



CIRCULAR N° 3780 / 12-10-2023

Correlativo Interno N° 6776

MODIFICA TÍTULO II. COTIZACIONES, DEL LIBRO II. AFILIACIÓN Y COTIZACIONES, LOS TÍTULOS II, IV Y V DEL LIBRO III. DENUNCIAS, CALIFICACIÓN Y EVALUACIONES DE INCAPACIDADES PERMANENTES, LOS TÍTULOS II Y III, DEL LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS, EL TÍTULO I DEL LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS LOS TÍTULOS II Y III DEL LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS, LOS TÍTULOS II Y IV DEL LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES Y LOS TÍTULOS I Y II, DEL LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES, DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SEGURO SOCIAL DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA LEY N°16.744



La Superintendencia de Seguridad Social, en uso de las facultades que le confieren los artículos 2°, 3°, 30 y 38 letra d) de la Ley N° 16.395 y los artículos 12 y 74 de la Ley N°16.744, ha estimado pertinente modificar el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744, en los términos que a continuación se señalan.

I. MODIFÍCASE EL TÍTULO II. COTIZACIONES, DEL LIBRO II. AFILIACIÓN Y COTIZACIONES, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

1. Modifícase la Letra B. Cotización adicional diferenciada, de la siguiente forma:

1.1. Modifícase la letra b, del número 8. Requisitos para acceder a exenciones y rebajas de la cotización adicional. Difusión, del Capítulo III. Proceso de evaluación, de acuerdo con lo siguiente:

1.1.1. Agrégase el siguiente párrafo primero, pasando el actual párrafo primero a ser el nuevo párrafo segundo:

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

1.1.2. Agrégase en el número i. Cumplimiento del requisito, el siguiente párrafo sexto nuevo:

“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.
- Contar con Comité Paritario de Higiene y Seguridad cuando en la empresa, faena, sucursal o agencia se desempeñen más de 25 trabajadores.”.

1.1.3. Modifícase el número ii, en la siguiente forma:

a) Reemplázase su nombre por el siguiente: “Acreditación del SGSST y de los instrumentos preventivos”.

b) Reemplázase en el primer párrafo la frase “Este requisito” por la siguiente “La implementación y funcionamiento del SGSST”.

c) Agréganse los siguientes párrafos quinto y sexto nuevos:

“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.”.

1.2. Elimínase el Capítulo VI. Restricciones para el cambio de organismo administrador.

2. Reemplazanse en la Letra N. Anexos, los siguientes anexos: N°4 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa adherida a mutualidad –mantiene tasa”; N°5 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa no adherida a mutualidad – mantiene tasa”; N°6 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa adherida a mutualidad –recarga tasa”; N°7 “Comunica inicio proceso de evaluación - empresa no adherida a mutualidad – recarga tasa”; N°8 “Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja – cumple ambos requisitos”; N°9 “Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa no adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja – cumple ambos requisitos”; N°10 “Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja – debe acreditar ambos requisitos”; N°11 “Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa no adherida a mutualidad - podría acceder a rebaja– debe acreditar ambos requisitos”; N°20 “Comunica inicio de proceso de evaluación – empresa adherida a mutualidad – podría acceder a rebaja – debe acreditar cotizaciones al día”; N°21 “comunica inicio de proceso de evaluación – empresa no adherida a mutualidad – podría acceder a rebaja – debe acreditar cotizaciones al día”; N°22 “Comunica inicio de proceso de evaluación – empresa adherida a mutualidad – podría acceder a rebaja – debe acreditar SGSST”; N°23 “Comunica inicio de proceso de evaluación – empresa no adherida a mutualidad – podría acceder a rebaja – debe acreditar SGSST”; N°24 “Resolución mantiene tasa entidad empleadora no evaluada”; N°26 “Resolución accede a rebaja de cotización adicional diferenciada”; N°27 “Resolución mantiene tasa de cotización adicional diferenciada”; N°28 “Resolución no accede a rebaja de cotización adicional diferenciada” y N°29 “Resolución recarga tasa de cotización adicional diferenciada”, por los que se adjuntan a esta circular.

II. MODIFÍCASE EL LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES, DEL SIGUIENTE MODO:

1. Agrégase en el Capítulo III. Situaciones especiales, de la Letra A, del Título II. Calificación de accidentes del trabajo, el siguiente número 5:

“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.”.

2. Modifícase el número 5. Cartas de cobranza, de la Letra D. Normas para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y emisión de cartas de cobranza, del Título IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis, de la siguiente forma:

2.1. Modifícase el párrafo quinto, en los siguientes términos:

a) Agrégase en el encabezado, a continuación de la palabra “devueltas”, el siguiente texto:
“, judicializadas o en estado de reclamo,”.

b) Agréganse las siguientes letras f) y g):

- “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.”.

2.2. Reemplázase en el párrafo sexto, la frase “tales como la revisión preliminar, análisis, devolución, pago o rechazo de la carta de cobranza”, por la siguiente: “con excepción de los indicados en las letras f) y g) precedentes”.

3. Reemplázase en la Letra D. Emisión y notificación de la resolución de incapacidad permanente (REIP), del Título V. Declaración, evaluación y/o reevaluación de las incapacidades permanentes, el párrafo cuarto, por el siguiente:

“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.”.

III. MODIFÍCASE EL LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

1. Modifícase el Título II. Responsabilidades y obligaciones de los organismos administradores y de los administradores delegados, en los siguientes términos:

1.1. Agrégase en el número ii, del párrafo cuarto de la letra c) Asistencia técnica prevista en el artículo 10 del D.S N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, del número 2, Letra D, el siguiente párrafo segundo:

“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.”.

1.2. Modifícase la Letra H. Reportes, investigación y prescripción de medidas en caso de accidentes del trabajo fatales y graves, del siguiente modo:

1.2.1. Agrégase en el número 5 del Capítulo II. Investigación del accidente fatal o grave, el siguiente párrafo cuarto:

“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’.”.

1.2.2. Agrégase en el número 1 del Capítulo VI. Instrucciones generales, a continuación de la palabra “trayecto”, el término “graves”.

2. Reemplázanse en la Letra H. Anexos, del Título III. Estudios de investigación e Innovación, el Anexo N°18 “Formulario presentación de proyecto de investigación” y el Anexo N°19 “Formulario de presentación de proyectos de innovación”, por los que se adjuntan a esta circular.

IV. MODIFÍCASE EL TÍTULO I. GENERALIDADES, DEL LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS, EN LOS TÉRMINOS SIGUIENTES:

1. Modifícase el número 1. Contenido de la ficha clínica única, de la Letra D, de acuerdo con lo siguiente:
 - 1.1. Reemplázase el párrafo quinto por el siguiente:

“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.”.
 - 1.2. Elimínanse los párrafos sexto y séptimo, pasando los párrafos octavo y noveno actuales, a ser los párrafos sexto y séptimo nuevos.
 - 1.3. Reemplázase el actual párrafo octavo que ha pasado a ser el párrafo sexto nuevo, por el siguiente:

“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.”.
2. Reemplázase en la Letra G. Anexos, el Anexo N°1 “Contenidos básicos de la ficha clínica”, por el nuevo Anexo N°1 “Contenidos básicos de la ficha clínica única en la primera atención” que se adjunta a esta circular.

V. MODIFÍCASE EL LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS, DE LA SIGUIENTE MANERA:

1. Agrégase en el número 3. Pensión de invalidez total transitoria, de la Letra O, del Título II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral, los siguientes párrafos tercero y cuarto:

“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 aún posible evaluar su incapacidad permanente. Con todo, el cálculo de este beneficio debe efectuarse conforme a lo instruido en la Letra A, del Título III de este Libro.

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.”.
2. Modifícase la letra b) del número 5. Pago de la indemnización global, de la Letra C, del Título III. Prestaciones por incapacidad permanente, en los siguientes términos:
 - 2.1. Reemplázase su nombre por el siguiente: “Liquidación de pago de la indemnización global”.
 - 2.2. Sustitúyase en el párrafo primero “Resolución o Finiquito”, por “Liquidación de pago”.
 - 2.3. Modifícase el párrafo segundo, de la siguiente manera:

- a) Sustitúyase la expresión “La Resolución o el Finiquito”, por la expresión “Esta liquidación” y el pronombre “él”, por el pronombre “ella”.
- b) Intercálase entre la primera y segunda oración, la siguiente: “En el caso del Instituto de Seguridad Laboral la liquidación de pago deberá ser anexada a la resolución que concede el beneficio, si es que no la contiene”.

VI. MODIFÍCASE EL LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES, DEL SIGUIENTE MODO:

1. Reemplázase en la Letra C. Anexos, del Título II. Fondos Patrimoniales, el Anexo N°2 “Determinación contribución del Estado”, por el que se adjunta a esta circular.
2. Reemplázase en el párrafo primero del número 3. Plazo para el envío de la información, Capítulo II. Información financiera de los Servicios de Salud relativa al Seguro Escolar, de la Letra D, del Título IV. Información Financiera, la expresión “y la nómina de respaldo del gasto en”, por el artículo “del”.

VII. MODIFÍCASE EL LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES, DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

1. Modifícase el Título I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT), del siguiente modo:
 - 1.1. Modifícase el número 2. Documento electrónico que debe ser remitido al SISESAT por parte del organismo administrador, del Capítulo VI. Resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de la Letra B. Módulo de Accidentes y Enfermedades Profesionales, en la siguiente forma:
 - 1.1.1. Agrégase el siguiente párrafo segundo nuevo, pasando los actuales párrafos segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo y noveno, a ser los nuevos párrafos tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo:

“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.”.
 - 1.1.2. Agrégase en el actual párrafo segundo, que ha pasado a ser párrafo tercero, a continuación del punto final, que pasa a ser punto seguido, el siguiente texto:

“Si se presentan múltiples diagnósticos relacionados con el accidente o la enfermedad, todos deben ser consignados y remitidos en el documento electrónico, precisándose respecto de cada uno de ellos, su código diagnóstico, ubicación, código de ubicación, fecha y origen laboral o común. En primer lugar, deben consignarse los diagnósticos calificados como de origen laboral, si los hubiere, priorizando según la lex artis médica, los de mayor gravedad o que conllevan la afectación funcional más significativa. No se deben incorporar comorbilidades ni diagnósticos que no hayan sido materia de calificación.”.
 - 1.2. Modifícase la Letra H. Anexos, de la siguiente manera:
 - 1.2.1. Reemplázase en la letra a. fecha_emisión, del número 1. Zona A (Documento), del Anexo N°1 “Definición en llenado de campos de SISESAT”, la expresión “fecha de calificación” por la siguiente: “fecha de emisión del documento electrónico de la RECA”.

