Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

LIBRO VII. ASPECTOS OPERACIONALES Y ADMINISTRATIVOS

TÍTULO I. Gobierno corporativo

Las mutualidades de empleadores son corporaciones de derecho privado sin fines de lucro que forman parte de la Seguridad Social y que tienen por fin administrar el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales contemplado en la Ley Nº16.744.

La adopción de buenas prácticas de gobierno corporativo cobra especial relevancia en estos organismos, atendido que el patrimonio que administran está constituido básicamente por cotizaciones de seguridad social y excedentes, lo que condiciona su carácter de recursos públicos afectados al otorgamiento de las prestaciones que cubren las contingencias sociales del seguro que administran. Es por esto que el gobierno corporativo de las mutualidades debe establecer los mecanismos que permitan tanto una gobernanza eficaz, eficiente y sustentable en el tiempo como el adecuado desarrollo del quehacer institucional y el cumplimiento de su rol social con transparencia.

Un buen gobierno corporativo en entidades sin fines de lucro permite el adecuado desarrollo del quehacer institucional y el cumplimiento de su rol social con transparencia, lo cual posibilita su legitimidad, reconocimiento y confianza de la comunidad en general. Para ello, no existe un modelo único aplicable a todas las organizaciones sin fines de lucro, por lo que cada organización debe establecer una estructura de gobierno corporativo particular que le permita cumplir con su misión y objetivos de manera efectiva, eficiente, transparente y con probidad, obteniendo de esta manera la legitimidad necesaria. Esto adquiere mayor relevancia cuando se trata de instituciones cuyo eje consiste en otorgar cobertura en prestaciones de seguridad social.

En este sentido, es de interés de los distintos entes reguladores, proveer de cuerpos normativos adecuados, en donde se posibilite cimentar una administración balanceada en lo económico y en lo social.

En particular, la Superintendencia de Seguridad Social ha estimado pertinente avanzar y contribuir en generar un marco normativo que -reconociendo las particularidades establecidas tanto en la Ley N°16.744 como en su normativa jurídica complementaria- releve la importancia de la implementación, funcionamiento y mantención de un buen gobierno corporativo.

En el mismo orden de ideas, la estructura de un gobierno corporativo en las mutualidades, como se señalara, debe tener presente, por sobre todo, su condición de entidades sin fines de lucro de la seguridad social, con las implicancias en relación a la propiedad, y en particular en el caso de la mutualidades de la Ley N°16.744, a la afectación de los recursos que administran.

Al respecto, cabe hacer presente que los recursos que las mutualidades de la Ley N°16.744 recaudan, provienen principalmente de las cotizaciones obligatorias de cargo de los empleadores, y de las demás fuentes de financiamiento previstas en el artículo 15 de la Ley N°16.744 (multas, rentas, intereses, etc.), y forman un fondo afectado por ley, exclusivamente, al otorgamiento de las prestaciones médicas, económicas y de prevención de riesgos que sean necesarias para enfrentar o prevenir, según sea el caso, las contingencias cubiertas por el aludido seguro social.

Así lo han expresado la Excma. Corte Suprema y el Tribunal Constitucional, en los siguientes fallos: i) En su sentencia, de 20 de abril de 1994, que rechazó el recurso de inaplicabilidad interpuesto por una de las mutualidades de la Ley N°16.744 en contra del Fisco de Chile, la Excma. Corte Suprema, sobre la base de la interpretación de los artículos 11, 12, 13 y 15 de la Ley N°16.744 y el artículo 1° del D.S. N°285, de 1969, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, concluyó que las Mutualidades de Empleadores "...son entidades de previsión de carácter privado, que cumplen un objetivo general, administrando un patrimonio afectado al fin público,..."; y que si bien cuentan con un patrimonio, "...no tienen sobre él los mismos derechos que poseen sobre sus patrimonios las personas privadas, toda vez que al tratarse de entidades destinadas a la satisfacción o realización de fines públicos, los fondos que han recaudado para su administración quedan afectados a las antedichas finalidades..." (Considerandos 5° y 7°, respectivamente) y ii) El Tribunal Constitucional, en la sentencia, de 31 de julio de 1995, (Rol N° 219-1995), expresó que "...Los fondos o excedentes de la Ley N°16.744, que se acumulen y puedan confundirse con el patrimonio del respectivo ente privado autorizado para administrarlos, no elimina el carácter de fondos públicos que estos tienen por su finalidad y es por ello que se les califica como un patrimonio de afectación destinado a cumplir fines sociales que no otorga a su gestor las facultades plenas del dominio..." (Considerando 31°). Luego, agrega que "...Las Mutualidades de Empleadores, son organismos de derecho privado, según su constitución y organización, pero por las funciones que realizan, relacionadas al cumplimiento de una labor que corresponde al Estado en virtud de la Constitución y proviniendo sus recursos de tributos o cargas públicas, se deben considerar, al igual que lo señala la doctrina nacional referida anteriormente, una reciente jurisprudencia de la Corte Suprema, como un servicio público, en que el legislador ha permitido use el sistema privado como un instrumento útil para el mejor manejo de los recursos públicos que recauda..." (Considerando 33°).

A su vez, la estructura de gobierno corporativo debe contener los mecanismos adecuados para asegurar el otorgamiento de las prestaciones médicas, económicas y preventivas, con calidad y oportunidad, según lo establecido en la Ley N°16.744.

Para efectos de la presente normativa, se entenderá por "gobierno corporativo", al conjunto de normas, principios y prácticas institucionales que dan forma al diseño, integración y funcionamiento de las distintas instancias de gobernanza en las mutualidades de empleadores y, por ende, a su proceso de toma de decisiones.

Si bien la presente normativa contribuye a impulsar parámetros comunes de buenas prácticas, se espera que la propia mutualidad, basándose en la normativa vigente y en los principios que la inspiran, genere mejores prácticas y procedimientos más detallados, complementando y dando aplicación a estas instrucciones, todo enmarcado en un proceso de mejoramiento continuo.

En particular, en el diseño del gobierno corporativo, así como en el trabajo del directorio y la alta gerencia, se deberá ver reflejada una adecuada visión de la gestión de los riesgos a los cuales se ven enfrentados, considerando especialmente la reputación social de la mutualidad y su sustentabilidad en el tiempo.

Se hace presente que, para efectos del presente Título I, las frases tales como: "buena práctica", "se sugiere", "es recomendable" y "podrá", implicarán indistintamente que la adopción de lo referido es altamente deseado por el regulador; de modo que no tiene un carácter obligatorio o vinculante para la mutualidad.

A. Juntas generales de adherentes

Las mutualidades tendrán juntas generales de adherentes que sesionarán de forma ordinaria y extraordinaria, siendo la instancia para tratar y mantener informadas a las entidades adherentes sobre las materias más relevantes del quehacer de la mutualidad.

Se recomienda que al menos una vez al año, se realice una junta general ordinaria de adherentes, oportunidad en que el presidente del directorio presente la memoria y los estados financieros, así como rinda cuenta sobre su gestión y el funcionamiento de los comités del directorio, entre otras materias.

Asimismo, se sugiere que la convocatoria a una junta general de adherentes se realice mediante la publicación de dos o más avisos, de los cuales, a lo menos uno, sea en un diario de circulación nacional, con al menos 15 días de anticipación a la fecha de la convocatoria y además se notifique esta citación a través de medios electrónicos (correos electrónicos, sitios web, entre otros). La sesión de junta general de adherentes, se deberá informar a la Superintendencia de Seguridad Social, en un plazo no mayor a 10 días corridos previos a su celebración.

Se sugiere que los estatutos de las mutualidades establezcan las condiciones necesarias para convocar una sesión extraordinaria de la junta general de adherentes, considerándose dentro de esas circunstancias, un número mínimo de directores y un porcentaje mínimo de empresas adherentes, que soliciten la realización de dicha instancia.

Se considera buena práctica que la mutualidad implemente mecanismos que faciliten a las entidades adherentes plantear preguntas tanto previamente como durante la realización de junta general de adherentes, y así obtener respuestas por parte de los directores u otros ejecutivos de la mutualidad.

B. El directorio y principales ejecutivos

CAPÍTULO I. El directorio

El directorio es un cuerpo colegiado, responsable último de la administración de la mutualidad, el cual se apoya y delega parte de sus funciones en el gerente general y en unidades de la organización. Se entenderá que la función de administración incluye la definición de lineamientos estratégicos y la supervisión de las actividades conducentes al logro de éstos, como asimismo el establecimiento de los mecanismos de control que aseguren el cumplimiento de las normativas internas y externas.

Es deseable que el directorio y la alta gerencia mantengan como principal foco de su actuar y objetivos, el adecuado otorgamiento de las prestaciones médicas, económicas y preventivas establecidas en la Ley N°16.744 y el cumplimiento de la misión institucional, con una visión estratégica de largo plazo.

Específicamente, se sugiere que el directorio posea conocimiento e información necesaria con el objeto de garantizar que la mutualidad cumpla con todas las leyes y normativas aplicables en el desarrollo de sus actividades.

Para asegurar que el directorio cuente con los recursos necesarios para llevar a cabo sus roles y responsabilidades, se considerará buena práctica que apruebe anualmente un presupuesto para su funcionamiento donde se considere, entre otros, dietas de los directores, viáticos, honorarios por participación en comités del directorio o sus sesiones, contratación de asesores externos o consultorías, costos de inducción y capacitación.

CAPÍTULO II. Roles y funciones

1. Directores

Se espera que el directorio asuma el deber de administrar la mutualidad según su tamaño y complejidad, responsabilizándose de aquello cada director en su calidad de miembro del ente colegiado que dirige la persona jurídica sin fines de lucro de la seguridad social, denominada mutualidad. Además, de observar permanentemente su viabilidad operativa y económica, resguardando su sustentabilidad en el mediano y largo plazo.

Es recomendable el establecimiento de las siguientes funciones o deberes de su cargo:

a) Aspectos estratégicos

i) Aprobar pautas de gobierno corporativo que rijan su relación con los diversos estamentos de la organización, así como con otros grupos de interés;

ii) Crear y difundir un código de ética, conducta y buenas prácticas que regule la actuación de todos los directores, gerentes y trabajadores de la entidad, siendo conocido, vinculante y cumplido por toda la institución, como asimismo generando los canales de comunicación asociados a éste, y

iii) Resguardar el riesgo reputacional de la mutualidad.

b) Sobre la estructura de la entidad

i) Instaurar y supervisar el marco del gobierno corporativo en la mutualidad;

ii) Velar para que el proceso de elección de los miembros del directorio, cuente con la formalidad y transparencia debida, aprobándose un manual de procedimientos del proceso de elección, en concordancia con sus estatutos particulares, el cual tendrá un carácter operativo;

iii) Revisar y aprobar los mecanismos de selección y sistema de remuneración de la alta gerencia de la mutualidad;

iv) Establecer y aplicar procedimientos para seleccionar, designar, evaluar y remover al gerente general, auditor interno y fiscal;

v) Examinar los sistemas de pago de estipendios y la respectiva política de compensaciones, velando para que los incentivos de la alta gerencia y de los trabajadores, en general, sean coherentes con los valores éticos, los objetivos de largo plazo, los riesgos asumidos, la estrategia, los resultados esperados y la finalidad del Seguro de la Ley N°16.744;

vi) Establecer en las políticas, manuales y otros instructivos, mecanismos y protocolos efectivos para dar tratamiento a los eventuales conflictos de intereses que pudieran surgir de las actuaciones de directores, alta gerencia y en general de los trabajadores de la mutualidad, propendiendo a evitarlos o terminarlos, y

vii) Establecer planes de sucesión de los puestos relevantes de la mutualidad, dentro de los cuales se encuentra el del gerente general, estableciendo las acciones necesarias para asegurar la continuidad operacional y la selección del personal más idóneo para el respectivo cargo

c) Elementos de monitoreo y control

i) Mantener una visión crítica e inquisitiva de las materias que son sometidas a su aprobación y de las funciones que son propias de la alta gerencia;

ii) En caso de ser necesario, solicitar informes de asesores externos a la mutualidad sobre materias específicas;

iii) Impulsar y promover el establecimiento de procedimientos adecuados, que garanticen la gestión prudente de la institución y la eficacia de sus procesos;

iv) Desarrollar la medición, monitoreo y control jurídico - económico del desempeño de la entidad y la supervisión de los principales gastos, inversiones, adquisiciones, ingresos, administración de activos y pasivos;

v) Examinar, validar y suscribir los estados financieros auditados, para proveer de información financiera de la mutualidad a la Superintendencia de Seguridad Social, entidades externas, empresas adherentes y público en general;

vi) Proponer la memoria anual de la institución;

vii) Evaluar el desempeño de las sociedades y entidades filiales y adoptar las medidas pertinentes;

viii) Dedicar el tiempo necesario a sus funciones, participando de las sesiones con la preparación suficiente para abordar a cabalidad los asuntos que se tratarán en ellas;

ix) Conocer los principales factores de riesgos de la mutualidad y, en base a ello, establecer mecanismos de supervisión y control que aseguren el cumplimiento de las políticas, códigos y otros instructivos internos, en concordancia con lo señalado en la Letra A, Título IV, del presente Libro. Para tales efectos, el directorio o el comité de directorio especializado en esta materia, debiese reunirse periódicamente con el área de gestión de riesgos para evaluar el cumplimiento de los estándares definidos, impulsando las mejoras o correcciones que sean necesarias;

x) Definir y utilizar indicadores de gestión para medir el desempeño de la mutualidad, al menos, en lo referente a los ámbitos: estratégico, financiero, actuarial, jurídico, administrativo, cumplimiento, operativos de las prestaciones médicas, preventivas y económicas. Esto, con la finalidad de realizar un seguimiento objetivo de los asuntos relevantes de la mutualidad e informar lo pertinente a la Superintendencia de Seguridad Social, y

xi) Revisar y aprobar el plan anual de auditoría, previa revisión del comité de auditoría, observar con atención su

cumplimiento y realizar el seguimiento de los riesgos, mediante una relación continua y directa con los auditores internos y externos de la mutualidad.

d) Deberes propios del cargo de director

i) Desarrollar sus funciones de acuerdo a la legalidad vigente, a los estatutos, políticas y códigos, así como observar con atención permanente que la mutualidad opere bajo el marco regulatorio y normativo que le es aplicable;

ii) Cuidar los intereses de la mutualidad en concordancia con el mandato establecido en la ley, la normativa vigente, los estatutos y en otras normas de autogobierno;

iii) Conocer las condiciones operativas, financieras y marco legal en que se desarrolla el Seguro de la Ley N°16.744, para esto deberá visitar las dependencias e instalaciones de la mutualidad y así recoger recomendaciones y opiniones de los responsables de los procesos, dependencias e instalaciones, verificando in situ procedimientos y conductas;

iv) Conocer el resultado de las fiscalizaciones a la mutualidad, las eventuales sanciones y el nivel de cumplimiento de la normativa vigente según informes, oficios u otros, emitidos por la Superintendencia de Seguridad Social y otros entes competentes. Asimismo, conocer los planes de regularización implementados en razón de esas fiscalizaciones;

v) Asistir y participar en las sesiones de los comités del directorio que integra;

vi) Informarse previamente a la toma de decisiones y, en caso de ser necesario, solicitar asesoría y capacitación en las materias que puedan ser objeto de acuerdo de directorio, y

vii) Ejercer sus funciones y actuaciones buscando siempre el mejor interés de la mutualidad como administradora de un seguro social.

