

ANEXOS

- ANEXO N° 1: Contenidos de los Poderes y Mandatos para tramitar y/o cobrar las prestaciones económicas.
- ANEXO N° 2: Selección de medio de pago de prestación económica Ley N° 16.744.
- ANEXO N° 3-A: Documentación necesaria para el cálculo del subsidio por incapacidad temporal trabajador dependiente.
- ANEXO N° 3-B: Documentación necesaria para el cálculo del subsidio por incapacidad temporal trabajador independiente.
- ANEXO N° 4: Ejemplo de cálculo de un subsidio por incapacidad temporal trabajador dependiente.
- ANEXO N° 5: Ejemplo de Cálculo del Sueldo Base
- ANEXO N° 5-A: Declaración Jurada Simple del Trabajador
- ANEXO N° 6: Documentación necesaria para el otorgamiento y cálculo de la Indemnización Global
- ANEXO N° 7: Documentación necesaria para el otorgamiento y cálculo de la Pensión de Invalidez
- ANEXO N° 8-A: Documentación necesaria para el otorgamiento y cálculo de las Pensiones de Sobrevivencia
- ANEXO N° 8-B: Documentación necesaria para el otorgamiento y cálculo de las Pensiones de Orfandad
- ANEXO N° 9: Formato de Informe Social
- ANEXO N° 10: Liquidación de Pago de Pensión

ANEXO N° 1

CONTENIDOS DE LOS PODERES Y MANDATOS PARA TRAMITAR Y/O COBRAR LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

1. TRAMITACIÓN MEDIANTE PODER SIMPLE

El Poder Simple deberá contener, a lo menos, lo siguiente:

- a. Nombre y RUT del mandante y del mandatario.
- b. Indicar claramente la(s) gestión (es) específica(s) que se encomienda al mandatario.
- c. La fecha en que se suscribe el documento.
- d. La firma de la persona que otorga el poder simple.

(*) Se deberá adjuntar fotocopia de ambas cédulas de identidad.

2. TRAMITACIÓN Y COBRO MEDIANTE UN PODER O MANDATO SUSCRITO ANTE NOTARIO

En caso de otorgarse un Mandato por instrumento privado, deberá autorizarse ante un Notario Público o un Oficial del Registro Civil en aquellos lugares donde no existiere Notaría. El Mandato caducará en el plazo de dos años, contado desde la fecha de su otorgamiento.

A dicho documento se deberán adjuntar las fotocopias de las cédulas de identidad del mandante y del mandatario.

Toda la documentación antes referida deberá formar parte del expediente en trámite del trabajador.

3. REVISIÓN DE MANDATOS

Corresponderá al Jefe de la agencia, sucursal u oficina de atención de público del organismo administrador donde se tramite la prestación económica, la revisión y visación de los poderes simples o mandatos que se presenten para realizar los trámites aludidos, debiendo aprobarlos o rechazarlos. En este último caso, deberá entregar por escrito la causa de la objeción, dentro de los 3 días hábiles siguientes a su presentación.

Los organismos administradores deberán tener presente que:

- i) El mandato no faculta al representante a tomar decisiones por encima del otorgante.
- ii) No quita al interesado sus facultades de tomar decisiones.
- iii) El mandato pierde su vigencia cuando el representante sabe que el interesado ha muerto o cuando se cumple la fecha límite previamente marcada en el documento.

En aquellos casos, en que el Poder Simple o Mandato registre una fecha de otorgamiento superior a 6 meses, durante los cuales no se hubiere dado inicio a la diligencia o gestión que en su virtud fue encomendada, el organismo administrador estará obligado a solicitar que dicho mandato, sea ratificado por el mandante.

Se hace presente, que toda información contenida en los referidos documentos tendrá un carácter estrictamente confidencial, según la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada y de Datos de Carácter Personal.

4. CESE DEL MANDATO

El poder especial o mandato especial cesará una vez concluida la gestión encomendada en él, por la revocación del mandante o por la muerte de este último.

Ejemplo de poder.