1.2.2. Modifícase la sección “Resolución – Zona H”, del Anexo N°10 “Documento electrónico de la resolución de calificación”, de la siguiente forma:

1.2.2.1. Intercálase entre las filas correspondientes a las glosas “Derivación 77” y “Tipo de calificación del accidente o enfermedad”, la siguiente fila:

Fecha de calificación	Fecha en que fue calificada o recalificada la causal de calificación.	<fecha_calificacion>	Date		1	1
-----------------------	---	----------------------	------	--	---	---

1.2.2.2. Agrégase en la columna “Descripción”, de la fila correspondiente a la glosa “Codificación enfermedad”, a continuación del texto “Codificación de la enfermedad profesional”, lo siguiente: “Se puede repetir 1 a 3 veces, colocando en primer lugar el agente principal”.

1.2.3. Modifícase el Anexo N°60 “Documento electrónico de fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto”, en los siguientes términos:

1.2.3.1. Reemplázase en columna “Validación”, de la fila correspondiente a la glosa “Código etnia”, de la sección “Trabajador – Zona C”, la numeración 1 a 11, por la numeración 0 a 10.

1.2.3.2. Reemplázase en la fila correspondiente a la glosa “Dirección trabajador”, en la Zona C Trabajador, la palabra “empleador” por la palabra “trabajador”, en los campos “Tipo de calle”, “Localidad” y “Comuna”.

1.2.3.3. Modifícase la sección “Accidente – Zona fundamento calificación”, en la siguiente forma:

a) Elimínase en la columna “Validación” de la fila correspondiente a la glosa “Croquis o mapa”, el siguiente texto: “Se debe enviar cuando ‘Tipo de accidente’ = 2.”

b) Reemplázase en la columna “O” de la fila correspondiente a la glosa “Contrato de trabajo”, el guarismo “1”, por el guarismo “3”.

c) Reemplázase en la columna “O” de la fila correspondiente a la glosa “Control de asistencia”, el guarismo “1”, por el guarismo “3”.

d) Reemplázase en la columna “O” de la fila correspondiente a la glosa “Croquis o mapa”, el guarismo “2”, por el guarismo “3”.

2. Reemplázase la Tabla N°77 “Causal de no rebaja” del Anexo N°44 “Listado de dominios del sistema GRIS”, de la Letra C. Anexos, del Título II. Gestión de Reportes e Información para Supervisión (GRIS), de la manera siguiente:

TABLA N°	77
Campo	Causal de no rebaja
Código	Descripción
1	No aplica: La entidad empleadora cumple requisitos o no le corresponde optar a exención o rebaja.
2	No cumple con estar al día en el pago de las cotizaciones de la Ley N°16.744 y tampoco logra acreditar el funcionamiento de un sistema de gestión y salud

	en el trabajo, en adelante, a) Por no contar con uno o más de los siguientes componentes: Una Política de seguridad y salud en el trabajo; Un Diagnóstico de situación, y un programa de trabajo, y b) Por no contar con uno o más instrumentos de una organización preventiva: Con Comités Paritarios de Higiene y Seguridad, cuando corresponda; un reglamento interno de higiene y seguridad, y la obligación de informar los riesgos laborales.
3	No cumple con estar al día en el pago de las cotizaciones de la Ley N°16.744 y tampoco cumple con acreditar el funcionamiento de un sistema de gestión y salud en el trabajo, según la letra a) precedente.
4	No cumple con estar al día en el pago de las cotizaciones de la Ley N°16.744 y tampoco cumple con acreditar el funcionamiento de un sistema de gestión y salud en el trabajo, según la letra b) precedente.
5	No cumple con acreditar el funcionamiento de un sistema de gestión y salud en el trabajo, según las letras a) y b) precedentes.
6	No cumple con acreditar el funcionamiento de un sistema de gestión y salud en el trabajo, según la letra a) precedente.
7	No cumple con acreditar el funcionamiento de un sistema de gestión y salud en el trabajo, según la letra b) precedente.
8	No cumple con estar al día en el pago de las cotizaciones de la Ley N°16.744.

VIII. VIGENCIA

Las modificaciones introducidas por la presente circular entrarán en vigencia a partir de la fecha de su publicación. Se exceptúa la modificación contemplada en el numeral 1.2.2. del Capítulo VII de esta circular, que entrará en vigencia el 1° de enero de 2024.

PAMELA GANA CORNEJO
SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL

PSA/JFCC/MFR/EAE/FRR

DISTRIBUCIÓN:

- Organismos Administradores del Seguro de la Ley N°16.744
- Empresas con administración delegada

ANEXO N°4

“COMUNICA INICIO PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA ADHERIDA A MUTUALIDAD – MANTIENE TASA”

En ____, a ____ de ____, de 20__.

Ref.: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

Empresa adherente Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20__ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

Los antecedentes con que se cuenta han permitido determinar que la Tasa de Cotización Adicional que corresponde a esa entidad es de __ %.

Lo anterior, implica que correspondería mantener la tasa que tiene fijada en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __ %, a contar del 1° de enero de 20__.

ANEXO N°5

“COMUNICA INICIO PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA NO ADHERIDA A MUTUALIDAD – MANTIENE TASA”

En ____, a ____ de ____ de 20__.

Ref.: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

Empresa No adherente Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el artículo 11 del D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20__ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deberán ser presentadas a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en la Sucursal del Instituto de Seguridad Laboral ISL, o si en su localidad no hay una sucursal ISL, puede ser presentada en los centros de atención del IPS (ChileAtiende), aun cuando con posterioridad al 1 de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

Los antecedentes con que se cuenta han permitido determinar que la Tasa de Cotización Adicional que corresponde a esa entidad es de__%.

Lo anterior, implica que correspondería mantener la tasa que tiene fijada en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de__ %, a contar del 1° de enero de 20__.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal del Instituto Seguridad Laboral más cercana a su domicilio, o acceda a más información en www.isl.gob.cl, o consulte al teléfono 600 586 9090.

También encontrará información en www.suseso.cl

DIRECTORA NACIONAL ISL

ANEXO N°6

“COMUNICA INICIO PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA ADHERIDA A MUTUALIDAD – RECARGA TASA”

En ____, a __ de __ de 20__.

Ref.: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de
Siniestralidad Efectiva.

Señores

Empresa adherente Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20__ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

Asimismo, efectuada la investigación del o los accidentes con resultado de muerte que afectó o afectaron a ...(Nombre del o de los trabajadores fallecidos) se ha procedido a aplicar el recargo previsto del inciso final del artículo 5° del citado D.S. 67. (Incluir este párrafo solo cuando corresponda).

Por lo tanto, los antecedentes con que se cuenta han permitido determinar que la Tasa de Cotización Adicional que corresponde a esa entidad es de __%.

Lo anterior implica que a esa entidad empleadora le correspondería un recargo de la tasa de cotización adicional que tiene fijada en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __%, a contar del 1° de enero de 20__.

ANEXO N°7
“COMUNICA INICIO PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA NO ADHERIDA A
MUTUALIDAD – RECARGA TASA”

En ____, a ____de____ de 20__.

Ref.: Comunica inicio de Proceso de Evaluación
de Siniestralidad Efectiva.

Señores

Empresa No adherida a Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el artículo 11 del D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20__y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en la Sucursal del Instituto de Seguridad Laboral ISL, o si en su localidad no hay una sucursal ISL, puede ser presentada en los centros de atención del IPS (ChileAtiende), aun cuando con posterioridad al 1 de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

Asimismo, efectuada la investigación del o los accidentes con resultado de muerte que afectó o afectaron a ...(Nombre del o de los trabajadores fallecidos) se ha procedido a aplicar el recargo previsto del inciso final del artículo 5° del citado D.S. 67. (Incluir este párrafo solo cuando corresponda).

Por lo tanto, los antecedentes con que se cuenta han permitido determinar que la Tasa de Cotización Adicional que corresponde a esa entidad es de __ %.

Lo anterior implica que a esa entidad empleadora le correspondería un recargo de la tasa de cotización adicional que tiene fijada en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __%, a contar del 1° de enero de 20__.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal del Instituto Seguridad Laboral más cercana a su domicilio, o acceda a más información en www.isl.gob.cl., o consulte al teléfono 600 586 9090.

También encontrará información en www.suseso.cl

DIRECTORA NACIONAL ISL

ANEXO N°8

“COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA ADHERIDA A MUTUALIDAD - PODRÍA ACCEDER A REBAJA – CUMPLE AMBOS REQUISITOS”

En ___, a ___ de ___ de 20__.

REF: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

Empresa adherente Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1° de enero de 20__ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Los antecedentes con que se cuenta permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a la rebaja de su tasa de cotización adicional de ___% a ___%, sólo si cumple los requisitos que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN

a. HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad se encuentra al día en el pago de las cotizaciones hasta la correspondiente a las remuneraciones del mes de junio de 20__.

b. HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1° de julio año 2022 al 30 de junio año 2023) DEL PERÍODO DE EVALUACIÓN, UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST).

De acuerdo a nuestros registros, usted ha cumplido con mantener en funcionamiento un SGSST, durante el último período anual del período de evaluación. En efecto usted cuenta con:

- i. Política de seguridad y salud en el trabajo, elaborada o actualizada entre el 1° de julio de 2020 y

el 30 de junio de 2022.