e) Relación con el entorno y transparencia

i) Considerar debidamente en la planificación estratégica de la entidad los distintos grupos de interés, tales como adherentes, afiliados, pensionados, clientes, colaboradores, proveedores, otros entes vinculados al giro, así como la sociedad toda, y

ii) Generar las instancias para posibilitar la divulgación de información relevante de la mutualidad, estableciendo el contenido mínimo que debe entregarse.

f) Roles y responsabilidades en la gestión de riesgos

i) Conocer y aprobar las políticas, los manuales y modelos de gestión de riesgos de la entidad, incluyendo los procesos y técnicas que se utilizarán para la identificación y evaluación de los riesgos;

ii) Definir los límites de aceptabilidad de los riesgos, los que en caso de ser superados requerirán de la implementación de medidas de mitigación y control por parte de la gerencia general;

iii) Promover una cultura de gestión de riesgos al interior de la mutualidad;

iv) Informarse periódicamente acerca de los riesgos que han sido identificados, así como de las medidas de mitigación y control de los riesgos que se han establecido y de su desarrollo en el tiempo, con el fin de cumplir con sus responsabilidades en materia de riesgos;

v) Velar por la independencia entre el área especializada en la gestión de riesgos y las demás áreas funcionales y de apoyo de la mutualidad, y

vi) Velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en las presentes instrucciones, las políticas de gestión de riesgos, los manuales y los procedimientos desarrollados para la administración de los riesgos y porque se provean los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del modelo de gestión de riesgos.

g) Responsabilidad respecto del sistema de control interno

i) Aprobar e instaurar un sistema de control interno, verificando que éste sea adecuado para la naturaleza y la escala de las operaciones;

ii) Velar porque se mantenga en el tiempo un sistema de control interno efectivo;

iii) Llevar a cabo una vigilancia prudente y adecuada del sistema de administración de riesgos, de modo que aquellos de mayor relevancia puedan ser identificados, evaluados, controlados, y monitoreados en forma continua, y

iv) Analizar permanentemente informes relativos a la efectividad de los controles internos, así como de sus deficiencias detectadas por la administración, por las auditorías internas o externas, por su personal o por cualquier medio, las que deben ser reportadas de inmediato al directorio y abordadas a la brevedad.

2. Presidente del directorio

El presidente del directorio representa legalmente a la mutualidad, pudiendo conferir mandatos judiciales y extrajudiciales, los cuales puede otorgar mediante acuerdo de directorio.

En relación al presidente del directorio, se sugiere el establecimiento de las siguientes funciones de su cargo:

a) Presidir las sesiones y liderar al directorio, asegurando que se trabaje eficientemente;

b) Organizar la agenda de trabajo de cada sesión;

c) Establecer los procedimientos para el trabajo del directorio;

d) Velar por el cumplimiento efectivo de las funciones del directorio y de los roles y obligaciones que le asignen;

e) Coordinar la agenda del directorio en relación al gerente general y la ejecución de los mandatos definidos por el directorio;

f) Velar porque las actas contengan de forma íntegra y fidedigna las deliberaciones y acuerdos del directorio, así como su adecuado almacenamiento y respaldo, y

g) Proveer los mecanismos necesarios para mantener permanentemente capacitado al directorio acerca de la gestión y la administración de la mutualidad y de los mejores estándares de gobierno corporativo.

3. Directores suplentes

En el caso que los estatutos de la mutualidad establezcan la existencia de directores suplentes, se recomienda que:

a) Los directores suplentes participen en las sesiones de directorio, contando con derecho a voz, y

b) Los directores suplentes participen y formen parte de los comités del directorio, para lo cual se deberán contemplar los respectivos protocolos de designación.

4. Gerente general de la mutualidad

La alta gerencia de la mutualidad está compuesta por gerentes o quienes tengan rango equivalente y serán liderados por el gerente general.

Se recomienda el establecimiento de las siguientes funciones del cargo de gerente general:

a) Supervisar adecuadamente el ejercicio de las responsabilidades delegadas. Para lo anterior, la alta gerencia debe estar conformada por profesionales idóneos, con competencias personales, técnicas y experiencia necesaria;

b) Adoptar las medidas necesarias para informar adecuada y oportunamente al directorio, al menos, sobre los siguientes aspectos:

   i) Estatutos actualizados de la mutualidad y reglamentos internos;

   ii) Informes de gestión y de ejecución de las principales áreas estratégicas de la mutualidad, tales como prestaciones médicas, preventivas, económicas, entre otras;

   iii) Hechos relevantes comunicados por la mutualidad a la Superintendencia de Seguridad Social, y

   iv) Participación de la mutualidad y los aportes que ésta pudiere realizar en sociedades u organismos filiales, así como las transacciones que se efectúen con dichos organismos y también con otros entes externos que sean de importancia significativa para la mutualidad o la sociedad u organismo filial.

c) Implementar y mantener en funcionamiento el sistema de control interno conforme a las instrucciones del directorio, en concordancia con lo establecido en la Letra B, Título II de este Libro. Para tal efecto, el gerente general deberá dotar a la mutualidad de los recursos necesarios para el adecuado desarrollo de dicho sistema;

d) Informar al directorio respecto de las infracciones, del inicio de procesos sancionatorios y de las sanciones impuestas en virtud de éstos, por la Superintendencia de Seguridad Social u otros entes competentes, así como las medidas adoptadas para subsanarlas;

e) Mantener permanentemente actualizado el registro de adherentes, directores y demás cargos establecidos en sus estatutos;

f) Asegurar la ejecución de las actividades previstas en el plan anual de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, e informar periódicamente al directorio sobre su estado de avance;

g) Informar a toda la institución, a la Superintendencia de Seguridad Social, trabajadores, pensionados y público en general, los principales lineamientos relativos a la prevención y sobre el plan anual de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en ejecución. Para lo anterior, se sugiere que haga uso de todos los medios físicos y tecnológicos de que disponga la mutualidad;

h) Generar indicadores que permitan monitorear la eficacia de las actividades contempladas en el plan anual de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, conforme a lo instruido por el directorio, y

i) Verificar la calidad de la información utilizada para elaborar el plan anual de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, así como de la información de los resultados de su ejecución.

5. Fiscal

Con el objeto de resguardar la debida independencia del fiscal respecto a otros estamentos de la mutualidad, consiguiendo la objetividad en su función, se recomienda que el fiscal responda directamente al directorio y que este cuerpo colegiado sea el único responsable de su contratación, desvinculación y fijación de sus remuneraciones, entre otras materias.

De igual forma, se sugiere el establecimiento de las siguientes funciones de su cargo:

a) Asesorar jurídicamente al directorio, participando en sesiones de éste y en los comités del directorio, cuando así sea requerido;

b) Apoyar y asesorar a la gerencia u otros estamentos de la mutualidad en la revisión de materias jurídicas de interés de la institución, velando que la operativa se desarrolle dentro del marco normativo que le aplica;

c) Expresar su opinión respecto de los acuerdos que adoptará el directorio, observando formalmente aquellos que considere que transgredan la normativa vigente;

d) Informar al directorio respecto a asuntos contenciosos que podrían llegar a afectar el interés de la institución, y

e) Contribuir con el área especializada en la gestión de riesgos, cuando se presenten observaciones de carácter jurídico y en la gestión del riesgo legal.

6. Auditor interno

El auditor interno es responsable ante el directorio de liderar la función encargada de evaluar el grado de cumplimiento de las políticas, procedimientos, prácticas y controles, así como revisar que éstos sigan siendo suficientes y adecuados según las operaciones de la mutualidad.

En este sentido, el directorio establecerá que los reportes del auditor interno sean remitidos de forma directa al comité de auditoría o al propio directorio. Es necesario que la mutualidad asegure la debida independencia del auditor interno respecto de la alta gerencia y otros estamentos dependientes de ésta, con la finalidad de resguardar la objetividad de los juicios emitidos.

Dentro de las funciones y responsabilidades del auditor interno se encuentran:

a) Programar y ejecutar planes anuales de auditoría y realizarlos en forma objetiva y con la debida independencia;

b) Incorporar dentro del plan anual de auditoría la revisión del adecuado y oportuno otorgamiento de las prestaciones médicas, económicas y preventivas de la Ley N°16.744;

c) Desarrollar una metodología que identifique los principales riesgos incurridos por la institución para asignar sus recursos de conformidad con ello;

d) Verificar que la gestión de riesgo y el control interno de la mutualidad están operando efectivamente;

e) Verificar que los riesgos de la mutualidad están siendo correctamente evaluados;

f) Remitir los hallazgos del proceso de auditoría al directorio;

g) Implementar un mecanismo de denuncia de ilegalidades, fraudes e irregularidades velando por su debida efectividad y adopción de medidas pertinentes, y

h) Incluir dentro del plan anual de auditoría la revisión de la calidad de la información del plan de prevención.

7. Auditoría externa

La empresa de auditoría externa, la cual es contratada según el procedimiento establecido en el Título II, de este Libro VII, debe auditar y expresar su opinión sobre los estados financieros confeccionados por la mutualidad.

Por su parte, los informes que emanen como resultado de su trabajo de auditoría deben ser remitidos al directorio de la institución, quien revisará las eventuales recomendaciones contenidas en los respectivos informes. De la misma forma, el directorio enviará a la Superintendencia de Seguridad Social los informes generados a raíz del proceso de auditoría externa.

El directorio se reunirá con la empresa de auditoría externa, al menos, durante el desarrollo de la auditoría y para la entrega de los resultados finales del proceso, instancias en las cuales al menos en alguna, se prescindirá de la presencia de miembros de la alta gerencia, a menos que resulte indispensable y así se consigne.

CAPÍTULO III. Requisitos y vigencia del cargo de director y gerente general

1. Directores

Las mutualidades de empleadores serán administradas por un directorio integrado por igual número de representantes de los adherentes y de los trabajadores que presten servicios a los empleadores adheridos a la mutualidad. Los directores durarán tres años en sus funciones y podrán ser reelegidos.

Se considerará buena práctica que en caso de reelección de los directores (laborales y empresariales), éstos lo sean como máximo por dos períodos consecutivos. De la misma forma, será buena práctica que los miembros del directorio cuenten con conocimientos en el área de la seguridad social, de las ciencias económicas y/o administrativas o tengan experiencia en gestión.

No podrán integrar el directorio, personas que hayan sido condenadas a pena aflictiva.

El director que durante el desempeño del cargo fuere condenado por crimen o simple delito, o incurriere en cualquier otro impedimento o causa de inhabilidad o incompatibilidad establecida por la ley o los estatutos, cesará en sus funciones. La respectiva mutualidad deberá establecer en sus estatutos, el mecanismo por el cual se reemplazará el cargo del director que cesa en sus funciones.

Se recomienda que los estatutos exijan para ejercer el cargo de director no haber sido condenado con alguna sanción monetaria por alguna entidad reguladora en los últimos 5 años.

2. Gerente general

El gerente general será designado por el directorio de la mutualidad y se mantendrá en su cargo mientras cuente con su confianza.

Se considerará buena práctica que el directorio establezca en su política de contratación, principios que promuevan la rotación del gerente general, estableciendo los respectivos planes de sucesión y que la persona que ocupe el cargo de gerente general de la mutualidad no haya sido condenada por un delito sancionado con pena aflictiva.

CAPÍTULO IV. Dieta del directorio y remuneraciones del gerente general

1. Dietas por asistencia a sesiones del directorio

De acuerdo con lo establecido en el artículo 9 del D.S. (D.F.L.) N°285, de 26 de febrero de 1969, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, corresponde que las mutualidades de empleadores remuneren a los directores propietarios, o suplentes cuando los reemplacen por la asistencia a las sesiones de directorio, cifra que no podrá ser superior a un sueldo vital mensual, escala a) del departamento de Santiago, al mes. Actualmente un sueldo vital equivale a 22,2757% del ingreso mínimo mensual para fines remuneracionales.

No obstante lo anterior, cada mutualidad deberá fijar en su propio estatuto el monto que se pagará por concepto de dieta, teniendo en consideración el máximo señalado precedentemente.

2. Honorarios por asistencia a sesiones de comités del directorio

Considerando la dedicación adicional que implica formar parte activa de alguno de los comités del directorio, es recomendable que los directores titulares o suplentes perciban, además de la dieta señalada en el artículo 9° del D.S. (D.F.L.) N°285, un honorario adicional por su participación en cada sesión de comité del directorio. Será deseable que el honorario sea fijado por el directorio y que corresponda al valor determinado razonablemente, considerando los honorarios pagados en otras instituciones de similar naturaleza.

3. Remuneración del gerente general

Se considerará buena práctica que, para fijar la remuneración del gerente general, se tomen en cuenta los siguientes elementos:

a) Sea aprobada por acuerdo del directorio;

b) Sea acorde a la situación financiera actual de la entidad y a la condición de persona jurídica de la seguridad social;

c) El directorio realice un análisis y revisión de remuneraciones de entidades comparables por su naturaleza, tamaño y complejidad, de manera de establecer una remuneración razonable, acorde con las capacidades personales del ejecutivo y ser lo suficientemente atractiva para la retención del profesional idóneo que guíe a la organización;

d) Se determine un porcentaje fijo y uno variable, el cual estará ligado al desempeño del gerente y su contribución a la consecución de los objetivos de la mutualidad, y

e) Se establezca un proceso formal y transparente para controlar el desempeño del gerente general, además que su revisión y el resultado de la evaluación se documente identificando a quienes participaron en el proceso.

CAPÍTULO V. Evaluación de la gestión

Es recomendable que el directorio instruya a la gerencia mantener un sistema de evaluación de desempeño de las áreas y trabajadores respecto de los cuales considere necesario y crítico tener una retroalimentación formal relativa al cometido individual o grupal de dichas áreas, unidades específicas o trabajadores.

Se recomienda que la mutualidad establezca formalmente los mecanismos de evaluación de la gestión, que impliquen procedimientos aprobados por las instancias respectivas acordadas en el propio mecanismo, definiéndose los siguientes elementos:

- Descripción del método utilizado para la evaluación;
- Responsable de llevar a cabo el proceso, así como los roles de los distintos participantes;
- Según el método seleccionado y en el caso de ser necesario, establecer los parámetros o ponderadores utilizados por el método de evaluación;
- Periodicidad de aplicación del proceso de evaluación, y
- En el caso de existir, indicar cómo se interrelaciona con otros procesos o situaciones que dependan de la evaluación realizada, tales como incentivos, entrega de bonos, premios, etc.

1. Evaluación del gobierno corporativo

La mutualidad debe realizar periódicamente una autoevaluación del estado del gobierno corporativo de la entidad.