Poder Simple

Por la presente, yo,de nacionalidad....., número de cédula de identidad.....domiciliado en....., otorgo el presente poder en favor de Señor(a)....., número de cédula de identidad.....domiciliado en..... Para que en mi nombre y representación realice la(s) función(es) de:.....
En conformidad a lo expresado firmo el presente documento.

FIRMA MANDANTE

FIRMA MANDATARIO

Nota: Se debe adjuntar fotocopias de ambas cédulas de identidad, según corresponda.

ANEXO N° 2

SELECCIÓN DE MEDIO DE PAGO DE PRESTACIÓN ECONÓMICA LEY N° 16.744
TIPO DE PRESTACIÓN.....

			Día	Mes	Año
Organismo Administrador	Región	Agencia	Fecha		

DATOS DEL TRABAJADOR

R.U.T.	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
Dirección		Correo Electrónico	Teléfono Fijo y/o Celular

MANDATARIO (*)

R.U.T.	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
Dirección			

(*) El Organismo Administrador deberá requerir el original del Poder Notarial o fotocopia autorizada ante Notario.

MEDIO DE PAGO

Opciones:

1.
2.
3.

En caso de elegir como medio de pago algún tipo de transferencia bancaria se deberá completar:

Nombre del Banco.....

N° de Cuenta Corriente.....

N° Cuenta de Ahorro.....

N° Cuenta de Vista.....

N° Cuenta de R.U.T.....

OBSERVACIONES:

ANEXO N° 3-A

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL CÁLCULO DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

TRABAJADOR DEPENDIENTE

I. Documentación a presentar por el EMPLEADOR

1. **Copia del contrato de trabajo actualizado** (trabajadores del sector privado) o

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

2. **Liquidaciones de Sueldo de los 3 meses** calendarios más próximos al mes en que se inicia el reposo laboral, anteriores al accidente o al diagnóstico médico de la enfermedad profesional.

3. Si el trabajador está afiliado a una **ISAPRE**, se debe presentar una copia del **FUN**, si corresponde. (**)

4. **Licencia Médica** original autorizada (*)

En caso de empleadores que se encuentren adheridos a una Mutualidad, NO corresponde que presenten este documento.

(*) Tratándose de empleadores afiliados al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), si la licencia médica autorizada fue retirada desde la COMPIN por el trabajador o por el empleador, el original de ésta deberá adjuntarse a los documentos.

(**) Cualquier cambio en el precio del plan de salud pactado por el trabajador con la ISAPRE, el empleador deberá informar al Organismo Administrador, que corresponda, enviándole copia del nuevo FUN.

NOTA: El trabajador dependiente siempre podrá presentar aquella documentación que ha sido requerida a su empleador, a fin de agilizar la tramitación de su beneficio.

II. Documentación a presentar por el TRABAJADOR

1. Certificado de **Cotizaciones del IPS o de la AFP** respectiva, de los 3 meses calendarios más próximos al mes en que se inicia el reposo laboral.

2. En caso que exista **subsidio por accidente o enfermedad de origen común**, el trabajador deberá presentar el o los comprobante(s) de pago de dicho subsidio.

3. En caso de existir un **Finiquito** con otro empleador, dentro de los 3 meses inmediatamente anteriores al del inicio del reposo.

4. Cualquier cambio en el precio del plan de salud pactado con la ISAPRE, el trabajador deberá informar al Organismo Administrador, que corresponda, enviándole copia del nuevo FUN

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

ANEXO N° 3-B

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL CÁLCULO DEL SUBSIDIO POR
INCAPACIDAD TEMPORAL

TRABAJADOR INDEPENDIENTE

(USO SÓLO para los años 2016 y 2017, inclusive)

1. Licencia Médica original autorizada , en caso de trabajadores independientes afiliados al ISL(*)
2. Entregar la siguiente información: Cotiza para pensiones : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la AFP..... Cotiza para salud común : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En FONASA <input type="checkbox"/> En ISAPRE <input type="checkbox"/> señalar en nombre.....(*) (*) Cualquier cambio en el precio del plan de salud pactado con la ISAPRE, deberá ser informador por el trabajador al Organismo Administrador que corresponda, enviándole copia del nuevo FUN
3. En caso que existan subsídios por accidente o enfermedad de origen común , en algunos de los 6 meses calendarios más próximos al mes en que se inicia la licencia médica o el reposo laboral, el trabajador independiente deberá presentar el o los comprobante(s) de pago.