- ii. Diagnóstico de situación, que considera la autoevaluación de cumplimiento aspectos legales y la identificación de peligros y la evaluación de riesgos, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 2020 y el 30 de junio de 2022.
- iii. Programa trabajo, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 2021 y 30 de junio de 2022, que contiene actividades realizadas entre el 1° julio de 2022 y el 30 de junio de 2023.

Por lo tanto, usted no deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos que exige el artículo 8° del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para acceder a la rebaja o exención de su cotización adicional diferenciada.

Lo anterior implica que a esa entidad empleadora le correspondería una rebaja o exención de la tasa de cotización adicional que tiene fijada en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __%, a contar del 1° de enero de 20__.

ANEXO N°9

“COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA NO ADHERIDA A MUTUALIDAD - PODRÍA ACCEDER A REBAJA – CUMPLE AMBOS REQUISITOS”

En ___, a ___ de ___ de 20__.

REF: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva. D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Señores

Empresa No adherida a Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el artículo 11 del D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1° de enero de 20__ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Los antecedentes con que se cuenta permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a la rebaja de su tasa de cotización adicional de ___% a ___%, sólo si cumple los requisitos que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en la Sucursal del Instituto de Seguridad Laboral ISL, o si en su localidad no hay una sucursal ISL, puede ser presentada en los centros de atención del IPS (ChileAtiende), aun cuando con posterioridad al 1 de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN

a. HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad se encuentra al día en el pago de las cotizaciones hasta la correspondiente a las remuneraciones del mes de junio de 20__.

b. HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año 2022 al 30 de junio año 2023) DEL PERÍODO DE EVALUACIÓN, UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST).

De acuerdo a nuestros registros, usted ha cumplido con mantener en funcionamiento un SGSST, durante el último período anual del período de evaluación. En efecto usted cuenta con:

- i. Política de seguridad y salud en el trabajo, elaborada o actualizada entre el 1° de julio de 2020 y el 30 de junio de 2022.
- ii. Diagnóstico de situación, que considere la autoevaluación de cumplimiento de aspectos legales y la identificación de peligros y la evaluación de riesgos, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 2020 y el 30 de junio de 2022.
- iii. Programa trabajo, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 2021 y 30 de junio de 2022, que contiene actividades realizadas entre el 1° julio de 2022 y el 30 de junio de 2023.

Por lo tanto, usted no deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos que exige el artículo 8° del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para acceder a la rebaja o exención de su cotización adicional diferenciada.

Lo anterior implica que a esa entidad empleadora le correspondería una rebaja o exención de la tasa de cotización adicional que tiene fijada en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __%, a contar del 1° de enero de 20__.

El Instituto de Seguridad Laboral llevará a cabo una revisión aleatoria de empresas que accedieron a rebaja, si llegase a constatar que no se cumplió con un requisito, se deberá dejar sin efecto la rebaja o exención y mantener la tasa de cotización adicional fijada con anterioridad y cobrar a la entidad empleadora las diferencias de cotizaciones que correspondan.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal del Instituto Seguridad Laboral más cercana a su domicilio, o acceda a más información en www.isl.gob.cl, o consulte al teléfono 600 586 9090.

También encontrará información en www.suseso.cl

DIRECTORA NACIONAL ISL

ANEXO N°10

“COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA ADHERIDA A MUTUALIDAD - PODRÍA ACCEDER A REBAJA – DEBE ACREDITAR AMBOS REQUISITOS”

En ____, a __ de __ de 20__.

REF: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

Empresa Adherida a Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1° de enero de 20__ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Los antecedentes con que se cuenta permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a la rebaja de su tasa de cotización adicional de __% a __%, sólo si cumple los requisitos que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

1) REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN

a. HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad adeuda las cotizaciones que se indican en el anexo deuda.

Para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago usted dispone de los plazos que se indican en el número 2) siguiente. El pago deberá acreditarse acompañando las ~~copias~~ copias de las planillas de declaración y pago correspondientes.

b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año 2022 al 30 de junio año 2023), DEL PERIODO DE EVALUACIÓN, UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)

Para acreditar este requisito deberá presentar una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de los siguientes antecedentes:

- i. Política de seguridad y salud en el trabajo, elaborada o actualizada entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- ii. Diagnóstico de situación, que considere la autoevaluación de cumplimiento de aspectos legales y la identificación de peligros y la evaluación de riesgos, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- iii. Programa trabajo, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y 30 de junio de 20__, que contiene actividades realizadas entre el 1° julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.

Independientemente de que al momento de completar la “Autoevaluación inicial de cumplimiento de aspectos legales”, esa entidad empleadora señale cumplir o no las condiciones indicadas en los números 1, 3 y 4 de su sección “Aspectos I. Organización de la prevención de riesgos”, deberá también acreditar, dentro de los plazos indicados en el número 2) siguiente que, con posterioridad a dicha autoevaluación, continúa cumpliendo o cumple con los instrumentos preventivos que le son exigibles. Para ello deberá presentar:

- Las copias de las actas de constitución de todos los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad que se hayan constituido o renovado desde entonces;
- 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; y
- Un informe, carta o declaración jurada simple, también suscrita por su representante legal, donde indique que mantiene vigente el reglamento interno de higiene y seguridad y que ha cumplido con la obligación de informar a todos los trabajadores acerca de los riesgos de sus labores.

Las declaraciones juradas y los documentos de respaldo podrán ser presentados en formato papel o digital. Si opta por enviarlos en formato digital debe hacerlo a través de (señalar las opciones, por ejemplo, correo electrónico, plataforma digital etc.)

Para este efecto, podrá utilizar los formatos de las declaraciones juradas que se adjuntan a esta carta.

Información importante: De acuerdo a lo instruido por la Superintendencia de Seguridad Social, las mutualidades deberán realizar, en una muestra aleatoria de las entidades empleadoras que hayan acreditado los requisitos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), una revisión de la efectiva implementación y mantención en funcionamiento del SGSST durante el último período anual de evaluación, y en caso de constatar que la entidad no cumplió, conforme a lo requerido, el organismo administrador 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.

2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

El cumplimiento de los requisitos indicados en el número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20__. Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20__.

Sin embargo, si no pudiera acreditarlos dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20__, en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar los requisitos indicados en el número 1), no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá la tasa de cotización vigente en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __%, a contar del 1° de enero de 20__.

ANEXO N°11

“COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA NO ADHERIDA A MUTUALIDAD - PODRÍA ACCEDER A REBAJA- DEBE ACREDITAR AMBOS REQUISITOS”

En ____, a ____ de ____ de 20__.

REF: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

Empresa No adherida a mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el artículo 11 del D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1° de enero de 20__ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Los antecedentes con que se cuenta permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a la rebaja de su tasa de cotización adicional de __% a __%, sólo si cumple los requisitos que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en la Sucursal del Instituto de Seguridad Laboral ISL, o si en su localidad no hay una sucursal ISL, puede ser presentada en los centros de atención del IPS (ChileAtiende), aun cuando con posterioridad al 1 de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

1) REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN

a. HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad adeuda las cotizaciones que se indican en el anexo deuda.

Para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago usted dispone de los plazos que se indican en el número 2) siguiente. El pago deberá acreditarse acompañando las copias de las planillas de declaración y pago correspondientes.

b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO,

DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año 2022 al 30 de junio año 2023) DEL PERIODO DE EVALUACIÓN, UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)

Para acreditar este requisito deberá presentar una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de los siguientes antecedentes:

- i. Política de seguridad y salud en el trabajo, elaborada o actualizada entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- ii. Diagnóstico de situación, que considere la autoevaluación de cumplimiento de aspectos legales y la identificación de peligros y la evaluación de riesgos, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- iii. Programa trabajo preventivo, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y 30 de junio de 20__, que contempla actividades realizadas entre el 1° julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.

El funcionamiento el SGSST implica que la entidad empleadora debe, 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, lo que deberá acreditar con un informe, carta o declaración jurada simple, suscrita por su representante legal, para ello podrá utilizar el formato de declaración que se adjunta a esta carta.
- Contar con Comité Paritario de Higiene y Seguridad cuando en la empresa, faena, sucursal o agencia se desempeñen más de 25 trabajadores, lo que 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 lo que podrá utilizar el mismo formato señalado previamente.

La declaración y los documentos de respaldo podrán ser presentados en formato papel o digital, en la Sucursal del Instituto de Seguridad Laboral ISL, o si en su localidad no hay una sucursal ISL, puede ser presentada en los centros de atención del IPS (ChileAtiende).

Los formatos de las declaraciones señalados en esta carta, estarán también disponibles en nuestra página web www.isl.gob.cl – Cotizaciones – DS 67 - Declaraciones acreditación rebajas o podrá solicitarlos en nuestra sucursal.

2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

El cumplimiento de los requisitos indicados en el número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20__. Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20__.

Sin embargo, si no pudiera acreditarlos dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20__, en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar los requisitos indicados en el número 1), no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá la tasa de cotización vigente en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __%, a contar del 1° de enero de 20__.

Si la entidad empleadora se ha cambiado de organismo administrador con posterioridad al 1 de julio de 2023, las solicitudes de rectificación de errores de hecho y los antecedentes para acceder a la rebaja o exención de su cotización adicional diferenciada, deberán ser presentados ante el Instituto de Seguridad Laboral.

El Instituto de Seguridad Laboral llevará a cabo una revisión aleatoria de empresas que accedieron a rebaja, si llegase a constatar que no se cumplió con un requisito, se deberá dejar sin efecto la rebaja o exención y mantener la tasa de cotización adicional fijada con anterioridad y cobrar a la entidad empleadora las diferencias de cotizaciones que correspondan.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal del Instituto Seguridad Laboral más cercana a su domicilio, o acceda a más información en www.isl.gob.cl, o consulte al teléfono 600 586 9090.

También encontrará información en www.suseso.cl

DIRECTORA NACIONAL ISL

ANEXO N°20

“COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN – EMPRESA ADHERIDA A MUTUALIDAD – PODRÍA ACCEDER A REBAJA – DEBE ACREDITAR COTIZACIONES AL DÍA”

En ____, a __ de __ de 20__.