Específicamente, la mutualidad deberá generar un informe de autoevaluación de buenas prácticas de gobierno corporativo conforme al Anexo N°1: "Informe de autoevaluación de buenas prácticas de gobierno corporativo". Este informe deberá ser publicado en el sitio web de la propia mutualidad en el "banner" denominado "TRANSPARENCIA", según lo instruido en el Capítulo I, Letra B, Título III. Difusión y transparencia, del presente Libro.

El informe deberá ser conocido por el directorio y remitido a la Superintendencia de Seguridad Social a más tardar el día 31 de marzo de cada año, todo en referencia a la evaluación del año calendario anterior.

La autoevaluación se basará en indicadores que deben ser claros, objetivos y verificables por parte de la Superintendencia de Seguridad Social.

2. Evaluación de la gestión del gerente general

La evaluación de desempeño y las remuneraciones proveen los incentivos adecuados para que el personal en cuestión actúe en concordancia con los objetivos de la mutualidad y, por lo tanto, con lo establecido en la Ley N°16.744 y su normativa aplicable.

Se sugiere que la evaluación se base en criterios objetivos y observables (tales como estudios de satisfacción de usuarios u otros) que incluyan el desempeño de la mutualidad en relación, por ejemplo, a los siguientes tópicos, según sea el caso:

a) Calidad y oportunidad de las prestaciones médicas;
b) Calidad y efectividad de las prestaciones preventivas;
c) Tiempos de tramitación y calidad de los procesos de las prestaciones económicas;
d) Calidad de servicio otorgado y reclamaciones recibidas;
e) Solvencia y gestión financiera;
f) Cumplimiento normativo general, estatutario y reglamentos internos, y
g) Otros.

Se sugiere que la evaluación del gerente general sea aplicada anualmente y considerada en el establecimiento de las metas y bonificaciones que integren su remuneración. En todo caso, el componente de remuneración antes señalado no podrá estar sujeto a condiciones de resultados que atenten contra la apropiada entrega de las prestaciones que establece la Ley N°16.744 o incluya incentivos inadecuados para su logro.

Además, se recomienda que el gerente general, extienda este sistema de evaluación a otros gerentes o unidades dependientes de él.

3. Evaluación del fiscal

Se sugiere que la función jurídica, personificada en su fiscal, se someta a una evaluación anual de desempeño. Es recomendable que el directorio efectúe esta evaluación, sin perjuicio que éste pueda requerir apoyo para su aplicación de otros estamentos dependientes de la gerencia.

4. Evaluación del auditor interno

La función del auditor interno, debe ser evaluada anualmente por el directorio, que al igual que en la evaluación del

fiscal, podrá apoyarse para su aplicación en otros estamentos de la mutualidad. En la evaluación se debe considerar, al menos, el desarrollo y resultado del plan anual de auditoría, el grado de independencia que esta función posea del estamento gerencial, así como también, respecto al desempeño del auditor interno en el trabajo del comité de auditoría.

CAPÍTULO VI. Deberes de los directores, gerentes y trabajadores de la mutualidad

Sin perjuicio de lo señalado en la letra d), número 1, Capítulo II, Letra B de este Título, se considera buena práctica que los directores, gerentes y trabajadores de la mutualidad, en el ejercicio de sus funciones, hagan propios los siguientes deberes:

1. Cuidado, lo que significa aplicar, al menos, el mismo cuidado o diligencia que las personas emplean ordinariamente en sus propias actividades. En el caso de los directores, gerentes o jefaturas pueden delegar parte de sus funciones en una o más personas, dicha delegación no los eximirá del deber de monitorear el cumplimiento de las funciones que fueron delegadas;

2. Lealtad, se debe actuar de buena fe en sus relaciones con la mutualidad, no debiendo aprovechar el cargo o función, en beneficio de sus propios intereses, directos o indirectos, ni aprovechar las oportunidades de negocios que conozca en razón de su cargo o función, sino que debe perseguir el máximo beneficio posible para la mutualidad;

3. Ética, se debe actuar conforme a las máximas de la ética y de la moral en el ejercicio de sus funciones;

4. Información, el director tiene el derecho, y también la obligación, de ser informado e informarse plena y documentadamente, a través del gerente general u otras fuentes, de todo lo relacionado con la marcha de la mutualidad, con la sola limitación que el ejercicio de este derecho no entorpezca el funcionamiento de la misma, y

5. Reserva, los directores deben guardar reserva respecto de las actividades de la mutualidad a que tengan acceso en razón de su cargo y que no hayan sido divulgadas oficialmente por la misma.

C. Comités del directorio

CAPÍTULO I. Asesores del directorio y sus Comités

En relación a los asesores del directorio y sus comités, es recomendable que:

1. El directorio y sus comités, sean asesorados por profesionales tanto internos de la entidad como externos a ésta, según sea la necesidad de, al menos, uno de sus integrantes o un grupo de éstos; no obstante, se sugiere que la contratación sea consensuada por el propio directorio o comité, según corresponda, quedando constancia del acuerdo en el acta respectiva;

2. La contratación de asesores externos sea solicitada por los directores laborales o empresariales, la cual se propondrá al directorio para que se pronuncie al respecto;

3. Con el objeto de resguardar la independencia necesaria para cumplir adecuadamente el rol de director, se sugiere que los asesores externos, los trabajadores y ejecutivos de la propia mutualidad que asistan a las sesiones del directorio o sus comités, lo hagan en calidad de invitados y atendiendo a necesidades específicas de los integrantes del directorio o sus comités;

4. La contratación de personas naturales o jurídicas que presten asesorías externas de forma permanente al directorio o sus comités, esté supeditada a un contrato de prestación de servicios suscrito por la alta gerencia, en virtud de un mandato expreso del directorio o del comité de directorio respectivo. Por su parte, se espera que dichas personas no posean conflictos de interés con la mutualidad;

5. Los contratos de prestación de servicios que se suscriban al efecto contengan, al menos, el objeto o finalidad de la prestación de servicios, los derechos y obligaciones para las partes contratantes, el valor a pagar por la prestación y su periodicidad, la duración de la prestación, las causales de término del contrato e incumplimiento, los mecanismos de solución de controversias, entre otros, y

6. En los contratos de prestación de servicios que se suscriba con los asesores externos a la mutualidad, se incluya una cláusula de confidencialidad y reserva, considerando que durante su trabajo pueden conocer materias sensibles o reservadas.

CAPÍTULO II. Conformación de los comités del directorio

En relación a los comités del directorio, se recomienda que:

- Un director integre un máximo de dos comités del directorio;

- Un mismo director no integre comités que, entre sí, tengan funciones que por su naturaleza aborden intereses contrapuestos;

- Un mismo director no integre simultáneamente el Comité de Riesgos y el de Auditoría, por cuanto esta situación podría afectar su imparcialidad al pronunciarse acerca de la efectividad de la gestión de riesgos de la mutualidad;

- En aquellos casos donde participen asesores externos para apoyar su trabajo, se revise cuidadosamente cualquier situación que pudiera poner en riesgo la objetividad de sus juicios, además de dejar expresamente claro el alcance del rol que desempeñan;
- Sean integrados, a lo menos, por un director representante de las entidades empleadoras adherentes y un director representante de los trabajadores, siendo siempre presididos por uno de ellos, ya sean titulares o suplentes, y
- Al igual que en el caso del presidente de la mutualidad, el director que presida alguna de las sesiones de los comités del directorio, tenga el voto dirimente en aquellos casos en que se produzca empate en la adopción de algún acuerdo.

1. Estatutos de los comités del directorio

En relación a los comités del directorio, se considerará buena práctica que estos cuenten con estatutos propios, que sean aprobados por el directorio y que estén disponibles en el sitio web oficial del organismo administrador. Se sugiere que dentro de las materias que dichos estatutos incluyan, estén las siguientes:

a) Objetivos;

b) Funciones;

c) Responsabilidades;

d) Frecuencia de reuniones;

e) Mecanismo de votación y desempate, y

f) Todos aquellos aspectos necesarios para su adecuada constitución y funcionamiento.

En el caso de existir, los estatutos de los comités del directorio y sus modificaciones, deben ser remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social para conocimiento, en el mes siguiente a aquel en que se aprobaron.

2. Comités del directorio recomendados

El directorio es la instancia para establecer la existencia de los comités del directorio. Para estos efectos, se recomienda que dicho órgano colegiado establezca las normas que regulen su constitución, funcionamiento, composición, vigencia, periodicidad de las sesiones y las competencias que deben tener cada uno de sus miembros.

Se considerará buena práctica, que cada mutualidad establezca la existencia de los siguientes comités:

a) Comité de Prevención

Se recomienda que sesione periódicamente y que cuente con la participación permanente de asesores externos y del responsable del área especializada de prevención de riesgos laborales de la mutualidad, quienes tendrán sólo derecho a voz.

Se considera buena práctica que entre las funciones del comité de prevención se establezcan las siguientes:

i) Elaborar y proponer al directorio, la política para la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la mutualidad;

ii) Proponer al directorio los objetivos estratégicos relacionados con el desarrollo de actividades de prevención de riesgos laborales dirigidas a sus entidades empleadoras adherentes;

iii) Revisar el plan anual de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales propuesto por el área especializada y emitir un informe previo a la aprobación del plan por el directorio;

iv) Emitir informes al directorio para asistirlo en su función de monitorear periódicamente, la ejecución de las actividades del plan anual de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, formulando las recomendaciones que correspondan;

v) Recabar y revisar los informes de auditoría, e informar sobre el resultado de su análisis al directorio, y

vi) Elaborar y remitir al directorio un informe anual de los resultados de las actividades desarrolladas en el periodo, el cumplimiento de los objetivos y las metas definidas y los recursos humanos y materiales destinados a estas actividades, considerando los informes generados por el área especializada de prevención de riesgos laborales.

b) Comité de auditoría

Se considerará buena práctica que el directorio conforme un comité de auditoría, el cual se recomienda que sesione periódicamente. Además, es deseable que cuente con la participación permanente de asesores externos, del responsable de la Unidad de Auditoría Interna y del responsable del área especializada en la gestión de riesgos, quienes tendrán sólo derecho a voz.

Es recomendable que los asesores externos sean elegidos por los directores que integren el comité, quedando constancia de su elección en el acta respectiva.

Asimismo, se considera buena práctica que todas las decisiones y aspectos relevantes que se traten en el comité sean registrados de manera formal a través de un acta, donde quede constancia de los argumentos entregados por cada uno de los participantes respecto de las materias tratadas en cada sesión.

Se sugiere que se establezcan las siguientes funciones para el comité de auditoría:

i) Revisar la adecuación y confiabilidad de la información económica contable, así como también, la relativa a las prestaciones que otorga la mutualidad.

ii) Recomendar al directorio, la designación, evaluación de desempeño, compensación y, en caso de ser necesario, el término de la relación contractual con el responsable de la Unidad de Auditoría Interna.

iii) Monitorear la ejecución del proceso de selección y contratación de la empresa de auditoría externa.

iv) Evaluar y hacer seguimiento al plan anual de auditoría de la Unidad de Auditoría Interna y al programa de trabajo de la empresa de auditoría externa.

v) Recibir y revisar los informes de auditoría, además de conocer las observaciones levantadas y las respectivas acciones correctivas.

vi) Confirmar periódicamente la debida independencia de la Unidad de Auditoría Interna y la empresa de auditoría externa.

vii) Revisar y analizar los estados financieros de la mutualidad, así como también la opinión y recomendaciones de la empresa de auditoría externa.

viii) Revisar, en conjunto con la Unidad de Auditoría Interna y la empresa de auditoría externa, el funcionamiento y adecuación del sistema de control interno.

ix) Mantener canales fluidos de comunicación con la Unidad de Auditoría Interna, con la empresa de auditoría externa y, en general, con los trabajadores de la mutualidad, con el objeto de conocer de primera fuente las denuncias sobre actividades sospechosas, fraudulentas o ilegales.

x) Rendir cuenta al directorio respecto al trabajo realizado en el comité de auditoría."

D. Formalidades y funcionamiento

1. Información a los afiliados y adherentes

La mutualidad deberá disponer de canales de comunicación con el objeto de mantener constantemente informados a adherentes y afiliados sobre temas relevantes de la mutualidad y su gobierno corporativo. Dentro de estas materias se encuentran el proceso de elección de directores, sus fechas relevantes, los requisitos estatutarios y legales que deben cumplir los directores, los deberes y obligaciones que implica la calidad de director, las fechas a desarrollarse las sesiones de la junta general de adherentes, entre otras materias.

2. Sesiones de directorio

En relación a las sesiones del directorio, se recomienda tener en consideración los siguientes elementos:

a) Que el directorio sesione cada vez que lo cite el presidente, o según la periodicidad que el propio directorio determine, al menos una vez al mes. Para lo anterior, es relevante que el directorio cuente con una programación o calendario anual de reuniones. En esta instancia, es deseable que los directores se informen cabal y oportunamente de la conducción y situación de la mutualidad, para luego deliberar y formalizar los acuerdos y decisiones que determinarán su funcionamiento;

b) Para un adecuado funcionamiento, es deseable que los miembros del directorio, tanto titulares como suplentes tengan acceso a información completa, precisa y relevante, de manera regular y expedita. Además, para la celebración de sesiones, se sugiere que los directores cuenten con el material específico referido a las materias que serán tratadas, con antelación mínima de 5 días;

c) En caso que algún director se ausente de alguna sesión, es recomendable que presente las excusas formales, consignándose en el acta de la respectiva sesión;

d) Además, con el objetivo de que todos los directores, tanto titulares como suplentes, se encuentren preparados para asumir sus funciones en las sesiones de directorio, se sugiere que la mutualidad disponga de un canal de información de acceso remoto, a través del cual los directores tomen conocimiento de las materias relevantes de la administración, de forma permanente, y

e) Que la mutualidad informe a las entidades empleadoras de los directores laborales respecto a las actividades que en su calidad de directores desarrollarán, así como el tiempo promedio necesario para que puedan asumir sus

responsabilidades en la mutualidad y cualquier otro aspecto administrativo necesario, todo con el objeto de facilitar que los directores laborales puedan compatibilizar el doble rol que tienen en ambas entidades.

3. Actas de sesiones del directorio y sus comités

a) Contenido de las actas

Las deliberaciones y los acuerdos del directorio, así como los antecedentes y fundamentos que fueron utilizados para su consideración, deberán quedar consignados en un libro de actas, el cual deberá ser resguardado garantizando la fidelidad e integridad de su contenido. Además, se sugiere mantener respaldos electrónicos del mismo.

Los documentos y demás antecedentes que formen parte de un acta de sesión de directorio o sus comités deberán ser almacenados en medios que cumplan las mismas condiciones requeridas para las actas.

El acta se considerará válida una vez que sea suscrita. En el caso que algún director no comparta el acuerdo adoptado o considere que el documento adolece de inexactitudes u omisiones, se encuentra habilitado para consignar en el acta respectiva las salvedades necesarias, previo a su firma.

b) Identificación de las actas

Las actas de sesiones ordinarias y extraordinarias deberán numerarse en forma correlativa. Esta numeración deberá figurar tanto en el acta oficial que se inserte en el libro correspondiente, como en la copia que eventualmente sea enviada a la Superintendencia de Seguridad Social.

c) Ejecución de las actas

Respecto de aquellos acuerdos de directorio adoptados como de ejecución inmediata y que deban ser sometidos a consideración de la Superintendencia de Seguridad Social, se suspenderá su ejecución hasta la aprobación del citado acuerdo por parte de este organismo fiscalizador.

