas o solicitudes de reembolso en que la respectiva entidad que recibe la carta o solicitud de reembolso, detecta que no se acompañan la totalidad de los documentos que exige la normativa vigente en el período de revisión preliminar o bien en el periodo de análisis, antes indicado, los devuelve para ser completados por la entidad que solicita el reembolso. En tal caso, la entidad requerida de cobro, al devolver la carta de cobranza,

debe indicar al solicitante siempre cual es el documento o la información faltante para concretar el pago;

- d) El estado de pagada corresponde a aquel en que se concreta el pago del reembolso, y
- e) El estado rechazada corresponde a una negativa del pago derivada de errores en los antecedentes entregados, por ejemplo: número de rut del trabajador, trabajador no era cotizante en la institución al momento de la enfermedad o accidente, cobranza duplicada, montos cobrados que ya fueron pagados, o se niega el pago por la existencia de una resolución de la Superintendencia de Seguridad Social que determina un origen distinto al accidente o enfermedad, reclamo o recurso pendiente, entre otros.
- f) El estado judicializada corresponde a cartas de cobranza con juicio pendiente
- g) El estado reclamo ante Superintendencia de Seguridad Social, corresponde a cartas de cobranza cuya discusión del origen común o laboral se encuentra se encuentra con reclamo sin resolver por parte de este Organismo.

Las actividades que involucran cada uno de los estados de la carta de cobranza, tales como la revisión preliminar, análisis, devolución, pago o rechazo de la carta de cobranza, deben ser ejecutadas dentro del plazo de 10 días que tiene la entidad para concretar el reembolso y que se encuentra establecido en el artículo 77 bis de la Ley 16.744. El citado plazo se entiende de días hábiles y debe ser contabilizado desde la fecha de recepción o reingreso de la solicitud de reembolso.

Las acciones de cobro por no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles contados desde la notificación de la resolución de calificación por parte del organismo administrador, no exista reclamo o recurso pendiente respecto del origen común de la patología o accidente.

A contar del 3 de marzo de 2023, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán acompañar a las cartas de cobranza, cuando corresponda, una copia del documento otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social, que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.

Respecto de los trabajadores afiliados a FONASA, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deberán requerir los reembolsos pertinentes al respectivo Servicio de Salud y a la COMPIN o Subcomisión que corresponda al domicilio del empleador. Si el trabajador se encuentra afiliado a una CCAF, el reembolso de los subsidios que correspondan se deben requerir a ésta.

En cuanto a la prescripción del derecho de los organismos administradores para solicitar a las entidades del sistema de salud común el reembolso de las prestaciones, resulta necesario señalar que el artículo 77 bis de la Ley N°16.744 no establece un plazo de caducidad ni de prescripción que extinga dicho derecho, de lo que se infiere que éste puede ser requerido conforme al plazo de prescripción general de cinco años, establecido por el artículo 2515 del Código Civil. En estos casos, dicho plazo deberá contarse desde el término de las prestaciones o desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda.

Al efectuar los reembolsos por aplicación del citado artículo 77 bis, las entidades del sistema de salud común deberán tener en consideración las diferencias que existen en el cálculo del subsidio determinado según las reglas del Seguro de la Ley N°16.744 y aquel que se paga en la salud común, esto es:

- a) La Ley N°16.744 no contempla un periodo de carencia como el establecido en el artículo 14 del D.F.L. N°44 y, por tanto, respecto de licencias médicas de hasta 10 días, el organismo administrador pagará la totalidad del respectivo subsidio, monto que debe ser íntegramente reembolsado a éste;
- b) Respecto de los trabajadores dependientes, cabe señalar que la Ley N°16.744 no establece exigencias de tiempo mínimo de afiliación, ni de densidad de cotizaciones para tener derecho a subsidio y, por esta razón, dicho antecedente no debe ser tomado en consideración para efectos de determinar la procedencia del respectivo reembolso;
- c) Tratándose de trabajadores independientes los requisitos para tener derecho a subsidio se detallan en los números 2 y 3 de la Letra E, del Título II del Libro VI, y

- d) Adicionalmente, tratándose de subsidios derivados de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, cuando en alguno de los meses considerados en la base de cálculo, las remuneraciones correspondan a un número menor de días de los pactados en el contrato de trabajo, éstas se amplificarán, con el fin de que sean representativas de las que habría obtenido el trabajador si hubiese trabajado el tiempo completo. Lo anterior, salvo que en los días no trabajados el trabajador haya percibido subsidio.