REF: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

Empresa adherida a Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. Que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1° de enero de 20 __ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Los antecedentes con que se cuenta permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a la rebaja de su tasa de cotización adicional de __% a __%, sólo si cumple los requisitos que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

1) REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN

a. HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad adeuda las cotizaciones que se indican en el anexo deuda.

Para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago usted dispone de los plazos que se indican en el número 2) siguiente. El pago deberá acreditarse acompañando las copias de las planillas de declaración y pago correspondientes.

b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año 2022 al 30 de junio año 2023) DEL PERIODO DE EVALUACIÓN, UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)

De acuerdo a nuestros registros, usted ha cumplido con mantener en funcionamiento un SGSST, durante el último período anual del período de evaluación. En efecto, usted cuenta con:

- i. Política de seguridad y salud en el trabajo, elaborada o actualizada entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- ii. Diagnóstico de situación, que considere la autoevaluación de cumplimiento de aspectos legales y la identificación de peligros y la evaluación de riesgos, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- iii. Programa trabajo, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y 30 de junio de 20__, que contemple actividades realizadas entre el 1° julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.

2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO

El cumplimiento del requisito indicado en la letra a del número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20__. Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20__.

Sin embargo, si no pudiera acreditarlo dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20__, en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar dicho requisito, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá la tasa de cotización vigente en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __%, a contar del 1° de enero de 20__.

ANEXO N°21

“COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN – EMPRESA NO ADHERIDA A MUTUALIDAD – PODRÍA ACCEDER A REBAJA – DEBE ACREDITAR COTIZACIONES AL DÍA”

En ____, a __de__ de 20__.

REF: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

Empresa No adherida a Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el artículo 11 del D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1° de enero de 20__ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Los antecedentes con que se cuenta permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a la rebaja de su tasa de cotización adicional de __% a __%, sólo si cumple los requisitos que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en la Sucursal del Instituto de Seguridad Laboral ISL, o si en su localidad no hay una sucursal ISL, puede ser presentada en los centros de atención del IPS (ChileAtiende), aun cuando con posterioridad al 1 de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

1) REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN

a. HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad adeuda las cotizaciones que se indican en el anexo deuda.

Para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago usted dispone de los plazos que se indican en el número 2) siguiente. El pago deberá acreditarse acompañando las copias de las planillas de declaración y pago correspondientes.

b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año 2022 al 30 de junio año 2023) DEL PERÍODO DE EVALUACIÓN, UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)

De acuerdo a nuestros registros, usted ha cumplido con mantener en funcionamiento un SGSST, durante el último período anual del período de evaluación. En efecto, usted cuenta con:

- i. Política de seguridad y salud en el trabajo, elaborada o actualizada entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- ii. Diagnóstico de situación, que considere la autoevaluación de cumplimiento de aspectos legales y la identificación de peligros y la evaluación de riesgos, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- iii. Programa trabajo, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y 30 de junio de 20__, que contemple actividades realizadas entre el 1° julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.

Por lo tanto, usted no deberá acreditar el cumplimiento de este requisito.

2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO

El cumplimiento del requisito indicado en la letra a. del número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20__. Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20__.

Sin embargo, si no pudiera acreditarlo dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20__, en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar dicho requisito, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá la tasa de cotización vigente en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __%, a contar del 1° de enero de 20__.

El Instituto de Seguridad Laboral llevará a cabo una revisión aleatoria de empresas que accedieron a rebaja, si llegase a constatar que no se cumplió con un requisito, se deberá dejar sin efecto la rebaja o exención y mantener la tasa de cotización adicional fijada con anterioridad y cobrar a la entidad empleadora las diferencias de cotizaciones que correspondan.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal del Instituto Seguridad Laboral más cercana a su domicilio, o acceda a más información en www.isl.gob.cl, o consulte al teléfono 600 586 9090.

También encontrará información en www.suseso.cl

DIRECTORA NACIONAL ISL

ANEXO N°22

“COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN – EMPRESA ADHERIDA A MUTUALIDAD – PODRÍA ACCEDER A REBAJA – DEBE ACREDITAR SGSST”

En ____, a__ de __ de 20__.

REF: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva.

Señores

Empresa Adherida a Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. Que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1° de enero de 20 __ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Los antecedentes con que se cuenta permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a la REBAJA de su tasa de cotización adicional de __% a __%, sólo si cumple los requisitos que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta mutualidad, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

1) REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN

a. HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad se encuentra al día en el pago de las cotizaciones hasta la correspondiente a las remuneraciones del mes de junio de 20__.

b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año 2022 al 30 de junio año 2023) DEL PROCESO DE EVALUACIÓN, UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)

Para acreditar este requisito deberá presentar una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de los siguientes antecedentes:

- i. Política de seguridad y salud en el trabajo, elaborada o actualizada entre el 1° de julio de 20__

y el 30 de junio de 20__.

- ii. Diagnóstico de situación, que considere la autoevaluación de cumplimiento de aspectos legales y la identificación de peligros y la evaluación de riesgos, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- iii. Programa trabajo preventivo, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y 30 de junio de 20__, que contemple actividades realizadas entre el 1° julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.

Independientemente de que al momento de completar la “Autoevaluación inicial de cumplimiento de aspectos legales”, esa entidad empleadora señale cumplir o no las condiciones indicadas en los números 1, 3 y 4 de su sección “Aspectos I. Organización de la prevención de riesgos”, deberá también acreditar dentro de los plazos indicados en el número 2) siguiente que, con posterioridad a dicha autoevaluación, continúa cumpliendo o cumple con los instrumentos preventivos que le son exigibles. Para ello deberá presentar:

- Las copias de las actas de constitución de todos los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad que se hayan constituido o renovado desde entonces;
- 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; y
- Un informe, carta o declaración jurada simple, también suscrita por su representante legal, donde indique que mantiene vigente el reglamento interno de higiene y seguridad y que ha cumplido con la obligación de informar a todos los trabajadores acerca de los riesgos de sus labores.

Las declaraciones juradas y los documentos de respaldo podrán ser presentados en formato papel o digital. Si opta por enviarlos en formato digital debe hacerlo a través de ... (señalar las opciones, por ejemplo, correo electrónico, plataforma digital etc.)

Para este efecto, podrán utilizar los formatos de las declaraciones juradas que se adjuntan a esta carta.

Información importante: De acuerdo a lo instruido por la Superintendencia de Seguridad Social, las mutualidades deberán realizar, en una muestra aleatoria de las entidades empleadoras que hayan acreditado los requisitos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), una revisión de la efectiva implementación y mantención en funcionamiento del SGSST durante el último período anual de evaluación, y en caso de constatar que la entidad no cumplió, conforme a lo requerido, el organismo administrador 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.

2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO

El cumplimiento del requisito indicado en la letra b del número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20__. Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20__.

Sin embargo, si no pudiera acreditarlo dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20__, en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar dicho requisito, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá la tasa de cotización vigente en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __%, a contar del 1° de enero de 20__.

ANEXO N°23

“COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN – EMPRESA NO ADHERIDA A MUTUALIDAD – PODRÍA ACCEDER A REBAJA – DEBE ACREDITAR SGSST”

En ____, a __de __de 20__.

REF: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva. D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Señores

Empresa No adherida a Mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, conforme a lo establecido en el artículo 11 del D.S.67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, lo que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que, además de la tasa de cotización básica, ambas de la Ley N°16.744, deberá pagar durante el período comprendido entre el 1° de enero de 20__ y el 31 de diciembre de 20__, sin perjuicio del pago, durante ese periodo, de la cotización de la Ley N°21.063 destinada al financiamiento del SANNA.

Los antecedentes con que se cuenta permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a la REBAJA de su tasa de cotización adicional de __% a __%, sólo si cumple los requisitos que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período comprendido entre el 1 de julio de 20__ y 30 de junio de 20__ han sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, señalando respecto de cada uno de ellos, el número de días perdidos y el grado de invalidez o el fallecimiento, cuando corresponda.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en la Sucursal del Instituto de Seguridad Laboral ISL, o si en su localidad no hay una sucursal ISL, puede ser presentada en los centros de atención del IPS (ChileAtiende), aun cuando con posterioridad al 1 de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

1) REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN

a. HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad se encuentra al día en el pago de las cotizaciones hasta la correspondiente a las remuneraciones del mes de junio de 20__.

b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año 20__ al 30 de junio año 20__) DEL PERIODO DE EVALUACIÓN, UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)

Para acreditar este requisito deberá presentar una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de los siguientes antecedentes:

- i. Política de seguridad y salud en el trabajo, elaborada o actualizada entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- ii. Diagnóstico de situación, que considere la autoevaluación de cumplimiento de aspectos legales y la identificación de peligros y la evaluación de riesgos, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.
- iii. Programa trabajo preventivo, elaborado o actualizado entre el 1° de julio de 20__ y 30 de junio de 20__, que contemple actividades realizadas entre el 1° julio de 20__ y el 30 de junio de 20__.

El funcionamiento el SGSST implica que la entidad empleadora debe, 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, lo que deberá acreditar con un informe, carta o declaración jurada simple, suscrita por su representante legal, para ello podrá utilizar el formato de declaración que se adjunta a esta carta.
- Contar con Comité Paritario de Higiene y Seguridad cuando en la empresa, faena, sucursal o agencia se desempeñen más de 25 trabajadores, lo que 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 lo que podrá utilizar el mismo formato señalado previamente.

La declaración y los documentos de respaldo podrán ser presentados en formato papel o digital, en la Sucursal del Instituto de Seguridad Laboral ISL, o si en su localidad no hay una sucursal ISL, puede ser presentada en los centros de atención del IPS (ChileAtiende).

Los formatos de las declaraciones señalados en esta carta, estarán también disponibles en nuestra página web www.isl.gob.cl – Cotizaciones – DS 67 - Declaraciones acreditación rebajas o podrá solicitarlos en nuestra sucursal.

2) PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO

El cumplimiento del requisito indicado en la letra b. del número 1) deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20__. Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20__.

Sin embargo, si no pudiera acreditarlo dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20__, en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar dicho requisito, no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá la tasa de cotización vigente en la actualidad, debiendo pagar una cotización total de __%, a contar del 1° de enero de 20__.