4. Citación a las sesiones del directorio

En relación a la citación a las sesiones del directorio, es recomendable que:

a) El directorio establezca los plazos mínimos y los mecanismos adecuados para citar a sus directores, tanto a las sesiones ordinarias como extraordinarias que se celebren;

b) A la citación antes referida, adjunte la respectiva tabla que contenga las materias a tratar y, cuando corresponda, los antecedentes necesarios para el análisis previo por parte de los directores, y

c) Al principio de cada año, se establezcan los temas a considerar durante el transcurso del mismo, generando al mismo tiempo un cronograma para discutirlos.

5. Inducción y capacitación permanente a directores

Se recomienda que la mutualidad establezca procedimientos y mecanismos formales de inducción y capacitación dirigidos a sus directores. Para estos efectos, será necesario mantener actualizado un levantamiento de los conocimientos y habilidades básicas que debieran tener los directores para poder cumplir satisfactoriamente su rol.

Dentro de las actividades de inducción y capacitación, se podrán incluir, las siguientes materias:

a) El plan de trabajo del directorio, los comités y sus objetivos;

b) El seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la Ley N°16.744 y su normativa aplicable;

c) Los grupos de interés relevantes que ha identificado la entidad y los principales mecanismos que se emplean para conocer las expectativas y mantener una relación estable y duradera con aquéllos;

d) La misión, visión, objetivos estratégicos, principios y valores que debieran guiar el actuar de la mutualidad, así como las políticas aprobadas por el directorio;

e) El marco jurídico vigente más relevante aplicable a la entidad, en especial la normativa emitida por la Superintendencia de Seguridad Social;

f) Los deberes de cuidado, reserva, lealtad, información y ética que se espera que cumplan;

g) Los principales acuerdos adoptados en los últimos 3 años, anteriores al inicio de su mandato, y de las razones que se tuvieron en consideración para adoptar tales acuerdos o para descartar otras opciones evaluadas;

h) Las partidas más relevantes de los estados financieros del último año junto con sus respectivas notas explicativas, además de los criterios contables aplicados en la confección de dichos estados financieros;

i) Los principales riesgos que enfrenta la mutualidad y las herramientas de gestión de riesgos que se han implementado, en concordancia con lo instruido en la Letra A, Título IV de este Libro VII;

j) Las situaciones que configuren un conflicto de interés, cómo estos pueden evitarse y los protocolos y tratamiento que debieran ejecutarse en el caso de generarse un eventual conflicto de interés;

k) Los aspectos contables y financieros de la mutualidad, en especial el análisis de los estados financieros;

l) Las mejores prácticas de gobierno corporativo que se han ido implementando en la mutualidad y en otras entidades tanto a nivel local como internacional, y

m) Las materias específicas vinculadas con los respectivos comités del directorio.

En relación a la capacitación permanente a los directores, se sugiere definir anualmente un plan y calendario de capacitación que considere las materias que se abordarán, incluyendo la actualización de conocimientos en las temáticas detalladas en el párrafo anterior, y el calendario de las capacitaciones.

6. Procedimiento especial para la modificación de estatutos

Conforme a los artículos 4°, 5° y 6° del D.S. (D.F.L) N°285, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, la modificación de los estatutos particulares de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, debe ajustarse al procedimiento especial señalado en el precitado decreto supremo, criterio ratificado por la Contraloría General de la República, mediante su dictamen N°20.233, de 10 de agosto de 2018.

El citado procedimiento comprende las siguientes etapas:

a) La solicitud de modificación de los estatutos particulares será dirigida al presidente de la República, por intermedio del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos;

b) El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos remitirá la solicitud y los antecedentes al Ministerio del Trabajo y Previsión Social para ser informados, quien lo hará, a su vez previa audiencia de la Superintendencia de Seguridad Social, y

c) El decreto supremo que apruebe la modificación de los estatutos, llevará las firmas de los Ministros de Justicia y Derechos Humanos y el de Trabajo y Previsión Social.

E. Políticas, manuales y planes

CAPÍTULO I. Políticas

Las políticas de la mutualidad tienen por objetivo alinear a los trabajadores y en general las operaciones de la entidad con los lineamientos generales establecidos y aprobados por el directorio.

De esta manera, se espera que toda política tenga asociada procedimientos más detallados, los que estarán establecidos en los respectivos manuales que traducirán las distintas directrices a un nivel operativo, incluyendo actividades y controles particulares, debiendo ser aprobados en alguna instancia formal que la propia mutualidad determine.

En caso que una política se apruebe, así como sus sucesivas modificaciones, el texto debe ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social, en el mes siguiente a aquél en que se aprobó. El mecanismo de transmisión será mediante un sitio de control que la Superintendencia de Seguridad Social pondrá a disposición para esos efectos, cuyas instrucciones serán presentadas en el sitio web SUSESO, en el link denominado "GRIS Mutuales".

Es recomendable que en las políticas se consideren los siguientes aspectos:

- Objetivos;
- Roles y responsabilidades: se deben definir las obligaciones y responsabilidades de las diferentes personas, estamentos, gerencias o unidades que participan en el proceso materia de la política;
- Procedimiento de aprobación: se debe incluir el procedimiento de aprobación y actualización de la política, indicando la periodicidad e instancia de revisión, y

En el caso de los manuales es relevante que estos consideren los siguientes elementos:

- Las etapas de los procesos y actividades involucradas, y
- Las autorizaciones, límites, criterios y todos aquellos elementos que sean necesarios para llevar a cabo los procesos involucrados.

1. Política de gestión de riesgos

Se considera buena práctica que el directorio apruebe una política de gestión integral de riesgos, de acuerdo a lo establecido en la Letra A, Título IV, de este Libro, destinada a establecer las medidas adoptadas por la propia mutualidad, alineada a sus objetivos estratégicos, incluyendo el adecuado cumplimiento de la administración y prestación del Seguro de la Ley N°16.744.

2. Política de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

El directorio de cada mutualidad debe aprobar y ordenar la implementación de una política para la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en adelante política de prevención, destinada a establecer las medidas que adoptará la respectiva mutualidad, en el desarrollo de sus responsabilidades como administrador del Seguro de la Ley N°16.744, vinculadas a la prevención de riesgos laborales, debiendo contemplar los aspectos considerados en las instrucciones que en materia de prevención de riesgos ha impartido la Superintendencia de Seguridad Social. Las mutualidades deberán mantener actualizada la política de prevención, la que deberán remitir a la Superintendencia de Seguridad Social.

Para lo anterior, el directorio deberá ejecutar, al menos, las siguientes acciones:

a) Incluir dentro de los objetivos estratégicos de la mutualidad, los relativos al desarrollo de actividades de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales dirigidas a sus entidades empleadoras adherentes, definiendo los respectivos indicadores;

b) Conocer y aprobar el plan anual de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;

c) Monitorear permanentemente la ejecución de las actividades del plan anual de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y

d) Conocer, de forma directa, los informes independientes de auditoría interna y externa sobre el estado de las actividades de prevención que son parte del referido plan y pronunciarse sobre el informe que al efecto emita el comité de prevención, instruyendo las medidas correctivas que corresponda.

3. Política de compras

Es recomendable que la mutualidad apruebe y ordene la implementación de una política de compras y adquisiciones, destinada a establecer los lineamientos estratégicos y elementos esenciales sobre los cuales se deberán organizar los procesos específicos asociados a compras y adquisiciones. Se sugiere que los diferentes gestores adapten sus procesos para cumplir con las directrices establecidas por el directorio.

Tales procesos, se recomienda que estén debidamente documentados en un manual de compras y adquisiciones, describiendo el tratamiento, las etapas, criterios, autorizaciones y todos aquellos elementos que sean necesarios para llevar a cabo los procesos. Es recomendable que este manual considere, al menos, los siguientes elementos:

a) Planificación de las compras;

b) Selección de procedimientos de compra;

c) Formulación de bases;

d) Criterios y mecanismos de evaluación;

e) Gestión de contratos y de proveedores;

f) Recepción de bienes y servicios;

g) Procedimientos de pago;

h) Autorizaciones que se requieran para las distintas etapas del proceso de compra, y

i) Mecanismos de control de los procesos de compras.

Además, se considerará buena práctica que el directorio genere los lineamientos para evitar los conflictos de interés en el proceso de compras, definidos en el Capítulo II, de la Letra F, del presente Título I, todo con el objeto de generar controles y procedimientos que se apliquen a nivel operativo y sean observados por toda la institución.

4. Política general para la afiliación o mantención de entidades empleadoras

Se considera buena práctica que la mutualidad apruebe y ordene la implementación de una política general para la afiliación o mantención de entidades empleadoras, en la que se basará el otorgamiento de las capacitaciones que se realicen a los trabajadores de las empresas adheridas, la instalación o mantención de policlínicos en dichas empresas y la destinación de expertos en prevención de riesgos laborales. Asimismo, es buena práctica que la referida política general salvaguarde que en cada política específica que se adopte no se ampare ningún tipo de discriminación, de manera tal que las asignaciones de los señalados beneficios obedezca a aspectos objetivos tales como el riesgo asociado al sector económico, tamaño de la empresa, entre otros, vale decir, que ante igualdad de características y cumplimiento de requisitos por parte de las entidades empleadoras adheridas, no debe existir discriminación.

5. Política de inversiones

El directorio de la mutualidad debe aprobar y ordenar la implementación de una política de inversiones, que establezca las directrices que el directorio requiere que sean aplicadas en la administración de las inversiones gestionadas en la mutualidad, para lo cual debe tener presente la regulación específica emitida por la Superintendencia de Seguridad

Social. Para estos efectos, dentro de los elementos que se deben incluir, están:

a) Estructura de delegación de autoridad al interior de la mutualidad, en donde se señale los roles y responsabilidades de cada estamento, gerencia y personal que participa en el proceso;

b) Metodología que guía el proceso de inversión, asociadas a la evaluación de instrumentos, valoración, diversificación, conciliaciones, medición de desempeño, riesgos asociados, entre otros;

c) Objetivo de cada fondo que administra la entidad, con las respectivas restricciones que se establezcan para cada caso, y

d) Mecanismos de control interno aplicados al proceso.

6. Política contable prudencial

El directorio de la mutualidad debe aprobar y ordenar la implementación de una política contable prudencial, destinada a reconocer e instaurar el principio prudencial de acuerdo a las Normas Internacionales de Información Financiera (IFRS) y según lo establecido en la Letra A, Título IV del Libro VIII.

La política contable prudencial debe reconocer la aplicación de un juicio conservador, el cual será considerado al momento de contabilizar activos, pasivos, recursos propios u otras partidas relevantes y complejas, guiando el proceso de generación de información financiera. De esta forma, se debe señalar los criterios utilizados en la contabilización de operaciones críticas y complejas, para lo cual se debe tener presente los distintos efectos e implicancias administrativo - contables que tendrán la aplicación de los mismos.

Como ejemplo de lo anterior, se puede considerar i) No diferir gastos, reconociéndolos en el ejercicio que se producen; ii) Aplicar correctamente el deterioro en aquellos activos que han perdido valor o capacidad de generar beneficios futuros, entre otros. Para los casos anteriores, y otros que la mutualidad identifique, se deberá indicar los criterios a utilizar para realizar su contabilización en cada caso.

7. Política de compensaciones

Se considera buena práctica que la mutualidad apruebe y ordene la implementación de una política de compensaciones, destinada a establecer los incentivos correctos y motivaciones a su alta gerencia y trabajadores, cuidando que los incentivos establecidos no puedan inducir a conductas o prácticas fuera de la legalidad o que incidan en conflictos de interés, o que puedan promover acciones en contra o que perjudiquen el otorgamiento adecuado de las prestaciones establecidas en la Ley N°16.744.

Para la confección de la política de compensaciones, se sugiere considerar los siguientes aspectos:

a) Reflejar el desempeño en un horizonte temporal, evitando la premiación sólo para resultados de corto plazo;

b) Reflejar el desempeño individual como el desempeño de la mutualidad;

c) Fomentar el cumplimiento de todas las leyes y regulaciones aplicables a la actividad de la mutualidad, y

d) Fomentar un comportamiento prudente en términos de riesgos al interior de la organización, consistente con el mejor interés de las entidades adherentes y los beneficiarios.

8. Política gestión anti fraudes

Es recomendable que la mutualidad apruebe y ordene la implementación de una política de gestión anti fraudes, destinada a establecer una cultura de prevención de delitos, asegurando que se dispongan de razonables programas y controles que mitiguen el riesgo asociado a fraudes.

Se sugiere que la política de gestión anti fraudes contenga, al menos, los siguientes elementos:

a) Roles y responsabilidades: Se deben definir las obligaciones y responsabilidades de las diferentes personas y estamentos que participan en los procesos de gestión anti fraudes;

b) Definición de los objetivos de la función: Se deben establecer los objetivos que persiguen los procesos de gestión anti fraude, y

c) Procedimiento de aprobación: Se debe incluir el procedimiento de aprobación y actualización de la política de gestión anti fraudes, indicando la periodicidad e instancia de revisión.

9. Política de seguridad de la información

Es recomendable que la mutualidad apruebe y ordene la implementación de una política de seguridad de la información, con objeto de establecer los principales lineamientos del directorio en dicha materia y así, poder alinear los distintos procesos, actividades y estamentos participantes. Se sugiere que en esta política se consideren normas y procedimientos específicos sobre, por ejemplo, controles de acceso, continuidad operacional, seguridad física de la información, entre otros.

Asimismo, se sugiere que esta política contenga al menos los siguientes elementos:

a) Roles y responsabilidades: se deben definir las obligaciones y responsabilidades de las diferentes personas y estamentos que participan en los procesos seguridad de la información;

b) Definición de objetivos de la función: Se deben establecer los objetivos que persiguen los procesos de seguridad de la información, y

c) Procedimiento de aprobación: Se debe incluir el procedimiento de aprobación y actualización de la política de seguridad de la información, indicando la periodicidad e instancia de revisión.

CAPÍTULO II. Planes

1. Plan estratégico

La mutualidad debe elaborar y aprobar un plan estratégico que tenga en cuenta la visión, misión, objetivos estratégicos y valores institucionales de la mutualidad como organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744.

El plan establecerá la estrategia a seguir de la institución en un mediano plazo, debiendo la mutualidad determinar la programación temporal para llevar a cabo las acciones contenidas en el plan. En este sentido, los objetivos estratégicos deberán promover una gestión que considere sus obligaciones presentes y futuras con sus beneficiarios. La gerencia será la responsable de gestionar la institución para alcanzar los objetivos planteados, teniendo presente la normativa, políticas internas u otras instrucciones del directorio.