### **LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO V. Declaración, evaluación y/o reevaluación de las incapacidades permanentes D. Emisión y notificación de la resolución de la incapacidad permanente (REIP)**

#### **D. Emisión y notificación de la resolución de la incapacidad permanente (REIP)**

Las COMPIN o las comisiones evaluadoras de la mutualidad de empleadores emitirán una Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N°16.744 (REIP), cuyo formato y contenido se regula en el Capítulo IX, Letra B, Título I del Libro IX. En el campo "Observaciones", la REIP deberá indicar si existen posibilidades de cambios en el estado de invalidez, ya sea por mejoría o agravamiento.

Las resoluciones que emitan las COMPIN deberán ser notificadas a los organismos administradores o administradores delegados que correspondan y al interesado dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde su emisión.

Asimismo, en igual plazo las resoluciones que emitan las mutualidades deberán ser notificadas a los trabajadores.

~~La notificación al trabajador podrá efectuarse personalmente, dejando constancia de la fecha en que ésta se realice, o a través de carta certificada a la dirección que registra el trabajador.~~

La notificación al trabajador podrá efectuarse personalmente, dejando constancia de la fecha en que ésta se realice, a través de carta certificada a la dirección que registra el trabajador o por correo electrónico a los trabajadores dependientes o independientes que consientan expresamente en ser notificados por esa vía, según los procedimientos que para la manifestación de esa voluntad, se regulan en la letra b), número 3, Capítulo II, Letra B, Título I, del Libro II y en el Capítulo IV, Letra A, Título I, del Libro III.

### **LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS TÍTULO II. Responsabilidades y obligaciones de los organismos administradores y de los administradores delegados D. Asistencia técnica 2. Asistencia técnica en la implementación de sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST)**

#### **2. Asistencia técnica en la implementación de sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST)**

Consiste en asistir a las entidades empleadoras en la implementación de sistemas de gestión en seguridad y salud en el trabajo, para el mejoramiento continuo en seguridad y salud en el trabajo, con la finalidad de prevenir la ocurrencia de accidentes del trabajo y la aparición de enfermedades profesionales, mediante el adecuado control de los riesgos laborales.

- a) Asistencia a entidades empleadoras y centros de trabajo categorizados como de criticidad alta  
(...)
- b) Asistencia según el tamaño de las entidades empleadoras y/o en cumplimiento a disposiciones legales y reglamentarias específicas  
(...)
- c) Asistencia técnica prevista en el artículo 10 del D.S N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social

De conformidad con el artículo 8° del citado D.S. N°67, para acceder a la rebaja o exención de la tasa de cotización adicional diferenciada, las entidades empleadoras deberán acreditar que han mantenido en funcionamiento durante el último período anual un SGGST.

Dicho sistema debe contener, a lo menos, una política de seguridad y salud en el trabajo, aprobada por su representante legal, un diagnóstico de situación y un programa de trabajo preventivo.

Para estos efectos, los organismos administradores deberán otorgar asistencia técnica a las entidades empleadoras que la requieran, incluyendo las siguientes acciones:

- i. Poner a disposición de las entidades empleadoras que no han implementado un SGGST, formatos para la elaboración de la política de seguridad y salud en el trabajo, del diagnóstico de situación y del programa de trabajo preventivo.

Para lo anterior, los organismos administradores deberán utilizar los formatos contenidos en los anexos: Anexo N°40: "Política de Seguridad y Salud en el Trabajo"; Anexo N°41: "IPER entidades de hasta 25 trabajadores"; Anexo N°42: "IPER entidades de más de 25 trabajadores", y en el Anexo N°43 "Programa de trabajo preventivo", todos de la Letra K, Título II de este Libro IV.