El Instituto de Seguridad Laboral llevará a cabo una revisión aleatoria de empresas que accedieron a rebaja, si llegase a constatar que no se cumplió con un requisito, se deberá dejar sin efecto la rebaja o exención y mantener la tasa de cotización adicional fijada con anterioridad y cobrar a la entidad empleadora las diferencias de cotizaciones que correspondan.

Ante cualquier duda consulte en la sucursal del Instituto Seguridad Laboral más cercana a su domicilio, o acceda a más información en www.isl.gob.cl., o consulte al teléfono 600 586 9090.

También encontrará información en www.suseso.cl

DIRECTORA NACIONAL ISL

ANEXO N°24

“RESOLUCION MANTIENE TASA ENTIDAD EMPLEADORA NO EVALUADA” RESOLUCIÓN QUE FIJA LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA DE LA LEY N° 16.744.

Resolución N° ____

N° adherente (cuando corresponda)

En ____, a __de __de 20__.

VISTOS:

Los antecedentes de la entidad empleadora ____ (Nombre o Razón Social) Rut ____, con domicilio en__ (Calle, N°, Comuna), representada por__(Nombre, RUT).

TENIENDO PRESENTE:

Lo dispuesto por el artículo 16 de la Ley N° 16.744 y el Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, este Organismo Administrador del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, resuelve:

PRIMERO:

Se mantiene su Tasa de Cotización Adicional Diferenciada en ____ %, la que sumada a la tasa de cotización básica de 0,90%, ambas de la Ley N°16.744, y la cotización del 0,03% para el financiamiento del seguro obligatorio para los padres y madres trabajadores de niños y niñas afectados por una condición grave de salud (SANNA) de la Ley N°21.063, determina que deberá pagar una tasa de cotización total de __%, durante el período comprendido entre el 1° de enero de 20__y 31 de diciembre de 20__.

SEGUNDO:

Esa entidad empleadora presenta dentro del periodo de evaluación menos de 2 períodos anuales consecutivos de adherencia a algún organismo administrador de la Ley N° 16.744, razón por la cual no puede ser evaluada en este Proceso, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° del D.S. N° 67.

TERCERO:

Esa entidad empleadora dispone del plazo de quince días para formular ante este organismo administrador un recurso de reconsideración debidamente fundado.

Además, puede recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social para lo cual dispone del plazo de 90 días hábiles.

Los plazos anteriormente señalados se contabilizarán desde la fecha de notificación de esta resolución o de la notificación de la resolución que emita este organismo respecto de la reconsideración, si la hubiere solicitado, según corresponda.

ANEXO N°26

“RESOLUCIÓN ACCEDE A REBAJA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA”

RESOLUCIÓN QUE FIJA LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA

DE LA LEY N° 16.744.

Resolución N° ____.

N° adherente (cuando corresponda)

En ____, a __ de __ de 20__.

VISTOS:

Los antecedentes de la entidad empleadora (Nombre o Razón Social) Rut __, con domicilio en (Calle, N°, Comuna), representada por __ (Nombre, RUT).

TENIENDO PRESENTE:

Lo dispuesto por el artículo 16 de la Ley N° 16.744 y el Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, este organismo administrador del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, resuelve:

PRIMERO:

Se fija su Tasa de Cotización Adicional Diferenciada en __%, la que sumada a la tasa de cotización básica 0,90% de la Ley N°16.744 y la cotización del 0,03% para el financiamiento del seguro obligatorio para los padres y madres trabajadores de niños y niñas afectados por una condición grave de salud (SANNA) de la Ley N°21.063, determina que deberá pagar una tasa de cotización total de __%, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20_ y 31 de diciembre de 20_.

SEGUNDO:

La rebaja de su cotización adicional fue procedente por cuanto esa entidad empleadora ha acreditado o se pudo verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Hallarse al día en el pago de las cotizaciones de la Ley 16.744, incluidas las correspondientes al mes de junio de 20__ (indicar el año en que se realiza la evaluación).
- 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).

TERCERO:

Se adjuntan a la presente resolución todos los antecedentes que se tomaron en consideración para el cálculo de su Tasa de Siniestralidad Total.

CUARTO:

Esa entidad empleadora dispone del plazo de quince días para formular ante este organismo administrador un recurso de reconsideración debidamente fundado.

Además, puede recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social, para lo cual dispone del plazo de 90 días hábiles.

Los plazos anteriormente señalados se contabilizarán desde la fecha de notificación de esta resolución o de la notificación de la resolución que emita este organismo respecto de la reconsideración, si la hubiere solicitado, según corresponda.

ANEXO N°27

“RESOLUCIÓN MANTIENE TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA” RESOLUCIÓN QUE FIJA LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA DE LA LEY N° 16.744.

Resolución N° ____.

N° adherente (cuando corresponda)

En ____, a ____ de ____ de 20__.

VISTOS:

Los antecedentes de la entidad empleadora (Nombre o Razón Social) Rut ____, con domicilio en (Calle, N°, Comuna), representada por__ (Nombre, RUT).

TENIENDO PRESENTE:

Lo dispuesto por el artículo 16 de la Ley N° 16.744 y el Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, este Organismo Administrador del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, resuelve:

PRIMERO:

Se fija su Tasa de Cotización Adicional Diferenciada en __% la que sumada a la tasa de cotización básica 0,90% de la Ley N°16.744 y la cotización del 0,03% para el financiamiento del seguro obligatorio para los padres y madres trabajadores de niños y niñas afectados por una condición grave de salud (SANNA) de la Ley N°21.063, determina que deberá pagar una tasa de cotización total de __%, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20__ y 31 de diciembre de 20__.

SEGUNDO:

Se adjuntan a la presente resolución todos los antecedentes que se tomaron en consideración para el cálculo de su Tasa de Siniestralidad Total.

TERCERO:

Esa entidad empleadora dispone del plazo de quince días para formular ante este organismo administrador un recurso de reconsideración debidamente fundado.

Además, puede recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social, para lo cual dispone del plazo de 90 días hábiles.

Los plazos anteriormente señalados se contabilizarán desde la fecha de notificación de esta resolución o de la notificación de la resolución que emita este organismo respecto de la reconsideración, si la hubiere solicitado, según corresponda.

ANEXO N°28

“RESOLUCIÓN NO ACCEDE A REBAJA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA”

RESOLUCIÓN QUE FIJA LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA

DE LA LEY N° 16.744.

Resolución N° ____.

N° adherente (cuando corresponda)

En ____, a __ de __ de 20__.

VISTOS:

Los antecedentes de la entidad empleadora (Nombre o Razón Social) Rut ____, con domicilio en (Calle, N°, Comuna), representada por__ (Nombre, RUT).

TENIENDO PRESENTE:

Lo dispuesto por el artículo 16 de la Ley N° 16.744 y el Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, este Organismo Administrador del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, resuelve:

PRIMERO:

Se fija su Tasa de Cotización Adicional Diferenciada en __%, la que sumada a la tasa de cotización básica 0,90% de la Ley N°16.744 y la cotización del 0,03% para el financiamiento del seguro obligatorio para los padres y madres trabajadores de niños y niñas afectados por una condición grave de salud (SANNA) de la Ley N°21.063, determina que deberá pagar una tasa de cotización total de __%, durante el período comprendido entre el 1° de enero de 20__ y 31 de diciembre de 20__.

SEGUNDO:

No obstante que por siniestralidad efectiva, esa entidad empleadora, habría podido acceder a rebaja o exención, ello no resultó procedente, pues no cumplió con los siguientes requisitos: (se deberán señalar sólo los requisitos que no se cumplieron)

- a) Hallarse al día en el pago de las cotizaciones de la Ley 16.744 correspondientes a remuneraciones incluidas las del mes de junio de 20__. (señalar el año en que se realiza la evaluación)
- 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)

TERCERO:

Se adjuntan a la presente resolución todos los antecedentes que se tomaron en consideración para el cálculo de su Tasa de Siniestralidad Total.

CUARTO:

De acuerdo a lo dispuesto en el inciso final del artículo 8° del D.S. N° 67, esa entidad empleadora tiene la posibilidad de acreditar el cumplimiento de los requisitos señalados en el punto segundo de esta resolución antes del 1° de enero del año 20__, lo que permitiría volver a determinar su tasa de cotización adicional.

QUINTO:

Esa entidad empleadora dispone del plazo de quince días para formular ante este organismo administrador un recurso de reconsideración debidamente fundado.

Además, puede recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social, para lo cual dispone del plazo de 90 días hábiles.

Los plazos anteriormente señalados se contabilizarán desde la fecha de notificación de esta resolución o de la notificación de la resolución que emita este organismo respecto de la reconsideración, si la hubiere solicitado, según corresponda.

ANEXO N°29

“RESOLUCIÓN RECARGA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIA” RESOLUCIÓN QUE FIJA LA TASA DE COTIZACIÓN ADICIONAL DIFERENCIADA DE LA LEY N° 16.744.

Resolución N° ____

N° adherente (cuando corresponda)

En ____, a __ de __ de 20__.

VISTOS:

Los antecedentes de la entidad empleadora (Nombre o Razón Social) Rut __, con domicilio en (Calle, N°, Comuna), representada por__ (Nombre, RUT).

TENIENDO PRESENTE:

Lo dispuesto por el artículo 16 de la Ley N° 16.744 y el Decreto Supremo N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, este Organismo Administrador del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, resuelve:

PRIMERO:

Se fija su Tasa de Cotización Adicional Diferenciada en __%, la que sumada a la tasa de cotización básica 0,90% de la Ley N°16.744 y la cotización del 0,03% para el financiamiento del seguro obligatorio para los padres y madres trabajadores de niños y niñas afectados por una condición grave de salud (SANNA) de la Ley N°21.063, determina que deberá pagar una tasa de cotización total de __%, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 20__ y 31 de diciembre de 20__.

Esta nueva tasa de cotización adicional incluye un recargo por aplicación del artículo 5° del citado Decreto Supremo N°67 (Incluir este párrafo solo cuando corresponda).