(*) Si la Licencia Médica autorizada fue retirada desde la COMPIN por el trabajador independiente o por un tercero.

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

ANEXO N° 4

**EJEMPLO DE CÁLCULO DE UN SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL
TRABAJADOR DEPENDIENTE**

Antecedentes:				
Período duración de la Licencia Médica: 22 DIAS	DESDE:	10.07.2015	HASTA:	31.07.2015
		MES-AÑO abr-15	MES-AÑO may-15	MES-AÑO jun-15
		\$	\$	\$
REMUNERACIÓN IMPONIBLE		1.524.558	1.600.786	1.448.330
DESCUENTO POR COTIZACIONES PARA:				
- PENSIONES	11,48%	175.019	183.770	166.268
- SALUD	6,0UF	148.529	149.429	149.898
- IMPUESTO		25.997	28.325	34.303
REMUNERACIÓN NETA DEL MES (+) SUBSIDIOS DEL MES		1.175.013	1.239.263	1.097.862
TOTALES MENSUALES (Remuneración Neta + Subsidios)		1.175.013	1.239.263	1.097.862
BASE DE CÁLCULO DEL SUBSIDIO (Suma total de Remuneraciones Netas + Subsidios)				3.512.137
MONTO DIARIO DEL SUBSIDIO (Base de Cálculo del Subsidio dividido por 90)				39.024
Total subsidio por 22 días				858.522
Cotización diaria seguro de cesantía				290
Cotización Seguro de Cesantía				6.373
SUBSIDIO A PAGAR				852.150

DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO A DESCONTAR EN LA BASE DE CÁLCULO DEL SUBSIDIO				
		MES-AÑO abr-15	MES-AÑO may-15	MES-AÑO jun-15
		(\$)	(\$)	(\$)
RENDA IMPONIBLE		1.524.558	1.600.786	1.448.330
MONTO A DESCONTAR POR:				
- A.F.P.		175.019	183.770	166.268
- SALUD	7%	106.719	112.055	101.383
- SEG. DE CESANTÍA		9.147	9.605	8.690
RENDA AFECTA A IMPUESTO		1.233.673	1.295.356	1.171.989
FACTOR	0,04	49.346,90	51.814,25	57.933,20
REBAJA		23.349,60	23.489,46	23.630,40
IMPUESTO		25.997,30	28.324,79	34.302,80

CÁLCULO DE LAS COTIZACIONES PREVISIONALES		
RENDA IMPONIBLE DEL MES ANTERIOR AL DE INICIO DE LA LICENCIA MÉDICA		1.448.330
N° DE DÍAS A QUE CORRESPONDE LA REMUNERACIÓN IMPONIBLE		30 DÍAS
BASE DE CÁLCULO PARA LA COTIZACIÓN DIARIA		48.278
MONTO DIARIO A PAGAR POR COTIZACIÓN A LA AFP	11,48%	5.542
MONTO A PAGAR A LA AFP POR LOS 22 DÍAS DE SUBSIDIO		121.924
VALOR DEL PLAN DE SALUD EN JULIO DE 2015	6 uf	150.519
MONTO DIARIO A PAGAR POR COTIZACIÓN A LA ISAPRE		4.855,47
MONTO A PAGAR A LA ISAPRE POR LOS 22 DÍAS DE SUBSIDIO		106.820

Nota: Para determinar el monto de la cotización diaria a enterar en la entidad de salud que corresponda, la cotización mensual se deberá dividir por el número de días efectivos (30, 31, 28 o 29, según corresponda) del mes correspondiente al reposo.