Considerando lo anterior, se deberá monitorear el cumplimiento del plan y evaluar su modificación, con objeto de adaptarlo a cambios en la entidad o su entorno, de manera de asegurar la creación de valor y viabilidad de la mutualidad en el largo plazo. Se considera buena práctica que el directorio, evalúe lo dispuesto en este punto al menos anualmente.

2. Plan anual de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

En virtud de lo establecido en la letra d), del artículo 38, de la Ley Nº 16.395, esta Superintendencia considera que, para el mejor otorgamiento de las prestaciones preventivas a las personas protegidas por este Seguro Social, las mutualidades deben aprobar un plan anual de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Al respecto, el citado plan anual de prevención debe incluir las actividades y metas instruidas por la Superintendencia de Seguridad Social.

El plan actualizado deberá ser enviado a la Superintendencia de Seguridad Social, a más tardar el último día hábil del mes de marzo de cada año, previa aprobación del directorio o del Director Nacional del ISL, según corresponda. El mecanismo de transmisión será mediante un sitio de control que la Superintendencia de Seguridad Social pondrá a disposición para esos efectos, cuyas instrucciones serán presentadas en el sitio web SUSESO, en el link denominado "GRIS Mutuales". Asimismo, se deberá informar a la Superintendencia de Seguridad Social cualquier modificación del referido plan, en el mes siguiente a aquel en que se aprobó.

F. Conflictos de intereses y código de ética, conducta y buenas prácticas

CAPÍTULO I. Comité y código de ética

La mutualidad será responsable que exista y funcione adecuadamente un comité de ética al interior de la mutualidad, el cual se sugiere que sesione periódicamente y de forma extraordinaria, según lo amerite.

Es recomendable que el comité de ética incorpore en su funcionamiento los siguientes elementos:

a) Se conforme por al menos dos directores (un director representante del estamento de los trabajadores y otro del estamento de las entidades adherentes) y el fiscal. Además, se sugiere, que se incorpore un representante de los trabajadores de la mutualidad que no sea parte de la alta gerencia, y que haya sido elegido por los trabajadores de la mutualidad, mediante voto universal de forma directa o indirecta;

b) Ser presidido por un director, el cual mantendrá constantemente informado al directorio respecto al funcionamiento y las materias tratadas en esta instancia;

c) Poseer un estatuto aprobado por el directorio, y

d) Es deseable que entre las funciones del comité de ética se establezcan las siguientes:

   i) Aprobar, implementar y evaluar la aplicación del código de ética, conducta y buenas prácticas en la mutualidad;

   ii) Proponer medidas al directorio, el cual podrá instruir al gerente general, según su mérito, la aplicación de las acciones correspondientes, y

   iii) Conocer las inquietudes, consultas y denuncias, respecto de potenciales ilegalidades, fraudes e irregularidades que pudieran estar ocurriendo en las operaciones de la mutualidad, disponiendo de un mecanismo que posibilite a los trabajadores de la mutualidad, a las empresas adherentes y en general a cualquier legítimo interesado, ingresarlas bajo condiciones adecuadas de disponibilidad, confidencialidad y anonimato. Es recomendable que

este mecanismo alimente un registro consolidado de los casos denunciados, sea administrado por el comité de ética de la propia mutualidad y quede a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social, todo en concordancia con lo establecido en la Letra G, Título III de este Libro VII.

Asimismo, es recomendable que el directorio de la mutualidad apruebe y divulgue un código de ética, conducta y buenas prácticas, el cual deseablemente posea elementos que se detallan a continuación.

1. Definición

Se sugiere que el código de ética, conducta y buenas prácticas incentive la conducta ética al interior de la mutualidad, en conformidad con la normativa legal, reglamentaria y administrativa vigente, que rige a las mutualidades. Es deseable que el citado código sea difundido adecuadamente entre sus trabajadores, reflejando y promoviendo los mejores estándares de gobierno corporativo, buenas prácticas laborales, comerciales, con sus afiliados y adherentes, entre otros aspectos.

2. Implementación

Se recomienda que sea responsabilidad del directorio, establecer y difundir un código de ética, conducta y buenas prácticas al interior de la organización, fijando los mecanismos que permitan medir su efectividad, evaluar sus resultados y realizar los ajustes y correcciones que correspondan.

Para los efectos de medir el grado de cumplimiento del referido código, el directorio procurará que se efectúe, a lo menos, una evaluación anual respecto a su aplicación y cumplimiento.

Se sugiere que el código de ética, conducta y buenas prácticas sea conocido por todos los miembros de la entidad y sea de acceso público.

3. Contenido recomendado

Se sugiere que en el código de ética se incluyan los siguientes elementos:

a) Declaración de valores, esto es, señalar los valores que resultan preponderantes para la mutualidad, como por ejemplo: integridad y probidad; compromiso con las entidades empleadoras adherentes, compromiso con los trabajadores, pensionados y beneficiarios;

b) Relación con las entidades empleadoras adherentes y sus trabajadores, los trabajadores de la mutualidad, pensionados, beneficiarios, los servicios públicos, otras entidades, es decir, con la comunidad en general del lugar donde exista presencia de la mutualidad, indicando que ésta tendrá como objetivo entregar con calidad y oportunidad las prestaciones que correspondan, basándose en el respeto, la transparencia, la dignidad e igualdad en el trato;

c) Mecanismos para manejar los conflictos de interés, en donde el interés personal, directo o indirecto pueda afectar la independencia de juicio en una decisión o actuación que involucre a la entidad. En estos casos, se debe dejar claro que deben primar los intereses de la mutualidad por sobre los propios, debiendo ser informada dicha situación según lo establezca la propia mutualidad en el código de ética, conducta y buenas prácticas;

d) Manejo y uso de la información, que conoce en el uso de su función en la mutualidad o de su desempeño en ella, de modo que los miembros del directorio, los gerentes, el fiscal o cualquier trabajador no pueda obtener ventajas o ganancias mediante la utilización de la información reservada o estratégica de la mutualidad, ya sea directa o indirectamente, o para beneficio propio o ajeno;

e) Prohibición o tratamiento respecto a regalos, obsequios, atenciones, servicios u otra clase de favores o beneficios que, por una parte puedan recibir los trabajadores de la mutualidad o por otra, la propia mutualidad pueda entregar a terceros, todo motivado por querer influir en las decisiones vinculadas a procesos de compras, ventas, adquisiciones, licitaciones u otras negociaciones;

f) Establecer el debido ejercicio de poder o autoridad, para lo cual se debe expresar que quienes firmen documentos o representen a la entidad, lo deban hacer debidamente investidos con dicha atribución o facultad, lo cual debe quedar constatado;

g) Promoción de la cultura anti fraude, lo cual implica alentar a los trabajadores a preocuparse por la materia generando los debidos protocolos para realizar denuncias y dar su tratamiento, considerando que los fraudes, ilícitos e irregularidades pueden tener diversas formas de operar;

h) Estipular que los trabajadores deben cumplir con el código, las leyes, regulaciones, estatutos, políticas y otras instrucciones administrativas que le sean aplicables;

i) Mecanismos de confidencialidad para el tratamiento de las denuncias presentadas por los trabajadores o adherentes, y

j) Establecer la prohibición de adoptar medidas antiéticas.

CAPÍTULO II. Conflictos de interés

El conflicto de interés supone un acto, negociación, contrato u operación en el que concurren el interés de la mutualidad con aquél del director, gerente o trabajador en general, sea o no de carácter económico, y en cuya resolución se podría privilegiar el interés propio, implicando la lesión o la falta de persecución de los mejores intereses de la mutualidad.

Es recomendable que las mutualidades observen los elementos que se enuncian en el presente acápite, además de no celebrar contratos de provisión de bienes o prestación de servicios con los directores y gerentes de la propia mutualidad, así como con sus personas relacionadas, según el siguiente detalle:

a) Las personas vinculadas a los anteriores por parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad inclusive;

b) Sociedades de personas en donde los directores, gerentes o sus parientes ya individualizados, formen parte;

c) Sociedades comanditas por acciones o anónimas cerradas en que sus directores, gerentes o los parientes de éstos, ya individualizados, sean accionistas, y

d) Sociedades anónimas abiertas en que sus directores, gerentes o los parientes, ya individualizados, sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital.

En caso que el contrato se realice con los directores y gerentes o con las personas naturales y jurídicas, vinculadas a éstos, señaladas en las letras anteriores, deberán informar tal situación en la columna "Observaciones" del Anexo N°11 "Contrataciones de bienes y servicios", de la Letra H, del Título III, de este Libro VII, independiente del monto de los contratos.

Asimismo, se sugiere que la mutualidad disponga de un canal para que los trabajadores, así como sus personas relacionadas, según las letras anteriores, puedan informar al directorio aquellos contratos que suscriban con la propia mutualidad. En el caso que se realicen contratos de este tipo y que su suma anual sea mayor o igual a 2.000 unidades de fomento, deberán informar tal situación en la columna "Observaciones" del Anexo N°11 "Contrataciones de bienes y servicios", de la Letra H, del Título III, de este Libro.

Al respecto, es deseable que el directorio se pronuncie cuando considere inconveniente la relación.

CAPÍTULO III. Prevención de los delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delitos de cohecho

La mutualidad deberá adoptar las medidas necesarias para dar cumplimiento a lo establecido mediante la Ley N°20.393, la cual regula la prevención de los delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delitos de cohecho.

G. Sociedades u organismos filiales

Para efectos de las sociedades u organismos filiales, en donde las mutualidades tengan participación en su propiedad igual o mayor al 50%, de forma directa o indirecta, se recomienda tener presente las instrucciones y buenas prácticas enunciadas en este Título I, según corresponda.

H. Anexos

Anexo N°1: Informes de autoevaluación de buenas prácticas de gobierno corporativo

TÍTULO II. Gestión Interna de mutualidades

A. Auditorías externas

CAPÍTULO I. Contratación de empresas auditoras externas

Las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, en adelante mutualidades, deberán presentar sus estados financieros anuales debidamente auditados por una empresa de auditores externos independientes. Para tal efecto, deberán contratar los servicios de una empresa de auditores externos mediante un proceso de licitación pública o privada, con un mínimo de tres participantes, en caso de optarse por la última alternativa. En ambos casos, en el proceso de selección y contratación de esos servicios deberá darse cumplimiento a las instrucciones siguientes:

1. El directorio de cada mutualidad, deberá designar, mediante el correspondiente acuerdo, una comisión encargada de este proceso (en adelante, la comisión), que deberá estar conformada por el encargado de auditoría interna y, al menos, dos integrantes del directorio.

   El día hábil siguiente a la conformación de la comisión, se deberá informar a la Superintendencia de Seguridad Social la composición de sus integrantes.

2. El proceso de selección de las empresas de auditores externos que contrate la mutualidad, deberá realizarse como máximo cada tres años.

   De este modo, el plazo de permanencia de dichas empresas auditoras, no podrá ser superior a tres años, salvo que circunstancias debidamente calificadas por esa mutualidad justifiquen prorrogar el contrato por un período máximo

de 3 (tres) años, previo acuerdo del directorio, el que deberá enviarse a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento. La renovación de contrato deberá establecer la rotación, a lo menos, del gerente y del socio encargado del equipo de trabajo de la auditoría externa.

En la contratación deberá tenerse en cuenta que el gerente encargado del equipo de profesionales que llevará acabo la auditoría externa deberá poseer conocimientos en la normativa regulatoria, así como de la naturaleza, tamaño y complejidad de las actividades realizadas por las mutualidades. Entender las características de la institución y sus actividades son elementos claves en el enfoque de la auditoría, porque constituye el fundamento de muchas de las decisiones y actividades que se desarrollarán durante la auditoría.

3. Se deberán preparar bases administrativas y técnicas referidas al trabajo a realizar, indicando las áreas que requieren mayor profundidad en la revisión y las sucursales, agencias u oficinas que, como mínimo, se deben examinar.

4. Las empresas que participen en la licitación deberán estar inscritas en el Registro de Empresas de Auditoría Externa (REAE) que mantiene la Superintendencia de Valores y Seguros, dando pleno cumplimiento a las normas contenidas en la Ley N°18.045, Título XXVIII "de las Empresas de Auditoría Externa". La mutualidad deberá adoptar todas las medidas de resguardo que sean necesarias para evitar que se conozca la información contenida en las propuestas de las empresas que participan en la licitación.

5. La Comisión será la encargada de desarrollar el proceso de preselección de las empresas de auditoría externa (EAE) y deberá, además, estudiar y analizar las propuestas presentadas e informar los respectivos resultados en orden de preferencia al directorio de la mutualidad, sobre la base de un estudio de las distintas alternativas recibidas.

6. Una vez resuelta la selección de la EAE por el directorio, éste deberá comunicar por escrito a la Superintendencia de Seguridad Social, dentro de los 5 días hábiles siguientes, contados desde la fecha del acuerdo adoptado, el resultado del proceso y su fundamentación. La decisión deberá considerar, como mínimo, las horas y recursos que se destinarán al proceso de revisión, la experiencia de la empresa de auditoría, los conocimientos y experiencia del equipo a cargo de esta labor, todo ello en atención a las características de la mutualidad que sea revisada. Además, en el respectivo acuerdo se deberán detallar las deliberaciones discutidas, así como los fundamentos expuestos por el directorio para sustentar su propuesta de elección de la empresa auditora.

   Asimismo, se deberá acompañar el informe de preselección de la comisión y comunicar cualquier modificación que se produjere en la propuesta inicial.

7. Será responsabilidad del directorio de la mutualidad verificar, mientras dure el contrato, que la EAE seleccionada se mantenga vigente en el REAE.

   En el contrato que se celebre con la respectiva empresa auditora, se deberá establecer que éste terminará automáticamente en caso de suspensión o eliminación del REAE o por incumplimiento grave de las obligaciones que dicho instrumento impone a la citada empresa, como asimismo en caso que los procedimientos llevados a cabo por ésta importen una infracción grave a la normativa vigente.

   En la situación antes prevista, la prestación de servicios de auditoría deberá ser ofrecida a la empresa que sigue en orden de prelación en el proceso de selección desarrollado, por un período que no exceda la fecha de término original del contrato terminando, salvo que la mutualidad decida llamar a un nuevo proceso de licitación.

   Si el directorio decide poner término anticipado al contrato por razones distintas de las señaladas anteriormente, deberá comunicar a la Superintendencia de Seguridad Social, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la toma del respectivo acuerdo, las razones de esta decisión. En caso que la Superintendencia de Seguridad Social esté de acuerdo con la decisión adoptada, la mutualidad deberá proceder de la misma forma señalada para la suspensión o eliminación de la empresa de auditoría en el REAE.

8. En el contrato con la empresa de auditores externos, deberá incluirse una cláusula en que se estipule claramente la obligación de proporcionar a la Superintendencia de Seguridad Social los antecedentes de la auditoría realizada, como asimismo, dar acceso a sus papeles de trabajo, archivos e informes, cuando ésta lo solicite. De igual modo, deberá quedar estipulada la obligación de la EAE de concurrir a las dependencias de la Superintendencia de Seguridad Social cuando ello le sea requerido.