SEGUNDO:

Se adjuntan a la presente resolución todos los antecedentes que se tomaron en consideración para el cálculo de su Tasa de Siniestralidad Total.

TERCERO:

Esa entidad empleadora dispone del plazo de quince días para formular ante este organismo administrador un recurso de reconsideración debidamente fundado.

Además, puede recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social, para lo cual dispone del plazo de 90 días hábiles.

Los plazos anteriormente señalados se contabilizarán desde la fecha de notificación de esta resolución o de la notificación de la resolución que emita este organismo respecto de la reconsideración, si la hubiere solicitado, según corresponda.

ANEXO N°18

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Complete el formulario con letra Calibri, tamaño 11. Respete los espacios asignados en cada sección. Para asegurar la equidad en la postulación y revisión de antecedentes de cada proyecto, todo el texto que supere la extensión máxima de cada sección no será considerado por los evaluadores.

ASPECTOS GENERALES

1. Título del proyecto (máximo 30 palabras)

2. Resumen del proyecto (máximo 200 palabras)

3. Duración estimada del proyecto

 Meses

A. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: Problematización y Justificación del Proyecto

1. Planteamiento del problema de investigación o pregunta de investigación y justificación

Planteamiento del problema o pregunta de investigación y su relevancia. Presente el problema que quiere estudiar y la relevancia que tiene para la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en Chile. (MÁXIMO 1 PÁGINA)

2. Objetivo general y objetivos específicos (no más de 10 líneas)

Elaborar objetivos de investigación correctamente definidos y acotados. Ellos deben permitir abordar completamente el problema o pregunta de investigación.

3. Marco Teórico

Especifique el marco teórico que sustenta su problema de investigación. También, identifique a que línea estratégica o temática específica de los Lineamientos SUSESO corresponde el proyecto o si corresponde a un proyecto prioritario. Elabore una revisión de publicaciones científicas, a nivel nacional y extranjero, relacionada directamente con el problema de investigación o pregunta de investigación. De no existir literatura nacional o extranjera, debe explicitarlo. Use fuentes académicas relevantes y autorizadas. La revisión permite conocer el estado actual de la discusión científica sobre el problema o pregunta de investigación. MÁXIMO 4 PÁGINAS

B. PROPUESTA METODOLÓGICA

1. Diseño metodológico acorde al problema planteado

Señale su estrategia o diseño o metodología para responder la pregunta de investigación y su justificación. MÁXIMO 2 páginas

2. Acceso a la información y abordaje ético

Indique el universo de estudio y detalle cómo se llevará a cabo la selección de participantes, recolección de datos secundarios, u otras estrategias de recolección de información (según corresponda). Incluya una reflexión respecto de la representatividad de los resultados. Analice los

posibles desafíos para acceder a la información e implementar la propuesta metodológica y cómo se abordarán. MÁXIMO 1 página

Reflexione cómo su proyecto cautela u aborda las siguientes implicancias éticas: Análisis de riesgo-beneficio, resguardo de la confidencialidad, consentimientos informados, autorizaciones institucionales requeridas. Concluya sobre la necesidad o no de evaluación del proyecto por parte de un Comité de Ética. MÁXIMO 1 página

3. Plan de trabajo

Señale cronograma de trabajo con periodicidad mensual, incluyendo las principales actividades e hitos del proyecto.

Incluya una descripción completa y comprensiva de todas las actividades asociadas al proyecto de investigación, asociadas a los objetivos, el diseño metodológico y los hitos administrativos. Indique el tiempo destinado a las actividades y su secuencia lógica (MÁXIMO 1 PÁGINA)

C. Propuesta Económica

Entregue en forma completa toda la información presupuestaria solicitada. Identifique en forma detallada todos los ítems de gasto derivados del proyecto de investigación. Incluya una justificación para todos los costos incluidos en la propuesta económica y para su valorización tenga como referencia los precios de mercado.

El presupuesto debe incluir todo tipo de costos, gastos o ítems asociado, incluidos los impuestos a que pueda estar afecto.

a) Honorarios y remuneraciones

Considere al total de personas contratadas para el proyecto. No nombre a las personas.

ÍTEM	HONORARIO EQUIVALENTE AJORNADA COMPLETA (M\$/MES)	DEDICACIÓN AL PROYECTO (% DE JORNADA)	MESES A CONTRATAR (N)	TOTAL (M\$)
	(A)	(B)	(C)	(A) X (B) X (C)
Investigador principal, investigador alterno, jefe de proyecto alterno				

Profesionales				
SUB TOTAL HONORARIOS, INCENTIVOS Y REMUNERACIONES				

Justificación de los costos en el ítem "Honorarios, incentivos y remuneraciones" (MÁXIMO 200

PALABRAS)

b) Equipos

Incluya el costo de Equipos caracterice en detalle e indique expresamente la cantidad. No es necesario adjuntar cotizaciones.

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO		CANTIDAD (UNIDADES O MESES)	COSTO TOTAL (M\$)
		CASO 1: ADQUISICIÓN (M\$/UNIDAD)	CASO 2: ARRIENDO O SERV DE TERCEROS (M\$/MES)		
		(A)	(A)		
SUB TOTAL EQUIPOS					

c) Gastos Operacionales: Exámenes o servicios de terceros, pasajes y viáticos destinados a la ejecución del proyecto, incentivos a la participación en el proyecto.

SUB TOTAL PASAJES				
SUB TOTAL VIÁTICOS				

Justificación de los costos en el ítem “Pasajes y viáticos” (MÁXIMO 200 PALABRAS)

e) Gastos de administración del proyecto

Incluya todos los gastos asociados a la administración y gestión del proyecto (*overhead*).

NOTA: ESTE ÍTEM, MÁS EL ANTERIOR, NO DEBE SUPERAR EL 15% DEL APOORTE TOTAL SOLICITADO POR EL PROYECTO. SOLO PUEDEN PRESENTAR OVERHEAD LAS INSTITUCIONES SIN FINES DE LUCRO.

ÍTEM	COSTO UNITARIO (M\$/UNIDAD)	CANTIDAD (N)	COSTO TOTAL (M\$)
	(A)	(B)	(A)X(B)
Gastos de Administración (secretaria, contabilidad, papelería, garantías, etc.)			
Gestión del Proyecto (Overhead)			
SUB TOTAL ADMINISTRACIÓN DE PROYECTO			

Justificación de los costos en el ítem “Gastos de administración del proyecto” (MÁXIMO 200 PALABRAS)

TABLA RESUMEN:

Ítem	MONTO EN \$
SUB TOTAL HONORARIOS, INCENTIVOS Y REMUNERACIONES	
SUB TOTAL EQUIPOS	
SUB TOTAL EXÁMENES O SERVICIOS DE TERCEROS	
SUB TOTAL PASAJES Y VIÁTICOS	
SUB TOTAL ADMINISTRACIÓN DE PROYECTO	
TOTAL SOLICITADO	

Nota: Dentro del monto total solicitado debe incluir los impuestos a los que pueda estar afecto el proyecto, entre ellos el IVA.

D. Admisibilidad Impacto y Aplicabilidad: Posibles resultados y logros

Especifique cuál será el aporte del proyecto a la resolución del problema planteado y reflexione sobre la aplicabilidad de los resultados. Señale por qué la propuesta contribuye a la prevención de los accidentes del trabajo o las enfermedades profesionales, acorde a la realidad nacional, y por qué representa un aporte al conocimiento científico. MÁXIMO 1 página.

ANEXO N°19

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INNOVACIÓN

Complete el formulario con letra Calibri, tamaño 11. Respete los espacios asignados en cada sección. Para asegurar la equidad en la postulación y revisión de antecedentes de cada proyecto, todo el texto que supere la extensión máxima de cada sección no será considerado por los evaluadores.

I. Proyectos de Iniciación de la innovación (Fase 1)

ASPECTOS GENERALES

1. Título del proyecto

(Extensión máxima: 30 palabras) xxxxx

2. Resumen del proyecto

(Extensión máxima: 200 palabras) xxxxx

ANEXE LINK A VIDEO EXPLICATIVO (mp4 -máximo 3 minutos)

3. Duración del proyecto: meses

A. Problematización y Justificación del proyecto

Elabore una descripción completa del problema, aportando antecedentes o publicaciones, a nivel nacional y/o extranjero, relacionadas directamente con el problema. Identifique si el problema se ha catalogado como prioritario o responde algunas líneas generales de los Lineamientos Estratégicos. Presente una descripción de la oportunidad o el desafío de la innovación. Indique si el problema se ha abordado en Chile o en el extranjero, o en otro ámbito fuera de la seguridad y salud en el trabajo.

(Extensión máxima: 1 página) xxxxx

1. Problema/ desafío / oportunidad:
2. Objetivos del proyecto
3. Novedad de la solución

A. Descripción de la propuesta

1. Descripción de la innovación

Explique de qué trata la innovación y especifique a qué categoría de innovación pertenece (de producto o proceso)

(Extensión máxima: media página) xxxxxx

Actividades

Describa detalladamente las actividades que realizará para cumplir con los objetivos. Todas las actividades deberán describirse independientemente de que sean ejecutadas en forma directa o por otra entidad contratada.

(Extensión máxima: 2 páginas) xxxxx

Cronograma

Incluya una carta Gantt detallada de su proyecto

(Extensión máxima: 1 página) xxxxx

2. Acceso a la información y abordaje ético

Indique cómo accederá a la información primaria y/o secundaria necesaria para abordar los objetivos de su proyecto, los compromisos existentes ya sea para obtener datos u otra información secundaria (en caso de no tenerla o que ésta no sea pública) o para acceder a muestras o informantes.

(Extensión máxima: media página) xxxxx

Abordaje ético

Reflexione cómo su proyecto cautela u aborda las siguientes implicancias éticas: Análisis de riesgo-beneficio, resguardo de la confidencialidad, consentimientos informados, autorizaciones institucionales requeridas. Concluya sobre la necesidad o no de evaluación del proyecto por parte de un Comité de Ética.