Los elementos básicos de la política, del programa de trabajo preventivo y de los instrumentos para el diagnóstico de situación, se precisan a continuación y se encuentran contenidos en los formatos de los citados anexos:

- La política de seguridad y salud en el trabajo, debe establecer las directrices que orientarán los programas y acciones de la entidad empleadora en materia de seguridad y salud en el trabajo, debiendo explicitar a lo menos, el compromiso de la entidad empleadora con la prevención de riesgos de accidentes y enfermedades laborales; el cumplimiento de la normativa legal vigente sobre seguridad y salud en el trabajo; la promoción de mecanismos de diálogo y de participación de los trabajadores y de sus representantes en los temas de seguridad y salud en el trabajo, y las propuestas de mejoramiento continuo en dichas materias, con la finalidad de contar con un ambiente laboral seguro y saludable.
- El programa de trabajo preventivo deberá contener a lo menos la identificación y dirección de la entidad empleadora; el período de vigencia y fecha de elaboración del programa; la identificación del encargado del programa; el detalle de las actividades y/o acciones a realizar; las fechas de programación y de ejecución de las actividades; los responsables de su implementación; las fechas de revisión del programa, y la firma manuscrita o electrónica del representante legal o de quién este designe para la aprobación del programa.
- El diagnóstico de situación deberá contener una evaluación del cumplimiento normativo, para cuyo efecto los organismos administradores deberán poner a disposición de las entidades empleadoras el Anexo N°2 "Autoevaluación inicial de cumplimiento de aspectos legales", de la letra K. Anexos, Título II, de este Libro IV.

Asimismo, el referido diagnóstico deberá contener una identificación de peligros y evaluación de riesgos, cuyo contenido dependerá del tamaño de la entidad empleadora:

- En las actividades las entidades empleadoras de hasta 25 trabajadores que no cuenten con dicha evaluación, los organismos administradores deberán poner a su disposición el formato de una matriz de riesgos que incluya los elementos del Anexo N°41: "IPER de entidades de hasta 25 trabajadores", precisando la tarea evaluada, el riesgo específico, el resultado de la evaluación del riesgo y la medida de control.-
- En las entidades empleadoras de más de 25 trabajadores que no cuenten con dicha evaluación, los organismos administradores deberán poner a su disposición el formato de una matriz de riesgos que incluya los elementos del Anexo N°42: "IPER de entidades de más de 25 trabajadores", precisando la tarea evaluada, si es rutinaria o no; el riesgo específico; el valor asignado a la variable probabilidad y consecuencia; el resultado de la evaluación del riesgo y las medidas de control.



Los formatos de política, de diagnóstico de situación y del programa de trabajo preventivo, podrán ser complementados por la entidad empleadora y/o el organismo administrador con la información que consideren pertinente.

- ii. Informar y/o poner a disposición de las entidades empleadoras que no cuenten con un SGSST, un instructivo que detalle de manera clara y sencilla cómo se deben completar los instrumentos antes señalados.
- iii. Realizar actividades de capacitación para la adecuada elaboración de los instrumentos antes señalados por parte de la entidad empleadora.
- iv. Informar a las entidades empleadoras que tengan implementado un SGSST, que revisen su política de seguridad y salud en el trabajo, su diagnóstico de situación y el programa de trabajo preventivo, para verificar que contengan los elementos básicos señalados en el número i) anterior.

Asimismo, durante el año calendario posterior a aquél en que se realiza el proceso de evaluación, el organismo administrador de actual adhesión o afiliación, deberá efectuar una revisión aleatoria de una muestra representativa de las empresas que accedieron a la exención o rebaja de su tasa de cotización, con la finalidad de verificar los siguientes aspectos:

- i. La calidad del diagnóstico y su coherencia con el programa de trabajo preventivo

Si se detectan deficiencias en este ámbito, el organismo administrador de actual adhesión o afiliación, deberá otorgar la asistencia técnica necesaria para subsanar esas deficiencias, prescribiendo las medidas pertinentes.

- ii. La efectiva implementación y mantención en funcionamiento del SGSST durante el último período anual del período de evaluación

Si constata que durante ese último período anual la entidad no cumplió, conforme a lo requerido en el número i), letra b), número 8, Capítulo III, Letra B, Título II, del Libro II, con mantener en funcionamiento el SGSST, deberá dejar sin efecto la rebaja o exención, mantener la tasa de cotización adicional determinada en el proceso de evaluación anterior y cobrar a la entidad empleadora las diferencias de cotizaciones que correspondan. Si el organismo administrador de actual adhesión o afiliación es distinto del organismo administrador responsable, deberá remitir a este último los antecedentes de esa verificación, para que los analice y en caso de corresponder, deje sin efecto la rebaja, mediante una nueva resolución, todo ello dentro de un plazo no superior a 30 días.