9. El programa de auditoría confeccionado por la empresa de auditores externos que se presente a la licitación, deberá ajustarse en su contenido y desarrollo, a la naturaleza jurídica de la mutualidad, a las operaciones que realiza y a la naturaleza de las cuentas que integran su patrimonio y resultado anual de la gestión, incluido el movimiento del Fondo Único de Prestaciones Familiares.

10. A la EAE que preste servicios de asesoría y/o asistencia contable a la respectiva mutualidad, no podrá adjudicársele la propuesta a ningún título, si los servicios prestados involucran todo o parte de los períodos en los que se llevará a cabo la auditoría.

11. Al auditor externo en cumplimiento de sus funciones le corresponden, entre otras, señalar al directorio de la mutualidad las deficiencias que se detecten respecto de la adopción de prácticas contables, del mantenimiento de un sistema administrativo contable efectivo y de los mecanismos de control interno utilizados.

12. La mutualidad auditada deberá dejar constancia expresa, en el acta de directorio, que tomó conocimiento del informe de control interno elaborado por la empresa auditora, constituyendo éste parte integral de la referida acta de directorio.

13. En el transcurso de la auditoría, los auditores deben reunirse con el directorio y algún órgano del gobierno corporativo encargado de auditoría, para exponer el resultado de los hallazgos de la auditoría y cualquier otra materia relevante o discrepancia contable con la administración de la mutualidad.

CAPÍTULO II. Aspectos a considerar en el desempeño de las auditorías externas

Corresponde a las normas generales a las que deberán atenerse los auditores externos de las instituciones fiscalizadas por esta Superintendencia, aplicables a la auditoría a efectuar a los estados financieros anuales y al informe de control interno de la mutualidad, sin perjuicio de su responsabilidad legal y profesional en el desempeño de su trabajo y en el contenido de su opinión acerca de los estados financieros

En la aplicación de las normas de auditoría, revisten una connotación especial los elementos de "importancia relativa", que corresponde a las partidas que son más significativas y en las que las posibilidades de errores son mayores, y el de "riesgo de auditoría" que corresponde a las partidas que son más susceptibles a irregularidades, por lo que tales elementos deberán ser considerados.

El informe de control interno tiene como objetivo exponer el resultado del examen de aquellos aspectos que implican una evaluación al diseño y operación de la estructura de control interno, consistente con las políticas y procedimientos dispuestos por la mutualidad, de manera que permitan proporcionar un nivel razonable de seguridad para alcanzar los objetivos específicos de la institución, tanto en el resguardo de los activos, como para evaluar la confiabilidad de los registros contables y/o financieros.

Además, de los aspectos especificados en estas instrucciones, los auditores externos deberán velar por el cumplimiento de las restantes normas y principios que regulan otros aspectos del dictamen de auditoría y la presentación de estados financieros.

1. Áreas mínimas de trabajo

Los auditores externos deberán verificar el estricto apego, por parte de la mutualidad, a todas las disposiciones legales y reglamentarias e instrucciones específicas emanadas de la Superintendencia de Seguridad Social, en materias que incidan en el cumplimiento de la normativa contable-financiera a aplicar en la confección de dichos estados.

Las áreas mínimas de trabajo que deberán ser examinadas por las EAE, son las siguientes:

a) Área de recursos humanos

   Deberá verificarse la razonabilidad en la constitución de la provisión de feriado anual, beneficios post-empleo, indemnización por años de servicios y control de horas extraordinarias.

b) Área de tesorería

   Deberá verificarse la existencia de conciliaciones bancarias, así como su elaboración con la periodicidad necesaria, de acuerdo al flujo de transacciones y los riesgos asociados a ellas y considerando instancias de revisión y autorización de parte de la jefatura correspondiente

c) Área de inversiones financieras

   Deberá verificarse la existencia y propiedad de las inversiones, su valorización y el producto de las inversiones reconocido en los resultados de los estados de financieros, de acuerdo a las disposiciones legales y las normas dispuestas por la Superintendencia de Seguridad Social.

   Además, deberá revisarse si recaen sobre dichas inversiones, o en relación con ellas, prendas, hipotecas y otras prohibiciones o gravámenes, en cuyo caso deben existir las constancias respectivas en los estados financieros.

d) Área de existencias

   Deberá verificarse la elaboración de los análisis de la cuenta "Existencias" que respalden la cuenta de mayor y permita la identificación de las existencias que aún forman parte de este rubro y que se encuentren vencidas, sin movimiento, obsoletas o deterioradas y por las cuales no se han efectuado los ajustes correspondientes.

e) Área propiedad, planta y equipo

   Deberá verificarse la existencia de los análisis mensuales de las cuentas que conforman este rubro. Además, corresponde que se verifique el cálculo y registro de la depreciación del ejercicio y de la depreciación acumulada, así como de los cargos y abonos producto de altas y bajas del período. Se deberá dar a conocer los activos obsoletos, en desuso, faltantes o en mal estado que requieren una reconsideración de su vida útil remanente o de la decisión de vender o dar de baja y que no han sido informados oportunamente y no han sido registrados en la contabilidad en forma adecuada.

f) Área de egresos ordinarios

i) Prestaciones económicas

Deberá verificarse la existencia de los análisis de las cuentas de pensiones, subsidios e indemnizaciones y que los movimientos en resultados originados por estas cuentas se ajusten tanto a lo establecido en la Ley N°16.744 como a las instrucciones de la Superintendencia de Seguridad Social.

ii) Otros egresos ordinarios

Deberá verificarse, tanto a nivel general como específico, cada una de las partidas en lo referido a prestaciones médicas, prestaciones preventivas de riesgos, administración y funciones técnicas.

g) Área de facturación y cobranza

Deberá verificarse la existencia de los análisis mensuales de las cuentas y la clasificación de las partidas de acuerdo a las normas vigentes. Según la antigüedad de las partidas, se deberá verificar la cobranza realizada y la determinación del monto de la estimación de deterioro.

h) Área de prestaciones por pagar y provisiones

Deberá verificarse la existencia de los análisis mensuales de las cuentas, la determinación de los montos y la clasificación de las partidas conforme a las instrucciones impartidas en la normativa vigente.

i) Área de reservas

Deberá verificarse que las reservas técnicas estén constituidas de acuerdo a la legislación y normativa vigente.

Por otra parte, respecto de las inversiones financieras que respaldan dichas reservas, deberá constatarse su existencia, propiedad y valorización. El trabajo del auditor externo cobra especial importancia, al examinar y validar todas las cifras involucradas en esta área.

j) Área de contratos

Deberá verificarse la existencia y vigencia de los contratos que respalden las condiciones y precios convenidos en las transacciones realizadas (contratos a empresas de cobranza, contratos de prestaciones de salud, contratos de administrador de cartera, contratos de seguros comprometidos, contratos con empresas relacionadas, entre otros).

k) Área de tecnología de información (TI)

Se deberá realizar una evaluación del ámbito informático y de los sistemas de información de la mutualidad relacionados, entre otros, con los estados financieros, cálculo de reservas y valorización de inversiones.

El análisis deberá abarcar como mínimo los siguientes aspectos:

i) Operatividad y seguridad física

Se debe evaluar los mecanismos con que cuenta la mutualidad, para dejar funcionando normalmente sus sistemas computaciones, en la eventualidad de producirse algún problema en su plataforma computacional.

Este punto deberá incluir el análisis de planes de contingencia, políticas de respaldo y seguridad física de los respaldos, entre otros.

ii) Seguridad lógica

Se deberá analizar los controles de acceso sobre datos y sobre la operación de los sistemas que la mutualidad tenga implementados.

iii) Mantención de sistemas

Se deberá analizar los mecanismos que posee la mutualidad, para asegurar un correcto funcionamiento de sus sistemas computacionales.

Se deberá determinar ciertos puntos de control que permitan revisar la exactitud de cálculo de los procesos computacionales.

iv) Mantención de la información histórica

Se deberá analizar los períodos durante los cuales la mutualidad mantiene la información, ya sea en línea o en medios magnéticos de respaldo; caso en que se deberá analizar la factibilidad de recuperación de la información.

l) Control visitas zonales

Deberá verificarse que los procedimientos implementados en la mutualidad son de conocimiento y aplicación por los trabajadores de la institución, independientemente del lugar donde se encuentren prestando servicios.

De acuerdo a las características y condiciones de cada área de trabajo, éstas deberán ser examinadas conforme a su valorización, validar la propiedad y existencia de los activos y pasivos y, en determinados casos, verificar los límites y clasificación de riesgo. En todo caso, se deberán examinar todos los aspectos que sean necesarios para probar la razonabilidad de los saldos involucrados.

En la auditoría a los estados financieros, el auditor externo debe incluir la revisión de las provisiones y las reservas técnicas constituidas. Dada la importancia y materialidad en la determinación de las reservas técnicas, las firmas auditoras deberán emplear actuarios o profesionales que cuenten con el conocimiento, método y técnicas especializadas para desarrollar esta función. Las firmas auditoras no se deben limitar sólo a revisar la metodología del cálculo sino que, además, se requiere que efectúen validaciones en la información contenida en las bases de datos utilizadas, la presentación en los estados financieros, morosidad y restricciones que las afectan.

2. Alcance de la auditoría a los estados financieros

El programa de trabajo preparado por los auditores externos deberá ser lo suficientemente explícito para indicar los procedimientos de auditoría a utilizar en la revisión de cada una de las áreas mínimas de trabajo. No obstante, la Superintendencia de Seguridad Social podrá requerir a la respectiva mutualidad la inclusión de materias relativas a la auditoría de los estados financieros bajo examen que, a su juicio y cuando estime oportuno, ameriten un análisis específico.

La profundidad del examen estará determinada por la importancia relativa de cada saldo. Este examen deberá respaldar la opinión que emita el auditor externo respecto de la razonabilidad de los estados financieros.

En atención a que el muestreo constituye uno de los procedimientos de auditoría de mayor aplicación, en la planificación del tamaño adecuado de cada muestra, los auditores externos deben tener presente lo siguiente:

a) Universo sobre el cual se obtiene la muestra, ya que ésta debe ser apropiada en relación con el objetivo perseguido;

b) Representatividad de la muestra respecto del universo, esto es, todas las partidas deben tener la misma posibilidad de ser elegidas; y,

c) Determinación del error monetario tolerable que pueda existir para el saldo de la cuenta o tipo de transacción a revisar, y que no cause error significativo en los estados financieros a auditar.

Como consecuencia de los procedimientos de auditoría aplicados para la determinación de la razonabilidad de los estados financieros, cualquier diferencia monetaria detectada por la empresa auditora en el transcurso de la auditoría, independiente de su valor o significancia, deberá ser puesta en conocimiento del directorio de la mutualidad, a través del reporte entregado por la empresa auditora, según lo instruido en el número 13 del Capítulo I de la presente Letra A, lo que deberá quedar registrado en el acta de la sesión de directorio correspondiente. Además, considerando que el reporte al directorio es posterior a la preparación de los estados financieros, las diferencias detectadas en el transcurso de la auditoría por la empresa auditora, deberán ser informadas a la administración de la mutualidad para su corrección inmediata.

En el evento que la Superintendencia de Seguridad Social detecte situaciones o hechos que a su parecer constituyan o puedan constituir omisiones o errores de apreciación importantes, podrá requerir que se revisen los aspectos que le merezcan dudas.

3. Evidencia de la auditoría

Los auditores externos deben obtener y mantener evidencia suficiente del trabajo realizado para respaldar la opinión emitida en el dictamen. Esta evidencia física o electrónica, conformada entre otros por los papeles de trabajo, debe estar a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social por un período no inferior a 5 años, desde la fecha del respectivo dictamen, debiendo entregarse en orden dentro del plazo que establezca este organismo fiscalizador, acorde al volumen y antigüedad de lo requerido.

Las evidencias indicadas deben incluir, a lo menos, lo siguiente:

a) Resumen del trabajo realizado y conclusiones respecto de cada una de las cuentas o áreas de trabajo definidas anteriormente;

b) El alcance y profundidad dado al examen efectuado a cada cuenta.

Como parte de esta evidencia debe dejarse constancia:

i) De los montos de los errores monetarios tolerables determinados por el auditor al planificar el tamaño de la muestra;

ii) Del tamaño de la muestra y proporción del universo seleccionado; y,

iii) Del monto de los errores resultantes de las muestras utilizadas y la proyección de estos a las partidas sobre las cuales fue seleccionada la muestra.

c) Reconciliaciones de saldos efectuados y ajustes propuestos;

d) Verificación del cumplimiento de las normas impartidas en relación con los cálculos de las reservas efectuadas.

e) Inventario de inversiones financieras y su materialidad junto con la evidencia de la valorización, límites, clasificación de riesgo, y de revisión de prendas u otras restricciones que pudieran existir.

f) Inversiones de bienes físicos y su materialidad, certificación de domino vigente, gravámenes e hipotecas y prohibiciones. Verificación del método de valorización y depreciación.

g) Verificar la existencia de notas a los estados financieros cuando los activos se encontraren afectados con medidas precautorias u otra clase de limitaciones.

h) Constatada la inexistencia de análisis de saldos, de acuerdo a la materialidad, deben abstenerse de emitir opinión respecto de estos saldos; situación que debe reflejarse en el dictamen y en notas a los estados financieros;

i) Programas de pruebas a sistemas computacionales.

4. Dictamen

Los auditores externos deberán emitir un dictamen acerca de la razonabilidad de los estados financieros presentados por la mutualidad, conforme a lo instruido por la Superintendencia de Seguridad Social y a la normativa financiera-contable vigente.

De existir discrepancia entre lo normado por la Superintendencia de Seguridad Social y la normativa financiera-contable aplicada en la preparación de los estados financieros, prevalecerán las normas impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social.

Para efectos del examen por parte de los auditores externos, los estados financieros comprenderán: estado de situación financiera, estado de resultados por función, estado de resultados integrales, estado de cambios en el patrimonio, estado de flujos de efectivo y notas a los estados financieros.

Si a la fecha de emisión del dictamen se detectaren eventos o circunstancias no incluidas en el informe de control interno, deberán ser comunicadas a la Superintendencia de Seguridad Social, según lo señalado en la letra f) del número 5 siguiente.

5. Informe de control interno

Relacionado con los trabajos de auditoría, los auditores externos deberán emitir un informe de control interno, con el fin de proporcionar una certeza razonable de la seguridad presentada en las áreas definidas para la auditoría y del nivel de confiabilidad que presentan los registros contables y financieros para la preparación de los estados financieros, teniendo presente para estos efectos los elementos que constituyen la estructura de control interno, en base a las mejores prácticas dictadas sobre la materia por la Superintendencia de Seguridad Social u otros organismos nacionales e internacionales.