ANEXO N° 5

EJEMPLO DE CÁLCULO DEL SUELDO BASE

- Fecha del accidente.....14 de noviembre de 2014
- Remuneraciones a considerar (6 últimas)..... del período mayo a octubre de 2014
- Factor de incremento1,1757 (trabajador afiliado a AFP)
- Fecha de la Resolución que declara la incapacidad10 de agosto de 2015
- Ingreso mínimo no remuneracional vigente en agosto de 2015.....\$155.460

mes/año	N° de días trabajados	Remuneración Imponible \$	Remuneración Imponible mes completo \$	Remuneración Imponible sin incremento \$	Valor ingreso mínimo \$	Factor de actualización	Remuneraciones actualizadas \$
may-14	30	980.000	980.000	833.546	135.463	1,1476	956.577
jun-14	15	548.800	1.097.600	933.571	135.463	1,1476	1.071.366
jul-14	30	1.097.600	1.097.600	933.571	145.139	1,0711	999.948
ago-14	30	1.097.600	1.097.600	933.571	145.139	1,0711	999.948
sep-14	20	753.685	1.130.528	961.578	145.139	1,0711	1.029.946
oct-14	30	1.130.528	1.130.528	961.579	145.139	1,0711	1.029.947

TOTAL: 6.087.732

Sueldo Base	\$ 1.014.622
-------------	--------------

ANEXO N° 5-A

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

(para determinar el factor del artículo 4° del D.L. N° 3.501, de 1980)

Yo, -----Cédula de Identidad N° _____

I. Declaro que en la **actualidad** me encuentro afiliado al siguiente Organismo Previsional:

- Ex Caja de Servicio de Seguro Social - S.S.S.
- Ex Caja de Previsión de Empleados Particulares - EMPART
- Ex Caja de Previsión de la Marina Mercante - TRIOMAR
- Ex Caja de Previsión de la Marina Mercante - CAPREMER
- Ex Caja Nacional de Empleadores Públicos - PERIODISTAS
- Ex Caja Nacional de Empleadores Públicos - EMPLEADOS
- A.F.P. (Indique cuál) _____
- Pensionado por Vejez

II. Con **anterioridad a afiliarme a una A.F.P.**, era imponente de la siguiente Ex Caja de Previsión:

- Ex Caja de Servicio de Seguro Social - S.S.S.
- Ex Caja de Previsión de Empleados Particulares - EMPART
- Ex Caja de Previsión de la Marina Mercante - TRIOMAR
- Ex Caja de Previsión de la Marina Mercante - CAPREMER
- Ex Caja Nacional de Empleadores Públicos - PERIODISTAS
- Ex Caja Nacional de Empleadores Públicos – EMPLEADOS
- Siempre he estado en A.F.P.

Declaro, finalmente, conocer las disposiciones de los artículos 41 al 44 de la Ley N° 12.084, que se establecen sanciones penales para quienes proporcionen antecedentes falsos con la finalidad de obtener beneficios previsionales.

Firma del Declarante

Fecha

ANEXO N° 6

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL OTORGAMIENTO Y CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL

I. Documentación a presentar por el **EMPLEADOR**

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

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

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

NOTA: El trabajador dependiente siempre podrá presentar aquella documentación que ha sido requerida a su empleador, a fin de agilizar la tramitación de su beneficio.

II. Documentación a presentar por el **TRABAJADOR**

1. Certificado **Histórico de Cotizaciones del IPS o de la AFP** respectiva.
2. En caso de una enfermedad profesional, se deberá presentar una **Historia Laboral** y los antecedentes laborales que la respalden, esto es, certificado histórico de cotizaciones de la AFP o del IPS, según corresponda, contratos, finiquitos, avisos de cesación de servicios y/o certificados de empleadores, desde la fecha de inicio de la actividad laboral.