(Extensión máxima: media página) xxxxx
--

3. Entidad prestadora de servicio

En el caso de que se contemple la contratación de una entidad prestadora de servicio (EPS), indicar:

Descripción de las actividades a contratar
(Extensión máxima: 1 página) xxxxx

Plan de trabajo y cronograma de las actividades a cargo de la EPS
(Formato Gantt) xxxx

Resultados Productos esperados del servicio
(Extensión máxima: 10 líneas) xxxx

(*) En caso de que la entidad no corresponda a una Universidad, los Centro de Formación Técnica o Instituto Profesional, o a aquellas entidades que se encuentren incorporadas en el Registro de Centros para la realización de actividades de investigación o desarrollo de la Ley N° 20.241, se deberá especificar

la experiencia e infraestructura, así como el equipo de trabajo (profesionales y/o técnicos) que dispone para la realización de actividades relacionadas con el servicio que se propone para el beneficiario (los antecedentes señalados deben acreditar, a lo menos, un año de experiencia en el servicio planteado).

Experiencia e infraestructura pertinente al servicio* (opcional de acuerdo a nota anterior)
Extensión máxima: 10 líneas xxxxx

Equipo de trabajo* (opcional de acuerdo a nota anterior)	
Agregue espacios según requerimiento	
Nombre	
Título, especialidad, otro	
Rol en el proyecto	
Experiencia relevante	Extensión máxima: 10 líneas

4. Propuesta económica

Presente un presupuesto desglosado que permita relacionar el financiamiento con todas las actividades propuestas y evaluar si los montos solicitados son justificados.

En la columna Aporte de terceros indique montos y % de cofinanciamiento. Los aportes podrán ser pecuniarios (en dinero) o no pecuniarios valorizados (utilización de instalaciones, infraestructura, recursos humanos, etc.).

Notas:

- Para ser considerados válidos, los aportes deberán ser formalizados mediante una carta de compromiso.
- El presupuesto debe incluir todo tipo de costos, gastos o ítems asociado, incluidos los impuestos a que pueda estar afecto.

a) Honorarios

Considere al total de personas contratadas para el proyecto.

ÍTEM	HONORARIO EQUIVALENTE A JORNADA COMPLETA (M\$/MES)	DEDICACIÓN AL PROYECTO (% DE JORNADA)	MESES A CONTRATAR (N)	TOTAL (M\$)
	(A)	(B)	(C)	(A) X (B) X (C)

Innovador principal, innovador alternativo, jefe de proyecto alternativo				
Profesionales				
SUB TOTAL HONORARIOS, INCENTIVOS Y REMUNERACIONES				

***Justificación de los costos en el ítem “Honorarios, incentivos y remuneraciones”**

(Extensión máxima 200 palabras) xxx

b) Equipos

Incluya el costo de equipos, caracterice en detalle e indique expresamente la cantidad. No es necesario adjuntar cotizaciones.

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO		CANTIDAD (UNIDADES O MESES)	COSTO TOTAL (M\$)
		CASO 1: ADQUISICIÓN (M\$/UNIDAD)	CASO 2: ARRIENDO O SERV DE TERCEROS (M\$/MES)		
		(A)	(A)		
				(B)	(A)X(B)
SUB TOTAL EQUIPOS					

***Justificación de equipos**

Complete la siguiente información para todos los ítems incluidos en el cuadro anterior.

Ítem	Indique si el ítem es crítico para el proyecto y por qué	Si se trata de una adquisición, justifique por qué esta es necesaria, en vez de considerar arriendo o servicios de terceros.

c) Servicios de terceros

Incluya el costo de subcontratos, caracterice en detalle e indique expresamente la cantidad. No es necesario adjuntar cotizaciones.

Ítem	DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO	CANTIDAD (UNIDADES O MESES)	COSTO TOTAL (M\$)
		(A)	(B)	(A)X(B)
SUB TOTAL SERVICIOS DE TERCEROS				

***Justificación de servicios de terceros**

Complete la siguiente información para todos los ítems incluidos en el cuadro anterior.

(Extensión máxima 200 palabras por ítem) xxx

d) Pasajes y viáticos

Incluir todos los gastos en movilización, alimentación, incluyendo los traslados locales (misma ciudad de implementación del proyecto) que tengan relación directa con los objetivos de la propuesta.

OBJETIVO DEL VIAJE	DESTINO	NÚMERO DE PERSONAS QUE VIAJAN (N)	VALOR UNITARIO PASAJE (M\$)	TOTAL (M\$)
		(A)	(B)	(A)X(B)
SUB TOTAL PASAJES				
SUB TOTAL VIÁTICOS				
SUB TOTAL PASAJES Y VIÁTICOS				

*** Justificación de los costos en el ítem "Pasajes y viáticos" (MÁXIMO 200 PALABRAS)**

(Extensión máxima 200 palabras por ítem) xxxx

e) Gastos de administración del proyecto

Incluya los gastos asociados a la administración y gestión del proyecto (overhead).

NOTA: ESTE ÍTEM NO DEBE SUPERAR EL 15% DEL APOORTE TOTAL SOLICITADO POR EL PROYECTO.

ÍTEM	COSTO UNITARIO (M\$/UNIDAD)	CANTIDAD (N)	COSTO TOTAL (M\$)
	(A)	(B)	(A)X(B)
SUB TOTAL ADMINISTRACIÓN DE PROYECTO			

Justificación de los costos en el ítem “Gastos de administración del proyecto” (MÁXIMO 200 PALABRAS)

TABLA RESUMEN:

Ítem	MONTO EN \$
SUB TOTAL HONORARIOS, INCENTIVOS Y REMUNERACIONES	
SUB TOTAL EQUIPOS	
SUB TOTAL SERVICIOS DE TERCEROS	
SUB TOTAL PASAJES Y VIÁTICOS	
SUB TOTAL ADMINISTRACIÓN DE PROYECTO	
TOTAL SOLICITADO	

Nota: Dentro del monto total solicitado debe incluir los impuestos a los que pueda estar afecto el proyecto, entre ellos el IVA.

5. Impacto y aplicabilidad de los Resultados / Productos

Indique cuáles serán los productos o resultados de su proyecto. Su relevancia y aplicabilidad

(extensión máxima: media página) xxxx

II. PROYECTOS DE CONTINUIDAD DE INNOVACIÓN (FASE 2) O DE IMPLEMENTACIÓN (FASE 3)

Complete el formulario con letra Calibri, tamaño 11. Respete los espacios asignados en cada sección. Para asegurar la equidad en la postulación y revisión de antecedentes de cada proyecto, todo el texto que supere la extensión máxima de cada sección no será considerado por los evaluadores

ASPECTOS GENERALES

1. Título del proyecto

(Extensión máxima: 30 palabras) xxx

2. Resumen del proyecto

(Extensión máxima: 200 palabras)

ANEXE LINK A VIDEO EXPLICATIVO (mp4 -máximo 3 minutos)

3. Duración del proyecto: meses

A. PROBLEMATIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1. Antecedentes sobre etapas anteriores

- Describa el problema, la población que lo presenta y el desafío abordado anteriormente.
- Describa la solución desarrollada en las etapas anteriores, los recursos involucrados y las fuentes de financiamiento. Indique si el proyecto deriva de convocatorias anteriores de esta Circular.
- Describa los resultados de la fase anterior, el nivel alcanzado y justifique nueva etapa

(Extensión máxima: 3 páginas)

1. Problema y desafío: xxx
2. Descripción de Fase anterior:
3. Resultados, nivel alcanzado y justificación de nueva etapa:

2. Objetivos

Objetivo general y objetivos específicos de la nueva etapa

(Extensión máxima: media página) xxx

B. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

1. Descripción de la nueva etapa

Describa detalladamente las actividades que realizará para cumplir con los objetivos. Todas las actividades deberán describirse independientemente de que sean ejecutadas en forma directa o por otra entidad contratada.

(Extensión máxima: 2 páginas) xxx

2. Acceso a la información y abordaje ético

Indique cómo accederá a la información primaria y/o secundaria necesaria para abordar los objetivos de su proyecto, los compromisos existentes ya sea para obtener datos u otra información secundaria (en caso de no tenerla o que ésta no sea pública) o para acceder a muestras o informantes.

(Extensión máxima: 1 página) xxx

Abordaje ético

Reflexione como su proyecto cautela u aborda las siguientes implicancias éticas: Análisis de riesgo-beneficio, resguardo de la confidencialidad, consentimientos informados, autorizaciones institucionales requeridas. Concluya sobre la necesidad o no de evaluación del proyecto por parte de un Comité de Ética.

(Extensión máxima: media página) xxx

3. Identificación de la o las organizaciones donde se implementará la solución piloto

Descripción de las actividades (compromisos)

(Extensión máxima: 1 página) xxxx

Debe incluirse carta de organización participante según Anexo N°20 “Carta de organización participante. Proyectos de continuación o de implementación en innovación”.

Plan de trabajo (aplica a las actividades que realizará la organización donde se implementará la solución)

(Formato Gantt) xxx

Resultados productos esperados (aplica si la organización debe aportar productos/servicios necesarios para cumplir los objetivos del proyecto)

(Extensión máxima: 10 líneas)xxx

4. Plan de Trabajo del proyecto

Describa detalladamente las actividades que realizará para cumplir con los objetivos y relaciónelas con los objetivos, solución o implementación e hitos administrativos. Considere secuencia lógica y tiempo óptimo. **Incluir Gantt**

(Extensión máxima: 2 páginas) xxx

C. PROPUESTA ECONÓMICA

Presente un presupuesto desglosado que permita relacionar el financiamiento con todas las actividades propuestas y evaluar si los montos solicitados son justificados.

En la columna Aporte de terceros indique montos y % de cofinanciamiento. Los aportes podrán ser pecuniarios (en dinero) o no pecuniarios valorizados (utilización de instalaciones, infraestructura, recursos humanos, etc.).

Notas:

- Para ser considerados válidos, los aportes deberán ser formalizados mediante una carta de compromiso. En el caso de los proyectos de implementación, el co-financiamiento pecuniario es requisito de admisibilidad (Anexo N° 20).