El informe de control interno, debe ser puesto en conocimiento del directorio de la mutualidad durante el año calendario del período auditado, en todo caso, antes del 15 de diciembre de cada año. Una copia de este informe deberá ser enviada por el directorio a la Superintendencia de Seguridad Social, en el plazo que esta entidad fije para su presentación.

a) Contenido mínimo del informe

i) El resultado del examen practicado a los registros contable-financieros de uso habitual y de aquellos que la Superintendencia de Seguridad Social podrá solicitar en materias que a su juicio requieran de un análisis específico.

ii) Una detallada descripción de las deficiencias de control interno detectadas, indicando los efectos o consecuencia que produzcan en los estados financieros.

iii) Recomendaciones y/o sugerencias formuladas por los auditores externos para solucionar las observaciones planteadas.

iv) Comentarios de la administración respecto de las recomendaciones entregadas por los auditores externos y las acciones que tomará la institución para solucionar las deficiencias.

b) Clasificación de las observaciones o deficiencias

Según el resultado del examen practicado y de acuerdo al grado de deficiencia detectado, el informe deberá clasificar las observaciones de la siguiente manera:

i) Observaciones primarias

Incluye todas las observaciones relacionadas con las áreas mínimas de trabajo definidas en el número 1, Capítulo II, de la presente Letra A, cuya deficiencia o debilidad resulte importante en la estructura de control interno y que desde el punto de vista patrimonial puedan tener un efecto negativo o positivo en los estados financieros.

ii) Observaciones secundarias

Referida a aquellas observaciones que tienen un menor nivel de incidencia en el estado de resultados o en los procedimientos aplicados, o no tienen un impacto mayor en la estructura de control interno vigente en la mutualidad.

Se incluyen aquí los aspectos que sean de importancia para la mutualidad y cuyas observaciones deban ser dadas a conocer a la administración y directorio.

c) Observaciones años anteriores

Aquellas observaciones formuladas en años anteriores que se encuentren pendientes de solución deberán indicarse en forma separada y deberá incluir las razones que, según la entidad, expliquen tal condición.

d) Presentación del informe de control interno

Adicional a los comentarios que los auditores externos estimen convenientes incorporar, el esquema del informe de control interno se ajustará a lo siguiente:

i) Introducción (Comentarios: descripción breve de las políticas, procedimientos, cultura organizacional, tareas y otros aspectos que la institución auditada ha desarrollado e implementado para alcanzar los objetivos institucionales, etc.)

ii) Área sujeta a examen, el que deberá contener como mínimo:

- Observaciones de los años anteriores, si corresponde.
- Observaciones del período clasificadas según lo señalado en la letra b), anterior.
  - Recomendación o sugerencia de la auditoría externa;
  - Comentario de la administración respecto de las observaciones planteadas.

e) Evidencia de la evaluación de control interno

El informe debe contener una descripción resumida del trabajo realizado, del cual los auditores externos deben mantener evidencia suficiente a través de los papeles de trabajo, los que deberán estar a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social cuando sean requeridos.

f) Informe adicional

Si entre la fecha de entrega del informe de control interno final y la emisión del dictamen se detectaren eventos o circunstancias no incluidas en el informe de control interno, ellos deberán ser comunicados a la Superintendencia de Seguridad Social, en un informe adicional y en una sola oportunidad, a más tardar el primer día hábil del mes siguiente a aquel en que deben presentarse los estados financieros a este organismo.

Las diferencias producidas entre el informe de control interno y el dictamen de estados financieros deberán explicarse en este informe adicional.

g) Suspensión de la presentación del informe de control interno

La obligación de presentar el informe de control interno señalado en el presente número 5., queda suspendida en tanto la Superintendencia instruya al respecto y fije nuevos plazos para su presentación.

Sin perjuicio de lo señalado en el párrafo anterior, las empresas de auditores externos deberán tener presente en la confección del informe que anualmente preparan producto de la auditoría, denominado "Informe a la Administración", las áreas mínimas de trabajo que deben ser examinadas, respetando la secuencia y orden establecido, las que se encuentran especificadas en el número 1 de este Capítulo II.

En el citado informe y a continuación de las áreas mínimas de trabajo, deberán detallarse todas las otras áreas de trabajo que fueron examinadas por la empresa de auditores externos.

Finalmente, el directorio de la mutualidad deberá remitir a la Superintendencia de Seguridad Social, copia del Informe a la Administración entregado por la empresa de auditores externos, el día 31 de enero del año siguiente al período referido en dicho informe.

B. Sistema de control interno

Las mutualidades deben implementar y mantener un sistema de control interno que permita salvaguardar sus recursos, verificar la exactitud y veracidad de su información financiera, promover la eficiencia y eficacia de sus operaciones y estimular la observancia de las políticas de la mutualidad, que le permitan cumplir con su misión y objetivos, dentro del marco reglamentado por la Superintendencia de Seguridad Social.

El sistema de control interno es un proceso efectuado por los diferentes estamentos de una mutualidad, tales como el directorio, la administración superior y el personal de la institución, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos dentro de las siguientes categorías:

- Eficacia y eficiencia de las operaciones
- Confiabilidad de la información financiera
- Cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas que sean aplicables.

Dicho sistema debe constar, como mínimo, de una matriz de control interno, de procedimientos administrativos y contables, de mecanismos adecuados de información a todos los niveles de la entidad y de una instancia de verificación del cumplimiento.

Las mutualidades deben establecer un sistema eficaz de control interno, el cual se debe adecuar a la naturaleza y escala de sus operaciones.

El sistema de control interno tiene como finalidad verificar el cumplimiento de, a lo menos, los siguientes aspectos, debiendo la mutualidad implementar medidas de control en cada caso:

- Que la gestión de la mutualidad sea operada de manera adecuada y de acuerdo con las políticas y estrategias establecidas por el directorio y los códigos de buenas prácticas vigentes en la institución.
- Que las transacciones sean realizadas con autorización correspondiente.
- Que los activos estén debidamente resguardados.
- Que la contabilidad y otros registros proporcionen información completa, precisa, verificable y oportuna.
- Que la administración pueda identificar, evaluar, administrar y controlar los riesgos de las operaciones, además de mantener el capital suficiente para soportarlos.
- Que la entidad, sus directivos, trabajadores y sus intermediarios cumplan con las disposiciones legales y normativas que le son aplicables.
- Que la información relevante esté debidamente almacenada y accesible.
- Que se evalúe que los planes y programas se desarrollen satisfactoriamente para alcanzar las metas establecidas.
- Que los recursos sean usados en forma económica y eficiente.
- Que los trabajadores y beneficiarios de la mutualidad reciban los beneficios de manera oportuna, expedita y con el mayor estándar de calidad.

1. Responsabilidad del directorio

Es responsabilidad del directorio desarrollar una fuerte cultura de control interno dentro de la mutualidad, cuya característica central debe ser el establecimiento de sistemas para la comunicación adecuada de información entre los diferentes niveles de la administración. El directorio debe recibir informes de manera permanente sobre la efectividad del control interno, debiendo reportarse a éste cualquier debilidad identificada y relevante, tan pronto como sea posible, de manera que se puedan tomar las acciones apropiadas. Para estos efectos, el directorio debe establecer un procedimiento específico.

El directorio es el responsable último y quien debe asumir la propiedad del sistema de control interno, y debe aprobar su diseño, implementación y ejecución eficaz.

El directorio tendrá, entre otras funciones, aquellas enumeradas en la Letra B, Título I, de este Libro VII.

2. Responsabilidad de la gerencia general

La gerencia general es la encargada de la adecuada implementación y del funcionamiento del sistema de control interno.

La gerencia debe:

a) Implementar y mantener en funcionamiento el sistema de control Interno conforme a las instrucciones del directorio. Para tal efecto, el gerente general deberá dotar a la mutualidad de los recursos necesarios para el adecuado desarrollo de dicho sistema.

b) Responsabilizarse por el funcionamiento y efectividad de los procesos que permitan la identificación y administración de los riesgos que asume la mutualidad en el desarrollo de sus operaciones.

3. Responsabilidad de los auditores

Los auditores internos tienen como misión vigilar y validar ("testear") la efectividad del sistema de control interno y proponer las modificaciones necesarias, lo que no implica que tengan la responsabilidad de establecerlo y mantenerlo, ya que dichas actividades corresponderán a las unidades de contraloría que la mutualidad establezca para estos efectos.

Los auditores externos también deben contribuir a la consecución de los objetivos de la entidad y proporcionar información útil para la efectividad del control interno.

4. Responsabilidad de la unidad a cargo del control interno

Entre las funciones de la unidad responsable de su cumplimiento, se debe incluir el asesoramiento a su administración superior, de modo de permitir a ésta dirigir o supervisar el cumplimiento tanto de las disposiciones legales y reglamentarias que las rigen, como asimismo de las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social y de los procedimientos administrativos adoptados para el control interno. Comprende, asimismo, la identificación y evaluación, tanto del riesgo de incumplimiento, como de las posibles repercusiones de cualquier modificación del entorno legal en las operaciones de la mutualidad.

5. Ambiente de control interno

Las mutualidades deben considerar los siguientes factores del ambiente de control interno relacionados con su personal y el entorno en que se trabaja:

a) Integridad y valores éticos

Las mutualidades deberán contar con un código de ética, conducta y buenas prácticas y difundirlo adecuadamente entre su personal, monitoreando su conocimiento e implementando una línea de acción clara en caso de transgresiones a los valores establecidos en dicho código.

Junto con lo anterior, se debe considerar la aplicación de sanciones significativas ante conductas impropias, como asimismo su divulgación. Además, deben promoverse canales de comunicación que faciliten el reporte de actividades sospechosas o cuestionables.

b) Conocimientos del directorio

El directorio, de modo de involucrarse activamente en el sistema de control interno implementado en la respectiva mutualidad, debe contar con un grado suficiente de conocimiento respecto de su funcionamiento y de los elementos que lo componen.

c) Estructura organizacional y proceso de delegación de autoridad

Toda entidad debe implementar un organigrama, estableciendo, de este modo, un marco formal de autoridad y responsabilidad dentro del cual se proyecten, ejecuten y controlen las actividades que permitan cumplir con su objetivo.

El organigrama que se implemente, debe comprender a todas sus gerencias, jefaturas, agencias y dependencias, incluyendo el holding de sus empresas y ser difundido entre su personal y comunicado a la Superintendencia de Seguridad Social. Dicho organigrama deberá señalar los roles y responsabilidades de todas sus gerencias y jefaturas, así como la dependencia de ellas.

d) Competencia profesional del personal

El sistema de control interno operará más eficientemente en la medida que exista personal competente a cargo de las operaciones. La competencia profesional para un cargo debe reflejar el conocimiento y las habilidades necesarias para realizar las tareas propias del mismo, incluidas aquellas actividades de control insertas en ellas.

De esta forma, la administración superior de la mutualidad debe especificar los niveles de competencia para los distintos cargos, precisando los requisitos de conocimiento y habilidades para poder desempeñarlos.

e) Prácticas de recursos humanos

Las mutualidades deben desarrollar políticas de administración de recursos humanos que consideren los niveles esperados de integridad, comportamiento ético, capacidades y conocimientos de los trabajadores, en los siguientes ámbitos:

i) Contratación: estableciendo requisitos adecuados de conocimientos, experiencia e integridad, previstos en las respectivas cláusulas contractuales, en que se especifiquen suficientemente las obligaciones a que se encuentran sujetos los trabajadores en esta materia y la aplicación de sanciones frente a su inobservancia.

ii) Inducción: esto es, presentaciones acerca de la historia, cultura y procedimientos de la empresa, contemplando

además los niveles de integridad, comportamiento ético, capacidad y conocimientos que le son exigibles a los trabajadores entrantes.

iii) Capacitación: es decir, en las capacitaciones que se efectúen a los trabajadores para desempeñar sus funciones, se deberán contemplar los niveles anteriormente aludidos.

iv) Promoción y compensaciones: en los procesos formales de evaluación de desempeño laboral, se deben considerar, igualmente, los niveles ya citados.

v) Sanciones y despidos: esto es, que cuando se adopten sanciones o medidas disciplinarias o despidos respecto de los trabajadores, se deberá tener presente, entre otros aspectos, el cumplimiento de los niveles antes citados.

f) Mecanismos de incentivos

La gerencia general debe velar porque los incentivos sobre desempeño del personal que se establezcan, no supongan conductas o prácticas fraudulentas o que incidan en conflictos de interés.

La gerencia general deberá revisar periódicamente los planes de incentivos de todo el personal y determinar si los controles existentes son suficientes como para garantizar que no ocurran las conductas y prácticas precedentemente aludidas. Del mismo modo, el directorio deberá revisar periódicamente los planes de incentivos aplicables a la alta gerencia.

6. Evaluación de riesgos

Corresponde tanto al directorio como a la administración superior de la mutualidad identificar y cuantificar la magnitud de cada uno de los riesgos a los que ésta se enfrenta, proyectando su probabilidad o frecuencia de ocurrencia y la magnitud de su impacto patrimonial, con el fin de adoptar las medidas de mitigación que correspondan.

La administración superior de la mutualidad deberá identificar y evaluar los riesgos en cuestión, contrastándolos con los límites autorizados por el directorio en su política de riesgos.

En caso que se identifiquen riesgos que excedan los límites definidos por el directorio, junto con informar a éste de dicha situación, se deberán llevar a cabo actividades de mitigación, definiendo acciones, plazos y responsables y efectuándose un monitoreo periódico del avance de las mismas.

Sin perjuicio de lo anterior, todo nuevo proyecto significativo para la mutualidad deberá ser objeto de un análisis y evaluación de riesgos desde su fase inicial, lo que deberá ser debidamente comunicado al directorio.

La mutualidad debe contar con una instancia de administración de riesgos, responsable del cumplimiento de todas las actividades precedentemente aludidas. Entre las labores que debe cumplir esta instancia, deberá contemplarse la de implementar instancias formales de identificación y evaluación de los riesgos, que permitan hacer el seguimiento de las actividades de mitigación adoptadas, y de mantener informada a la administración y al directorio, de acuerdo con las instrucciones que imparta la Superintendencia de Seguridad Social.

Una vez identificados y tratados los riesgos a nivel de la organización como un todo, debe practicarse similar procedimiento a nivel de todo proceso administrativo y operacional relevante relacionado con los objetivos del control interno (operacionales, de información financiera y de cumplimiento) de la mutualidad, con el fin de identificar los riesgos inherentes a cada uno de dichos procesos y establecer la necesidad de incorporar actividades de control para mitigar los riesgos inaceptables. El alcance de este procedimiento (qué procesos administrativos y operacionales abarca) debe ser definido por la gerencia general y ser aprobado por el Directorio.

Para cada uno de estos procesos se debe documentar, según la profundidad que amerite el caso, la descripción del proceso (incluyendo sus subprocesos) en sus diversas etapas, identificando con precisión su inicio y su fin, los cargos involucrados en el proceso, las entradas y las salidas, las interfaces y aplicaciones informáticas involucradas, los proveedores externos involucrados, los puntos de control establecidos, las métricas de medición de desempeño, y los responsables de cada uno de dichos procesos.

Esta evaluación debe actualizarse al menos una vez al año, de modo de permitir que se lleven a cabo nuevas actividades de control, ya sea por cambios en los procesos o por nuevos riesgos sobrevinientes sobre los mismos procesos, considerando, especialmente, el historial de problemas, errores o irregularidades que se hayan detectado desde la última revisión.

De la evaluación antes aludida, deberá dejarse una evidencia formal, con la aprobación de los responsables de los procesos.