III. Documentación de que dispone el **ORGANISMO ADMINISTRADOR**

1. Resolución(es) emitida(s) por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (**COMPIN**) o de la Comisión Evaluadora de una Mutualidad de Empleadores en la cual se informa el grado o porcentaje de invalidez, según corresponda.
2. En el caso de existir, presentar la Resolución de la Comisión Médica de Reclamos (**COMERE**) y/o dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social (**SUSESO**) relacionadas con el grado o porcentaje de invalidez.
3. Registro de afiliación o adhesión al organismo administrador en el caso de un trabajador independiente.

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

ANEXO N° 7

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL OTORGAMIENTO Y CÁLCULO DE LA PENSIÓN DE INVALIDEZ

I. Documentación a presentar por el EMPLEADOR

1. **Copia del contrato de trabajo vigente o finiquito**, según corresponda, del empleador con quien ocurre el accidente laboral o se declara la enfermedad profesional (trabajadores del sector privado) o
Certificado que informe el monto de la remuneración imponible que percibe el funcionario, ya sea contrata o planta y **declaración de vacancia del cargo** (trabajadores del sector público).
2. **Liquidaciones de sueldo de los 6 meses** inmediatamente anteriores al accidente o al diagnóstico de la incapacidad permanente en caso de enfermedad profesional.
3. Si el trabajador está afiliado a una **ISAPRE**, se deberá presentar una copia del **FUN**, si corresponde.
4. Si tiene más de 2 hijos con **autorización de carga familiar**, presentar copia de dicha autorización.

NOTA: El trabajador dependiente siempre podrá presentar aquella documentación que ha sido requerida a su empleador, a fin de agilizar la tramitación de su beneficio.

II. Documentación a presentar por el TRABAJADOR

1. Certificado **Histórico de Cotizaciones del IPS o de la AFP** respectiva.
2. En caso de una enfermedad profesional, se deberá presentar una **Historia Laboral** y los antecedentes laborales de respaldo (certificado histórico de cotizaciones de la AFP o del IPS, según corresponda, contratos, finiquitos, avisos de cesación de servicios y/o certificados de empleadores) desde la fecha de inicio de la actividad laboral.

III. Documentación que dispone el ORGANISMO ADMINISTRADOR

1. Resolución(es) emitida(s) por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (**COMPIN**) o de la Comisión Evaluadora de una Mutualidad de Empleadores en la cual se informa el grado o porcentaje de invalidez, según corresponda.
2. Sólo en el caso de existir, presentar la Resolución de la Comisión Médica de Reclamos (**COMERE**) y/o dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social (**SUSESO**), si existen, relacionadas con el grado o porcentaje de invalidez.

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

ANEXO N° 8-A

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL OTORGAMIENTO Y CÁLCULO DE LAS PENSIONES DE SOBREVIVENCIA

PENSIONES DE VIUDEZ	
A. CAUSADAS POR TRABAJADOR DEPENDIENTE ACTIVO	
Documentación que se deberá solicitar al EMPLEADOR	
1. Copia del contrato de trabajo vigente o finiquito , según corresponda, del empleador con quien ocurre el accidente laboral o se declara la enfermedad profesional (trabajadores del sector privado) o	
Certificado que informe el monto de la remuneración imponible que percibe el funcionario, ya sea contrata o planta (trabajadores del sector público).	
2. Liquidaciones de sueldo de los 6 meses inmediatamente anteriores al accidente o al diagnóstico de la incapacidad permanente en caso de enfermedad profesional.	
NOTA: La viuda o el viudo inválido podrá presentar aquella documentación que ha sido requerida al empleador, a fin de agilizar la tramitación de su beneficio.	
Documentación que deberá entregar el BENEFICIARIO	
1. Certificado de Cotizaciones del IPS o de la AFP respectiva, de los 6 últimos meses anteriores a la fecha del accidente del trabajador o certificado histórico de cotizaciones en caso de fallecimiento por enfermedad profesional.	
2. Si tiene hijos que sean carga familiar , deberá presentar copia de la autorización de la carga.	
3. Resolución de Invalidez de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) tratándose de un viudo inválido.	
4. Documentación Civil (Certificado de nacimiento del cónyuge beneficiario, certificado de matrimonio emitido con posterioridad a la fecha de fallecimiento del causante, certificado de defunción del causante).	
5. Certificado de Afiliación a ISAPRE del beneficiario, si corresponde.	
6. Anexo N° 5-A "Declaración Jurada Simple".	
B. CAUSADA POR TRABAJADOR INDEPENDIENTE ACTIVO	
Documentación que deberá entregar el BENEFICIARIO	
1. Certificado de Cotizaciones de la AFP respectiva, de los 6 últimos meses anteriores a la fecha del accidente del trabajador o certificado histórico de cotizaciones en caso de fallecimiento por enfermedad profesional.	
2. Si tiene hijos que sean carga familiar , deberá presentar copia de la autorización de la carga.	
3. Resolución de Invalidez de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) tratándose de un viudo inválido.	
4. Documentación Civil (Certificado de nacimiento del cónyuge beneficiario, certificado de matrimonio emitido con posterioridad a la fecha de fallecimiento del causante, certificado de defunción del causante).	
5. Certificado de Afiliación a ISAPRE del beneficiario, si corresponde.	