Según lo instruido en el número 8, Capítulo III, Letra B, Título II, del Libro II, el cumplimiento de este requisito también implica mantener vigente el Reglamento Interno de Higiene y Seguridad, cumplir la obligación de informar los riesgos laborales y cuando corresponda, contar con Comité Paritario de Higiene y Seguridad cuando en la empresa, faena, sucursal o agencia se desempeñen más de 25 trabajadores. Por lo tanto, el cumplimiento de estas exigencias deberá también ser verificado en el desarrollo de esta revisión aleatoria.

#### **LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS TÍTULO II. Responsabilidades y obligaciones de los organismos administradores y de los administradores delegados H. Reportes, investigación y prescripción de medidas en caso de accidentes del trabajo fatales y graves CAPÍTULO II. Investigación del accidente fatal o grave**

##### **CAPÍTULO I. Reportes y prescripción de medidas**

(...)

##### **CAPÍTULO II. Investigación del accidente fatal o grave**

1. (...)
2. (...)
3. (...)
4. (...)

5. Las investigaciones de los accidentes fatales y graves pueden ser realizadas en forma conjunta por el organismo administrador y el Comité Paritario de Higiene y Seguridad o Comité Paritario de Faena.

Si opta por realizar la investigación en forma conjunta, la investigación que se envíe a la Superintendencia de Seguridad Social deberá cumplir con la metodología del árbol de causas, prevista en la "Guía para la investigación de accidentes. Metodología del árbol de causas", del Instituto de Salud Pública, y el "Manual de formación para investigadores. Investigación de accidentes del trabajo a través del método del árbol de causas", de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Por el contrario, cuando el organismo administrador no opte por realizar la investigación en forma conjunta, su investigación deberá igualmente cumplir con la metodología del árbol de causas. Sin perjuicio de lo anterior, deberá requerir a la entidad empleadora la remisión de la investigación del accidente fatal o grave realizada por el Comité Paritario de Higiene y Seguridad, la que deberá enviar como un documento anexo al eDoc 143.

Durante la etapa de recolección de la información, que forma parte de la metodología del árbol de causas, la entrevista de testigos deberá efectuarse utilizando la guía del Instituto de Salud Pública, denominada "Aportes metodológicos para la realización de entrevistas en la investigación de accidentes graves y fatales".

### CAPÍTULO III. Informe de causas de accidentes y prescripción de medidas

(...)

### CAPÍTULO IV. Difusión de las medidas prescritas

(...)

### CAPÍTULO V. Informes de verificación del cumplimiento de las medidas prescritas y acciones frente al incumplimiento

(...)

### CAPÍTULO VI. Instrucciones generales

1. Los organismos administradores y administradores delegados quedan exentos de la notificación, investigación, prescripción de medidas inmediatas, determinación de causas del accidente y prescripción de medidas correctivas, relativas a accidentes de trayecto-graves.

(...)

2. (...)

3. (...)

4. (...)

5. (...)

6. (...)

7. (...)

8. (...)

### CAPÍTULO VII. Competencias de los profesionales para realizar investigaciones

(...)

## LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS TÍTULO I. Generalidades D. Ficha clínica única 1. Contenido de la ficha clínica única

### 1. Contenido de la ficha clínica única

De conformidad a lo dispuesto en el Decreto N°41, de 2012, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento sobre fichas clínicas, los organismos administradores y los administradores delegados del Seguro de la Ley N°16.744 deberán contar en sus centros de atención, con una

ficha clínica única para cada paciente, que contenga toda la información de las atenciones de salud efectuadas, ya sea en forma ambulatoria u hospitalaria, incluidas las evaluaciones y evoluciones kinésicas.

El registro debe ser realizado por el profesional que efectúa la prestación y cualquiera sea su soporte, deberá ser elaborado en forma clara y legible, conservando una estructura ordenada y secuencial.

Los organismos administradores y administradores delegados deberán privilegiar la utilización de soportes electrónicos para el manejo y almacenamiento de la ficha clínica única.

El Instituto de Seguridad Laboral deberá mantener una ficha de cada trabajador, que incluya los antecedentes de las prestaciones médicas otorgadas por sus prestadores externos.