- El presupuesto debe incluir todo tipo de costos, gastos o ítems asociado, incluidos los impuestos a que pueda estar afecto.

a) Honorarios

Considere al total de personas contratadas para el proyecto.

ÍTEM	HONORARIO EQUIVALENTE A JORNADA COMPLETA (M\$/MES)	DEDICACIÓN AL PROYECTO (% DE JORNADA)	MESES A CONTRATAR (N)	TOTAL (M\$)
	(A)	(B)	(C)	(A) X (B) X (C)
Innovador principal, innovador alterno, jefe de proyecto alterno				
Profesionales				
SUB TOTAL HONORARIOS, INCENTIVOS Y REMUNERACIONES				

***Justificación de los costos en el ítem “Honorarios, incentivos y remuneraciones”**

(Extensión máxima 200 palabras) xxx

b) Equipos

Incluya el costo de equipos, caracterice en detalle e indique expresamente la cantidad. No es necesario adjuntar cotizaciones.

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO		CANTIDAD (UNIDADES O MESES)	COSTO TOTAL (M\$)
		CASO 1: ADQUISICIÓN (M\$/UNIDAD)	CASO 2: ARRIENDO O SERV DE TERCEROS (M\$/MES)		
		(A)	(A)		
				(B)	(A)X(B)
SUB TOTAL EQUIPOS					

***Justificación de equipos**

Complete la siguiente información para todos los ítems incluidos en el cuadro anterior.

Ítem	Indique si el ítem es crítico para el proyecto y por qué	Si se trata de una adquisición, justifique por qué esta es necesaria, en vez de considerar arriendo o servicios de terceros.

c) Servicios de terceros

Incluya el costo de subcontratos, caracterice en detalle e indique expresamente la cantidad. No es necesario adjuntar cotizaciones.

Ítem	DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO	CANTIDAD (UNIDADES O MESES)	COSTO TOTAL (M\$)
		(A)	(B)	(A)X(B)
SUB TOTAL SERVICIOS DE TERCEROS				

***Justificación de servicios de terceros**

Complete la siguiente información para todos los ítems incluidos en el cuadro anterior.

(Extensión máxima 200 palabras por ítem) xxx

d) Pasajes y viáticos

Incluir todos los gastos en movilización, alimentación, incluyendo los traslados locales (misma ciudad de implementación del proyecto) que tengan relación directa con los objetivos de la propuesta.

OBJETIVO DEL VIAJE	DESTINO	NÚMERO DE PERSONAS QUE VIAJAN (N)	VALOR UNITARIO PASAJE (M\$)	TOTAL (M\$)
		(A)	(B)	(A)X(B)
SUB TOTAL PASAJES				
SUB TOTAL VIÁTICOS				
SUB TOTAL PASAJES Y VIÁTICOS				

*** Justificación de los costos en el ítem “Pasajes y viáticos” (MÁXIMO 200 PALABRAS)**

(Extensión máxima 200 palabras por ítem) xxxx

e) Gastos de administración del proyecto

Incluya los gastos asociados a la administración y gestión del proyecto (overhead).

NOTA: ESTE ÍTEM NO DEBE SUPERAR EL 15% DEL APOORTE TOTAL SOLICITADO POR EL PROYECTO.

ÍTEM	COSTO UNITARIO (M\$/UNIDAD)	CANTIDAD (N)	COSTO TOTAL (M\$)
	(A)	(B)	(A)X(B)
SUB TOTAL ADMINISTRACIÓN DE PROYECTO			

Justificación de los costos en el ítem “Gastos de administración del proyecto” (MÁXIMO 200 PALABRAS)

(Extensión máxima: 200 palabras) xxxx

TABLA RESUMEN:

Ítem	MONTO EN \$
SUB TOTAL HONORARIOS, INCENTIVOS Y REMUNERACIONES	
SUB TOTAL EQUIPOS	
SUB TOTAL SERVICIOS DE TERCEROS	
SUB TOTAL PASAJES Y VIÁTICOS	
SUB TOTAL ADMINISTRACIÓN DE PROYECTO	
TOTAL SOLICITADO	

Nota: Dentro del monto total solicitado debe incluir los impuestos a los que pueda estar afecto el proyecto, entre ellos el IVA.

D. IMPACTO Y APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Describa detalladamente los resultados esperados y como ellos aportan a la salud y seguridad en el trabajo

(Extensión máxima: media página) xxx

ANEXO N°1

CONTENIDOS BÁSICOS DE LA FICHA CLÍNICA ÚNICA EN LA PRIMERA ATENCIÓN

1. Identificación del trabajador (nombre, RUT, sexo, edad, ocupación).
2. Fecha y hora de la atención.
3. Motivo de la consulta.
4. Anamnesis:
 - 4.1. Anamnesis remota: debe incluir antecedentes mórbidos, accidentes del trabajo, trayecto y/o enfermedades profesionales previos, antecedentes quirúrgicos, fármacos en uso y hábitos.
 - 4.2. Anamnesis próxima: en el caso de denuncias por accidentes, debe incluir la fecha, hora y lugar donde ocurrió el siniestro, así como una descripción detallada de los síntomas, de las lesiones físicas y/o psíquicas y del mecanismo lesional referidos por el paciente. En síntesis, el qué, cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente.
En el caso de denuncia por sospecha de enfermedad profesional, debe incluir una descripción detallada de los síntomas y sus características, la fecha de inicio de los mismos y su eventual relación con las actividades laborales realizadas, de acuerdo al relato del trabajador/a o a sus antecedentes ocupacionales. Asimismo, deberá descartar la existencia de un mecanismo lesional traumático agudo al cual atribuir la sintomatología.
5. Examen físico: debe incluir una descripción exhaustiva de la(s) lesión(es) física(s) y/o psíquica(s) presentadas. Además, se deben evaluar las alteraciones de la funcionalidad que incidan en las actividades laborales y/o de la vida diaria. Por ejemplo, ante lesiones músculo esqueléticas, se deberá realizar una evaluación de rangos articulares, fuerza muscular, marcha, entre otros; ante lesiones psíquicas, es necesario evaluar la existencia e intensidad de signos de estrés agudo en el examen mental, entre otros.
6. Exámenes complementarios: en caso de corresponder, se deberá indicar qué exámenes fueron realizados y describir sus resultados.
7. Diagnósticos.
8. Indicación de reposo laboral: consignar si se entregó o no reposo. En caso de indicar el alta inmediata, justificar por qué a juicio del médico las lesiones no dificultan el normal desempeño de la actividad laboral habitual que realiza el trabajador.
En caso de indicar reposo, se debe registrar la cantidad de días de reposo y especificar si corresponde a una orden de reposo o a una licencia médica, según corresponda indicando el tipo de licencia médica para esta última situación.
9. Indicaciones entregadas al trabajador.
10. Destino después de primera atención: indicar si se deriva al trabajador a su domicilio, al trabajo habitual o a otro centro asistencial, indicando el nombre de este centro.
11. Medio de traslado del trabajador.
12. Nombre completo y RUT del médico tratante. Además, en caso de tratarse de un documento impreso, aquél debe consignar su firma.

ANEXO N°2

DETERMINACIÓN CONTRIBUCIÓN DEL ESTADO

Año : "Indicar año al que corresponde la información"

Institución : "Nombre de la Mutualidad"

PARAMETROS ANUALES DE REFERENCIA

Gasto Ajustado de Pensiones (GAP)

Corresponde a la suma de los siguientes ítems:

- 42030 Gasto en Pensiones	\$.....
- 42070 Variación de los capitales representativos de pensiones vigentes. ¹	\$.....
Aguinaldos de fiestas patrias y de navidad	\$.....
Reajuste DL N°2448	\$.....
Bajas efectuadas durante el año sólo a los capitales representativos de pensiones vigentes.	\$.....
Total	\$.....

Ingreso por Cotizaciones (IC)

Corresponde a la suma de los siguientes ítems:

- 41010 Ingresos por cotización básica	\$.....
- 41020 Ingresos por cotización adicional	\$.....
- 41040 Intereses, reajustes y multas ²	\$.....
Total	\$.....

Gasto en Pensiones Equivalente (GPE)

El gasto en Pensiones Equivalente (GPE) será el mayor monto entre las siguientes dos alternativas:

- a) La suma resultante de aplicar al GPE del año anterior el porcentaje que represente el IC del año correspondiente respecto al IC del año precedente.³

$$[\text{GPE (t-1)}] \times [\text{IC (t)} / \text{IC (t-1)}] \quad \$.....$$

- b) El GPE del año precedente, incrementado por el porcentaje de variación del IPC del ejercicio y por el porcentaje de variación del número total de pensionados al 31 de diciembre del año respecto del total de pensionados a igual fecha del año anterior.

$$[\text{GPE (t-1)}] \times [\text{p (t)} / \text{p (t-1)}] \times [\text{IPC (t)} / \text{IPC (t-1)}] \quad \$.....$$

donde,

p = Número de pensionados

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

² Considerar sólo los intereses, reajustes y multas por concepto de las cotizaciones básica y adicional.

³ En este anexo, " t " es el año al cual corresponde la información.

IPC = Índice de Precios al Consumidor

El GPE de 1998 será el monto que resulte de aplicar sólo la alternativa a) y considerando el **GPE(t-1) = GPB** y **IC(t-1) = ICB**.

Gasto Garantizado de la Mutual (GGM)

Corresponde a la suma de los siguientes tres términos:

- Gasto en Pensiones Equivalente (GPE)	\$.....
- 2% de los Ingresos por Cotizaciones (IC)	\$.....
- Ingresos por cotización extraordinaria (ICE)	\$.....
Total	\$.....

Valor de [GAP - GGM] \$.....

Si [GAP - GGM] es mayor que cero, aporte del Estado igual a **0,5 x (GAP - GGM)** \$.....

Si [GAP - GGM] es menor que cero, no hay aporte del Estado.

Firmado Electrónicamente por:			
	Nombre		PAMELA ALEJANDRA GANA CORNEJO
	Cargo		Superintendente de Seguridad Social
	Fecha y Hora		jueves, 12 octubre 2023 18:15:30
	Autorizado		