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

Documentación que deberá entregar el **BENEFICIARIO**

1. Documentación Civil (Certificado de nacimiento del cónyuge beneficiario, certificado de matrimonio emitido con posterioridad a la fecha de fallecimiento del causante, certificado de defunción del causante).
2. Si tiene hijos que sean **carga familiar**, deberá presentar copia de la autorización de la carga.
3. Certificado de Afiliación a ISAPRE del beneficiario si corresponde.

PENSIÓN DE LA MADRE DE HIJOS DE FILIACIÓN NO MATRIMONIAL (MHFNM)
(No deberá solicitarse la documentación que ya haya sido presentada por otro beneficiario)

A. CAUSADAS POR TRABAJADOR DEPENDIENTE ACTIVO

Documentación que se deberá solicitar al **EMPLEADOR**

1. **Copia del contrato de trabajo vigente o finiquito**, según corresponda, del empleador con quien ocurre el accidente laboral o se declara la enfermedad profesional (trabajadores del sector privado) o **Certificado que informe el monto de la remuneración imponible** que percibe el funcionario, ya sea contrata o planta (trabajadores del sector público).
2. **Liquidaciones de sueldo de los 6 meses** inmediatamente anteriores al accidente o al diagnóstico de la incapacidad permanente en caso de enfermedad profesional.

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

Documentación que deberá entregar el **BENEFICIARIO**

1. Certificado de **Cotizaciones del IPS o de la AFP** respectiva, de los 6 últimos meses anteriores a la fecha del accidente del trabajador o certificado histórico de cotizaciones en caso de fallecimiento por enfermedad profesional.
2. Si tiene hijos que sean carga familiar, deberá presentar copia de la autorización de la carga.
3. Documentación Civil (Certificado de nacimiento de la MHFNM, certificado de defunción del causante, Certificado de nacimiento de cada uno de los hijos con el nombre de ambos padres emitido con posterioridad al fallecimiento del causante).
4. Informe Social (Anexo N° 9).
5. Declaración jurada de soltería o que mantiene su estado de viudez.
6. Certificado de Afiliación a ISAPRE de la beneficiaria si corresponde.
7. Anexo N° 5-A "Declaración Jurada Simple".

B. CAUSANTE: TRABAJADOR INDEPENDIENTE ACTIVO

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

<ol style="list-style-type: none"> 2. Si tiene hijos que sean carga familiar, deberá presentar copia de la autorización de la carga. 3. Documentación Civil (Certificado de nacimiento de la MHFNM, certificado de defunción del causante, Certificado de nacimiento de cada uno de los hijos con el nombre de ambos padres emitido con posterioridad al fallecimiento del causante). 4. Informe Social (Anexo N° 9). 5. Declaración jurada de soltería o que mantiene su estado de viudez. 6. Certificado de Afiliación a ISAPRE, si corresponde. 	
<p style="text-align: center;">C. CAUSANTE: PENSIONADO DE LA LEY N° 16.744</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si tiene hijos que sean carga familiar, deberá presentar copia de la autorización de la carga. 2. Documentación Civil (Certificado de nacimiento de la MHFNM; Certificado de defunción del causante; Certificado de nacimiento de cada uno de los hijos con el nombre de ambos padres emitido con posterioridad al fallecimiento del causante). 3. Informe Social (Anexo N° 9). 4. Declaración jurada de soltería o que mantiene su estado de viudez. 5. Certificado de Afiliación a ISAPRE de la beneficiaria si corresponde. 	