~~La ficha clínica, además de la información consignada en el citado Reglamento, deberá incluir en forma obligatoria los campos indicados en el Anexo N°1 "Contenidos básicos de la ficha clínica única". Además de la información consignada en el citado Reglamento, el registro en la ficha clínica de una primera atención por denuncia de accidente o de sospecha de enfermedad profesional, deberá incluir los contenidos indicados en el Anexo N°1 "Contenidos básicos de la ficha clínica única en la primera atención", consignando, en el caso de los accidentes, una descripción exhaustiva de las circunstancias en que ocurrió, además del mecanismo lesional y de las lesiones físicas y/o psíquicas que provocó. A su vez, en caso de sospecha de enfermedad profesional, deberán registrarse sus síntomas y características, la presencia o no de un mecanismo lesional traumático agudo al cual atribuir dichos síntomas y la eventual exposición a factores de riesgo, entre otros elementos de relevancia.~~

~~Al respecto, la ficha deberá contener un registro claro y detallado, efectuado en la primera atención, de la descripción del accidente, así como del correspondiente mecanismo lesional. En la historia clínica de los trabajadores con lesiones de carácter psíquico originados en actos de violencia externa o interna a la organización, en la descripción del accidente debe describirse detalladamente el mecanismo causal de la injuria.~~

~~Asimismo, la ficha deberá contener el resultado de los exámenes efectuados y los fundamentos del diagnóstico.~~

~~En caso de consulta por enfermedad, dicho registro deberá cumplir lo señalado en el Título III del Libro III. En el caso de las atenciones que son parte del proceso de calificación de enfermedad profesional, dicho registro deberá cumplir lo señalado en el Título III del Libro III.~~

Por su parte, en caso de existir atenciones otorgadas por prestadores externos en convenio, éstas también deberán ser incorporadas a la ficha, indicando en forma expresa la identificación y especialidad del o los médicos tratantes.

## **LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral O. Duración máxima del subsidio3. Pensión de Invalidez Total Transitoria**

### **3. Pensión de Invalidez Total Transitoria**

Si al cabo de las 104 semanas de subsidio, existieren terapias pendientes, se deberá presumir que el trabajador presenta un estado de invalidez. En dicho supuesto, el organismo administrador deberá constituir y pagar una pensión de invalidez total transitoria, a contar del día inmediatamente siguiente al cumplimiento de las 104 semanas, con el objeto de dar cumplimiento al principio de continuidad de ingresos previsto en el artículo 1° del D.S. N°109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. La primera mensualidad deberá pagarse dentro de los 30 días siguientes a la última fecha de pago de los subsidios. Cabe hacer presente que, para dar inicio a una pensión de invalidez transitoria no se requiere de una Resolución de Incapacidad Permanente (REIP).

Esta pensión deberá otorgarse mientras persista la incapacidad, hasta el término de las terapias, ocasión en que se deberá evaluar al trabajador para determinar el grado de incapacidad permanente.

Por lo tanto, esta prestación no corresponde, en estricto rigor, a una pensión de invalidez, sino a un beneficio económico cuyo objetivo es mantener la continuidad de ingresos a aquellos trabajadores que han enterado el plazo máximo de 104 semanas de goce de subsidios por incapacidad laboral y que aún presentan una incapacidad temporal, no siendo aun posible evaluar su incapacidad permanente.

En todo caso, por los fundamentos consignados en el número 5 de esta Letra O, a los funcionarios públicos que se encuentran en la situación descrita en el párrafo anterior, no procede constituir una pensión de invalidez total transitoria.

## **LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO III. Prestaciones económicas por incapacidad permanente. Indemnizaciones y pensiones C. Indemnización global 5. Pago de la indemnización global**

### **5. Pago de la indemnización global**

La indemnización global se pagará, a opción del interesado, de una sola vez, o en mensualidades iguales y vencidas cuyo monto equivaldrá a 30 veces el monto diario del subsidio indicado en la Letra L del Título II "Prestaciones Económicas por Incapacidad Temporal" del presente Libro VI. No obstante, el trabajador que hubiere optado por el pago en cuotas, podrá solicitar en cualquier momento el pago total del saldo insoluto.

En el momento que los organismos administradores soliciten la documentación definida en el número 2, anterior, deberán requerir que el trabajador opte por la forma de pago, es decir, de una sola vez o en mensualidades:

#### **a) Medio de pago de la indemnización global**

Para el pago de la indemnización se podrá utilizar cualquiera de los medios señalados en la Letra F, del Título I.