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

ANEXO N° 8-B

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL OTORGAMIENTO Y CÁLCULO DE LAS PENSIONES DE ORFANDAD

<p>PENSIONES DE ORFANDAD (No deberá solicitarse la documentación que ya haya sido presentada por otro beneficiario)</p>	
<p>A. HIJO MENOR DE 18 AÑOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de Afiliación a ISAPRE, si corresponde. 2. Autorización que otorga el cuidado y administración de los bienes del menor, si está a cargo de un tercero. 3. Certificado de nacimiento.
<p>B. HIJO MAYOR DE 18 AÑOS y MENOR DE 24 AÑOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de alumno regular que sigan estudios secundarios, técnicos o superiores en establecimiento reconocido por el Ministerio de Educación. 2. Certificado de Afiliación a ISAPRE, si corresponde. 3. Declaración Jurada Simple si su voluntad es que su madre o padre cobre la pensión por orfandad. 4. Certificado de nacimiento.
<p>C. HIJO INVÁLIDO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de Afiliación a ISAPRE, si corresponde. 2. Evaluación de Invalidez para Orfandad, emitido por el COMPIN, en donde se especifique que la invalidez se produjo antes del fallecimiento del causante. 3. En caso de existir una discapacidad psíquica del hijo se deberá presentar el nombramiento del Curador, según los Tribunales de Familia. 4. Certificado de nacimiento.
<p>OBSERVACIÓN:</p>	<p>Si las orfandades se originan por el fallecimiento de un trabajador activo y no existen trámites de pensión de sobrevivencia por la viuda ni por la madre de hijos de filiación no matrimonial, se deberá acompañar además, los siguientes antecedentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de Cotizaciones del IPS o de la AFP respectiva, de los 6 últimos meses anteriores a la fecha del accidente del trabajador. 2. Empleador debe proporcionar copia del contrato de trabajo vigente o finiquito cuando corresponda. Los empleadores del Sector Público deberán extender y presentar un certificado que informe el monto de la remuneración imponible que percibe el funcionario, ya sea contrata o planta. 3. Empleador debe entregar liquidaciones de sueldo de los 6 meses inmediatamente anteriores al accidente o al diagnóstico de la incapacidad permanente en caso de enfermedad profesional, cuando corresponda.

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

ANEXO N° 9

FORMATO DE INFORME SOCIAL

El informe del trabajador social deberá ser realizado en un Formato de Informe Social, que deberá contener, a lo menos, la siguiente información:

1. Identificación del Causante (trabajador fallecido): a) Nombre Completo, b) RUT, c) Estado Civil, d) Fecha de Nacimiento, e) Domicilio (a la fecha del fallecimiento), especificar población o villa y la respectiva comuna, f) Correo electrónico, según corresponda.
2. Identificación del viudo inválido o de la madre de hijo de filiación no matrimonial: a) Nombre Completo, b) RUT c) Fecha de nacimiento: d) Dirección (a la fecha del fallecimiento), especificar población o villa y la respectiva comuna.
3. Grupo Familiar del viudo inválido o de la madre de hijo de filiación no matrimonial.

Nombre	Relación Parentesco	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Escolaridad	actividad	Ingreso

4. Antecedentes laborales y económicos del viudo inválido o de la madre de hijo de filiación no matrimonial:

Para determinar la situación económica que tenía el viudo inválido o la madre de hijo de filiación no matrimonial a la fecha del fallecimiento del causante, se deberá considerar su escolaridad, vivienda, situación laboral y monto de su remuneración, existencia de ingresos adicionales (tales como: arriendos, pensiones de alimentos, ahorros), situación previsional (nombre AFP o ex Caja de Previsión), el número de personas que dependen económicamente de él o de ella.