#### **b) ~~Resolución o Finiquito de la indemnización global~~ Liquidación de pago de la indemnización global**

Los organismos administradores deberán emitir un documento en dos ejemplares, denominado "~~Resolución o Finiquito~~ Liquidación de pago de Indemnización Global", los cuales deberán ser firmados por el trabajador o su mandatario y por el representante del organismo administrador, uno de estos documentos deberá ser entregado al trabajador y el otro formar parte del expediente.

~~La Resolución o el Finiquito~~ Esta liquidación será de formato libre, y en ~~él-ella~~ se deberá consignar, a lo menos, la identificación del trabajador, la identificación del empleador, el número y fecha de la Resolución de Incapacidad Permanente, el porcentaje de incapacidad de ganancia, el número de sueldos base a que dicho porcentaje le da derecho, el monto del sueldo base, la fecha de pago del beneficio y todos aquellos antecedentes relevantes que se hayan tomado en consideración para su otorgamiento, entre ellos, las remuneraciones consideradas en el cálculo del sueldo base mensual, los factores de actualización aplicados a las remuneraciones en los casos que proceda y el detalle del pago (monto, tipo de documento, N° del documento, entidad bancaria). Lo anterior, con el objetivo que el trabajador pueda analizar los antecedentes que consideró el organismo administrador al otorgarle el beneficio y efectuar un reclamo fundado, si corresponde. Para tal efecto, en la parte final del documento, se deberá señalar que ante cualquier disconformidad puede reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social, o mediante su sitio web, dentro del plazo de 90 días hábiles contados desde la fecha del Finiquito o Resolución.

En caso que el trabajador expresamente lo solicite, la información detallada en el párrafo anterior, podrá ser remitida al correo electrónico que el trabajador indique.

En caso de existir una indemnización anterior, se deberá informar al trabajador que en esta oportunidad accede a un pago que corresponde sólo a la diferencia entre el número de sueldos base que le corresponde de acuerdo a su actual grado de incapacidad menos los sueldos base

pagados en su indemnización anterior, adjuntando los documentos que tuvo a la vista para efectuar el cálculo del monto a pagar (por ejemplo, la resolución de la invalidez previa, el finiquito de constitución de la indemnización anterior).

## LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES, TÍTULO II. Fondos Patrimoniales C. Anexos

### C. Anexos

Anexo N°2: Determinación contribución del Estado

- 42070 Variación de los capitales representativos de pensiones vigentes. <sup>1</sup>	\$.....
Aguinaldos de fiestas patrias y de navidad	\$.....
<u>Reajuste DL N°2448</u>	<u>\$.....</u>
Bajas efectuadas durante el año sólo a los capitales representativos de pensiones vigentes.	\$.....
<hr/>	
<b>Total</b>	<b>\$.....</b>

## LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO-CONTABLES TÍTULO IV. Información Financiera D. Información financiera del Ministerio de Salud y los Servicios de Salud CAPÍTULO II. Información financiera de los Servicios de Salud relativa al Seguro Escolar 3. Plazo para el envío de la información

### 3. Plazo para el envío de la información

Los Servicios de Salud y los establecimientos de salud de carácter experimental deberán remitir a la Superintendencia de Seguridad Social la información financiera ~~y la nómina de respaldo del gasto en del~~ Seguro Escolar, a más tardar el día 15 del mes subsiguiente al cual corresponde la información, o el día hábil siguiente si el día 15 corresponde a un día sábado domingo o festivo.

La Superintendencia de Seguridad Social se reserva el derecho de aplicar los artículos 48 y siguientes de su Ley Orgánica N°16.395, a los servicios de salud que no den cumplimiento con el envío de la información requerida. Todo ello, sin perjuicio de las atribuciones de la Contraloría General de la República, en materia de rendición de cuentas.

## LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales CAPÍTULO VI. Resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA) 2. Documento electrónico que debe ser remitido al SISESAT por parte del organismo administrador

### 2. Documento electrónico que debe ser remitido al SISESAT por parte del organismo administrador

La información de la RECA que debe ser remitida como documento electrónico, cualquiera haya sido su origen -en formato electrónico o papel-, deberá ajustarse a la descripción que forma parte del Anexo N°10 "Documento electrónico de la Resolución de Calificación (RECA)".

Solo procederá modificar la fecha de calificación cuando se recalifique el origen de la patología, es decir, cuando se emita una nueva RECA con el objeto de modificar la causal de calificación. Por lo tanto, si la emisión de una nueva RECA obedece a una razón distinta, se deberá mantener la fecha de calificación.