5. Opinión del Trabajador Social que emite el informe:

Teniendo a la vista los antecedentes disponibles, deberá entregar una opinión fundamentada respecto a si el viudo inválido o la madre de hijo de filiación no matrimonial vivía a expensas del trabajador, a la fecha del fallecimiento del causante.

6. Antecedentes del Trabajador Social: a) Nombre Completo b) RUT, c) Domicilio, d) Nombre, fono y dirección del empleador. En caso que trabaje en forma independiente, deberá adjuntar al Informe una copia de su certificado de título.

7. Declaraciones:

<p>Declaración Trabajador Social: Declaro que la información que certifico ha sido personalmente verificada:</p> <p>_____</p> <p>Firma</p>

<p>Declaración de la Madre de Hijo de Filiación No matrimonial o viudo inválido: Declaro que la información proporcionada es verdadera:</p> <p>-----</p> <p>Nombre R.U.T.: Firma</p>

8. a) Fecha de la visita, b) Fecha del informe.
9. Copia de los medios de prueba aportados deben adjuntarse al Informe Social.

Medios de Prueba

Los medios de prueba que se señalan a continuación son un ejemplo, pudiendo aportarse otros que también permitan acreditar la situación de dependencia económica. Debe considerarse que estos antecedentes deberán estar referidos a la fecha de fallecimiento del o de la trabajadora(a) o pensionado (a) inválido(a).

1. Recibos de arriendo.
2. Documentos que acrediten el pago por parte del causante de cuentas de consumo, pagos de dividendos hipotecarios, pólizas de seguros, pagos de escolaridad u otros estudios, gastos médicos, depósitos bancarios a nombre o emitidos por el causante a favor de la o del beneficiario.
3. Acuerdos sobre pensión alimenticia, si no ha sido establecida mediante sentencia judicial o avenimiento judicial, deben constar en instrumentos privados autorizados ante Notario Público.
4. Liquidaciones de sueldo de la madre de hijo de filiación no matrimonial. en caso que trabaje, o certificado de cotizaciones de la AFP o IPS, a la fecha del fallecimiento del trabajador. En caso de que señale no estar afiliada(o), deberá adjuntar un certificado de no afiliación extendido por la Superintendencia de Pensiones.
5. Información del Servicio de Impuestos Internos sobre si registra actividad tributaria.
6. Resolución del organismo competente sobre si el o la causante cobraba a la fecha de su fallecimiento, asignación familiar por el hijo o hijos de filiación no matrimonial.

7. Excepcionalmente, en aquellos casos en que no se cuente con algún medio de prueba, se podrá acompañar Declaraciones Juradas de Terceros (al menos tres) suscritas ante Notario Público u Oficial de Registro Civil, por las cuales se deje constancia de alguna situación que permita concluir que el viudo inválido o la madre de hijos de filiación no matrimonial vivían a expensas del causante.

ANEXO N° 10

LIQUIDACIÓN DE PAGO - PENSIÓN DE.....

Organismo Administrador	Región	Agencia

1. DATOS DEL BENEFICIADO

R.U.T.	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
Dirección			

2.MANDATARIO (*), si corresponde.

R.U.T.	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
Dirección			

(*) En caso de existir algún cambio, debe comunicarlo.

3. DETALLE DEL PAGO

Día	Mes	Año		
Fecha de Pago			Monto Pensión Bruta	Medio de Pago Seleccionado

Detalles Haberes		Detalle Descuentos	
Total Haberes \$		Total Descuentos \$	
		Líquido a Pagar \$	

Día	Mes	Año
Fecha Próximo Pago		

Base de Cálculo Leyes Sociales

Afecto Imposiciones Obligatorias	Exento	Tributable	Total otros descuentos exentos	Total afecto Impuesto a la Renta
	Aporte para Salud			

OBSERVACIONES:

--