La inclusión de la Zona G "Diagnóstico", es obligatoria, debiéndose codificar el diagnóstico mediante el uso de CIE-10 y la clasificación de parte del cuerpo, en todas las resoluciones de calificación. Si se califican múltiples diagnósticos, todos deben ser consignados y remitidos en el documento electrónico, precisándose respecto de cada uno, su código diagnóstico, ubicación, código de ubicación, fecha y origen laboral o común. En primer lugar, deben remitirse los diagnósticos calificados como de origen laboral, si los hubiere, priorizando los de mayor gravedad o que conlleven la afectación funcional más significativa. No se deben incorporar comorbilidades ni diagnósticos que no hayan sido materia de calificación.

<sup>1</sup> Limitado al 20% de la suma de los ítems 21050 y 22050 del FUPEF del año anterior.

Se debe codificar el accidente utilizando el código forma, agente del accidente, código intencionalidad (CIE-10 causa externa); y la codificación de la enfermedad profesional según el código de agente de enfermedad, para todos los casos calificados como de origen común o laboral.

Los datos del "Diagnóstico Médico" y "Ubicación de la lesión o enfermedad", deberán ser remitidos de manera cifrada.

La zona de identificación del accidente, así como la zona de identificación de la enfermedad en la RECA, son opcionales. No obstante, dichas zonas serán obligatorias en las siguientes situaciones:

- a) Si el caso corresponde a una denuncia de accidente (DIAT) y la contraloría del respectivo organismo administrador determina que se trata de una enfermedad, entonces se debe completar la zona de enfermedad.
- b) Si el caso corresponde a una denuncia de enfermedad (DIEP) y la contraloría del respectivo organismo administrador determina que se trata de un accidente, entonces se debe completar la zona de accidente.

Si el organismo decide enviar siempre las zonas, el sistema no impide su recepción.

En los casos señalados en las letras a) y b) anteriores, el organismo deberá ingresar siempre la denuncia (DIAT o DIEP) que corresponda a la naturaleza del siniestro (accidente o enfermedad) calificado.

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que permiten conformar el documento electrónico por medio del cual los organismos administradores remiten la información de la RECA, se encuentran en la página web <http://www.suseso.cl>.

Asimismo, para acceder a toda la información y documentación referente al Sistema de Información, los organismos administradores pueden acceder al mismo sitio web.

**LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT), Letra H. Anexos**

Anexo N°60 "Documento electrónico de fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto"

TRABAJADOR — ZONA C						
GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
Código etnia	Código del pueblo originario	<codigo_etnia>	STCodigo_etnia	<del>1</del> <u>0</u> Ninguno <del>2</del> <u>1</u> Alacalufe <del>3</del> <u>2</u> Atacameño <del>4</del> <u>3</u> Aimara <del>5</del> <u>4</u> Colla <del>6</del> <u>5</u> Diaguita <del>7</del> <u>6</u> Mapuche <del>8</del> <u>7</u> Quechua <del>9</del> <u>8</u> Rapa Nui <del>10</del> <u>9</u> Yámana (Yagán) <del>11</del> <u>10</u> Otro ¿Cuál?	N	3

Localidad	Localidad del <del>empleador</del> <u>trabajador</u>	<localidad>	String		I	3
Comuna	Comuna del <del>empleador</del> <u>trabajador</u>	<comuna>	String		I	1

ACCIDENTE – ZONA FUNDAMENTO DE CALIFICACIÓN						
GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
Contrato de trabajo	Se puede repetir n veces	<Copia_contrato>	CTAnexo	Elemento complejo compuesto por: - Nombre del documento - Fecha del documento - Autor del documento - Documento - Extensión	I	<del>13</del>
Control de asistencia	Se puede repetir n veces	<Copia_control_asistencia>	CTAnexo	Elemento complejo compuesto por: - Nombre del documento - Fecha del documento - Autor del documento - Documento - Extensión	I	<del>13</del>
Croquis o mapa	Se puede repetir n veces	<Copia_croquis_o_mapa>	CTAnexo	<del>Se debe enviar cuando "Tipo de accidente" = 2.</del> Elemento complejo compuesto por: - Nombre del documento - Fecha del documento - Autor del documento - Documento - Extensión	I	<del>13</del>