7. Actividades de control

Las mutualidades deberán llevar a cabo actividades de control que les permitan asegurar el cumplimiento de las directrices administrativas de control de los riesgos y adoptar las acciones mitigadoras que se estimen necesarias.

Respecto de lo anteriormente expuesto, cabe señalar que cada actividad de control se deberá diseñar con el fin de cumplir con un objetivo de control específico. En la letra a) siguiente se detallan algunos ejemplos de objetivos de control.

Por otra parte, las actividades de control se deben realizar en todos los niveles jerárquicos de las mutualidades y en todas aquellas funciones que conlleven un riesgo. En la letra b) se detallan algunas actividades de control.

a) Ejemplos de objetivos de control

i) Existencia/Validación: sólo transacciones válidas y debidamente autorizadas son procesadas.

ii) Ocurrencia: sólo las transacciones que ocurrieron en un determinado período son procesadas (cortes documentales).

iii) Integridad: todas las transacciones que deben ser procesadas lo son.

iv) Validación de cálculos: los saldos se valúan con procedimientos adecuados y los cálculos están correctos.

v) Activos y pasivos: la entidad tiene derechos efectivos sobre los activos, y los pasivos que representan adecuadamente las obligaciones de la entidad.

vi) Clasificación y presentación: los componentes de los estados financieros son apropiadamente clasificados.

vii) Razonabilidad: los resultados y/o saldos aparecen como razonables en relación al resto de la información y las tendencias históricas.

b) Ejemplos de actividades de control

i) Segregación de tareas y responsabilidades

Las tareas y responsabilidades esenciales relativas a la autorización, ejecución, registro, custodia y revisión de las transacciones y operaciones de la mutualidad deben ser asignadas a personas diferentes.

ii) Registro oportuno y adecuado de las transacciones y operaciones

Las transacciones y operaciones que afectan a una mutualidad deben registrarse inmediatamente y ser debidamente clasificadas.

iii) Requerimiento de respaldos contables y su disponibilidad

Los registros contables deben quedar respaldados con la documentación de soporte respectiva. Esta documentación tiene que quedar adecuadamente disponible para permitir y facilitar las revisiones internas y externas, incluida la revisión de la Superintendencia de Seguridad Social. El acceso a estos respaldos no debe depender de la presencia o ausencia de las personas.

iv) Niveles definidos de autorización

Los actos y transacciones relevantes sólo pueden ser autorizados y ejecutados por funcionarios y trabajadores que actúen dentro del ámbito de su autoridad. La conformidad de las autorizaciones y poderes deben estar en línea con la dirección, la misión, estrategia, planes, programas y presupuesto de la mutualidad.

Las autorizaciones y poderes otorgados en la mutualidad deben encontrarse documentados formalmente y ser comunicados explícitamente tanto al directorio como a las personas o sectores autorizados. Estos últimos deberán ejecutar las tareas que se les han asignado, de acuerdo con las directrices, y dentro del ámbito de competencias establecidas por la normativa existente.

v) Acceso restringido a los recursos, activos y registros

La mutualidad debe proteger y limitar el acceso a los recursos, activos, registros y comprobantes. Las personas autorizadas deben estar obligadas a rendir cuenta de su custodia y utilización.

Todo activo de valor debe ser asignado a un responsable de su custodia y, por otra parte, es responsabilidad de la administración superior velar porque se cuente con adecuadas protecciones, mediante el uso de seguros, almacenaje, sistemas de alarma, claves de acceso, sistemas de respaldo, etc., según sea aplicable.

Los activos deben estar debidamente registrados y periódicamente, pero sin previo aviso, se deben cotejar las existencias físicas con los registros contables para verificar su coincidencia. La frecuencia de la comparación debe ser definida por la dirección dependiendo del nivel de vulnerabilidad del activo.

vi) Rotación del personal en determinadas funciones

Ningún trabajador debiera tener a su cargo durante un tiempo prolongado tareas críticas que presenten un alto potencial de llegar a cometer irregularidades. Los trabajadores a cargo de dichas tareas debieran periódicamente abocarse a otras funciones. La administración superior de la mutualidad debe velar por establecer medidas mitigadoras suficientes cuando lo anterior no pueda cumplirse.

vii) Revisiones gerenciales

La gerencia general de la mutualidad debe controlar periódicamente el desempeño de las diversas áreas por la vía de indicadores de desempeño de las operaciones, los que deben desarrollarse para todas las áreas de riesgo.

Asimismo, el directorio debe controlar el rendimiento comparado, entre otros, con los planes, presupuestos, el resultado de años anteriores, los resultados de los competidores y del mercado como un todo.

viii) Control de los sistemas de información

Los controles a los sistemas de información deberán, en primer lugar, estar referidos a los controles generales, esto es, controles sobre las operaciones de centro de procesamiento de datos y su seguridad física, sobre contratación y mantenimiento del hardware y software, sobre controles de acceso físico y lógico, y controles sobre desarrollo y mantenimiento de las aplicaciones. Se encuentran dentro de esta categoría los procesos de respaldo de datos y recuperación de caídas. Estos controles aplican a todos los sistemas, sistemas principales, redes de comunicación y computadores personales.

También pueden considerarse controles de aplicación en los procesos que conlleven riesgos significativos, contribuyendo con ello al aseguramiento de la integridad y exactitud de tales procesos, prestando especial atención a las interfaces entre aplicaciones.

Los controles de aplicación se deben extender también a las aplicaciones de usuarios finales relacionadas eventualmente a riesgos en los ámbitos de control interno.

8. Información y comunicación

La mutualidad debe disponer de una corriente fluida y oportuna de información relativa a los acontecimientos internos y externos, que permita a sus funcionarios cumplir con sus obligaciones y responsabilidades. La información pertinente debe identificarse previamente, para poder luego capturarse y comunicarse en forma y tiempo, de modo de permitir que los trabajadores cumplan con sus labores, haciéndolos responsables de sus operaciones. La información debe ser de calidad apropiada, tanto en relevancia y exactitud, como en cuanto a su oportunidad y actualidad. Además, dicha información deberá estar contenida en un manual confeccionado al efecto.

La mutualidad debe asegurar una comunicación efectiva de la información precedentemente aludida. Esta comunicación debe llevarse a cabo en un sentido amplio, fluyendo hacia todos los niveles de la organización. Para que esta información fluya adecuadamente hacia los niveles superiores, incluido el directorio, la mutualidad debe establecer canales efectivos de comunicación, que permitan que ésta fluya en casos excepcionales donde los canales tradicionales no son funcionales, cualquiera sea la razón.

El directorio debe velar para que todo el personal reciba un claro mensaje por parte de la administración superior respecto a que las responsabilidades de control deben asumirse cabalmente.

9. Supervisión continua

La mutualidad debe asegurarse que el sistema de control interno continúe operando efectivamente, y que las deficiencias detectadas sean informadas tanto a la gerencia como al directorio. Esta labor es esencial dentro de la función de control interno.

La administración superior debe asegurarse que el monitoreo del sistema de control interno se aplique a todas las actividades relevantes al interior de la mutualidad, incluidas las actividades de contratistas externos, debiendo tomar las medidas pertinentes para que esta supervisión se realice sobre una base de controles continuos y no esporádicos.

Se debe tener en cuenta la opinión de los auditores internos y externos. Estos últimos deberán proporcionar información sobre la carencia de control interno así como sobre la manera en que los controles internos están funcionando y pueden ser mejorados.

10. Manuales de operación, procedimientos y controles

La estructura de control interno, esto es, los organigramas funcionales, la descripción de funciones, los manuales de operaciones, procedimientos y controles, deben estar documentados en forma clara y disponibles para el personal encargado de las respectivas operaciones. Tal documentación debe estar también disponible para la Superintendencia de Seguridad Social.

Los procesos a seguir en las rutinas administrativas deben estar descritos en manuales de procedimientos. Además, debe identificarse a los responsables de las decisiones y tareas asumidas en los procesos que se describan.

Los manuales deberán ser coherentes con la normativa vigente y con las estrategias y las políticas internas de las mutualidades, además de observar los principios de control interno, como la definición de los niveles jerárquicos, las responsabilidades de las personas que intervienen en el proceso o subproceso tratado y la segregación de funciones.

Los manuales deberán ser dados a conocer y estar disponibles para todos los implicados, y deberán ser objeto de actualización permanente. Se deberá, además, obtener confirmación de la recepción por parte de los destinatarios, incluidos los trabajadores que se van integrando a la mutualidad.

La mutualidad deberá tener manuales de procedimientos adecuados y actualizados, elaborados por la gerencia general y

aprobados por el directorio. En su elaboración, se deberán contemplar, al menos, los ciclos operativos que se indican a continuación:

a) Cobranzas, incluido el manejo del incobrable (sea directo o derivado de asesorías externas), y sus respectivas imputaciones contables, conforme a la normativa vigente.

b) Políticas y procedimientos de inversiones, responsabilidades y niveles de autoridad, diversificación, valorización, gravámenes, cumplimiento de las restricciones de las políticas y procedimientos definidos por la mutualidad, conciliaciones, entre otros.

c) Otorgamiento de prestaciones económicas, médicas y otros beneficios

d) Reservas técnicas, conformación de las bases de datos, procesos de consulta a esas bases, determinación de parámetros externos (tablas biométricas, tasas de descuento, inflación de gastos), cálculos actuariales, registro contable, presentación en los estados financieros, etc.

   i) Reserva por pago de pensiones e indemnizaciones por:

      - Casos con resolución.
      - Casos sin resolución final.
      - Accidentes y enfermedades ocurridos y no informados a la mutualidad.

   ii) Reservas de subsidios por pagar por:

      - Casos con indicación de reposo médico.
      - Casos que aún no cuentan con indicación de reposo médico.
      - Accidentes y enfermedades ocurridos y no informados a la mutualidad.

   iii) Reserva por prestaciones médicas

      - Gastos médicos futuros por accidentes y enfermedades de trabajadores con resolución final emitida por la comisión evaluadora de incapacidad de accidentes del trabajo de la respectiva mutualidad (CEIAT) o la COMPIN, a la fecha de cálculo de la reserva.
      - Gastos médicos futuros por accidentes y enfermedades informados a la mutualidad, de trabajadores sin resolución final a la fecha de cálculo de la reserva.
      - Gastos médicos por accidentes y enfermedades ocurridos a los trabajadores y no informados a la mutualidad.

e) Cuidado, seguridad y protección de bienes, archivos y otro tipo de información clave.

f) Recepción de demandas judiciales y juicios (registro, valuación y control), etcétera.

Los manuales de procedimientos deberán incluir las actividades de control insertas en los procesos.

Los manuales de procedimiento mínimos anteriores deberán ser objeto de una evaluación anual formal de su vigencia por parte de los respectivos dueños de proceso, con el fin de confirmar que están actualizados y describan el proceso vigente.

La reevaluación periódica de los riesgos inherentes a estos procesos, con el fin de examinar la efectividad de los controles, debe ser llevada, al menos, una vez al año, en la forma indicada en el número 6. anterior.

11. Auditoría interna

La mutualidad deberá poseer una unidad de auditoría interna de naturaleza y alcance apropiado para sus operaciones. Esto incluye asegurar el cumplimiento de todas las políticas y procedimientos aplicables, así como revisar si sus políticas, prácticas y controles siguen siendo suficientes y apropiados. Los resultados obtenidos por la unidad de auditoría interna deben ser reportados directamente al directorio.

La constitución de la unidad de auditoría interna es de responsabilidad del directorio y su dependencia, evaluación de desempeño, nombramiento de profesional responsable, remuneración, entre otros, deben ser temas privativos del directorio.

La unidad de auditoría interna debe establecer su plan anual de auditoría y ejecutarlo en forma objetiva e independiente de las funciones operacionales. Para asegurar su independencia, la unidad de auditoría interna no debe realizar otras funciones operativas en la mutualidad o con entidades que prestan servicios a ésta, evitándose, de este modo, conflictos de interés.

El directorio deberá asegurar que la unidad de auditoría interna posea:

a) Acceso irrestricto a todos los departamentos o áreas principales, funcionales y de apoyo de la mutualidad, incluyendo

a las funciones contratadas con proveedores externos.

b) Independencia apropiada, incluyendo las líneas de reporte hacia el directorio.

c) Un nivel tal, dentro de la mutualidad, que garantice que la alta gerencia reaccione y actúe en base a sus recomendaciones.

d) Recursos y personal suficiente y apropiadamente capacitado, con la experiencia necesaria para entender y evaluar el negocio que están auditando.

e) Una metodología que identifique los principales riesgos incurridos por la institución para asignar sus recursos de conformidad con ello.

Por último, la mutualidad debe poner los informes de auditoría interna a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social cuando esta última así lo requiera.

C. Acuerdos de directorio

1. Observación de acuerdos

La Superintendencia de Seguridad Social observará todo acuerdo de directorio de las mutualidades que estime contrario a las leyes vigentes o al interés de éstas.

Deben remitirse a la Superintendencia de Seguridad Social las actas de directorio relacionadas con las siguientes materias, sin perjuicio de aquellas que deben someterse a consulta de este organismo fiscalizador, por disposición expresa de ley:

- Creación y supresión de agencias u oficinas;
- Inversión en nuevos hospitales y clínicas, y
- Formación, constitución, integración y aportes a entidades con participación de la mutualidad respectiva.

2. Plazo para pronunciarse sobre la legalidad y/o conveniencia de los acuerdos de directorio sometidos en consulta

Conforme al artículo 46 de la Ley Nº16.395, la Superintendencia de Seguridad Social deberá pronunciarse sobre la conveniencia y/o legalidad del acuerdo de directorio, por escrito y dentro del plazo de siete días hábiles contado desde la fecha en que conste su recepción en la Superintendencia de Seguridad Social.

Lo anterior, salvo que se requieran mayores antecedentes para emitir el correspondiente pronunciamiento, en cuyo caso podrá disponerse la suspensión del acuerdo sometido en consulta.

Una vez que la Superintendencia de Seguridad Social cuente con la totalidad de los antecedentes que hubiera motivado la suspensión, ésta deberá pronunciarse sobre la conveniencia y/o legalidad del acuerdo de directorio, dentro del plazo de siete días hábiles contado desde la fecha en que conste la recepción de tales antecedentes.

3. Facultad de los directorios de insistir en acuerdos observados por razones de inconveniencia

Los directorios sólo podrán insistir en los acuerdos que hubieren sido observados por este organismo en razón del interés de la respectiva institución.

Para insistir en los acuerdos observados, los directorios deberán adoptar, con los votos de dos tercios de sus integrantes, un acuerdo en este sentido, el que deberá ser comunicado a la Superintendencia de Seguridad Social, dejado constancia de la forma en que votó cada director.

La institución deberá adoptar todas las medidas necesarias para velar por el adecuado cumplimiento del acuerdo insistido y registrar sus resultados.

Una vez ejecutado el acuerdo insistido, la institución deberá informar a la Superintendencia de Seguridad Social de sus resultados, dentro de los treinta días corridos siguientes a su cumplimiento y con la periodicidad que dicha Superintendencia determine en cada caso.

Si como consecuencia del cumplimiento de un acuerdo insistido, se siguiere perjuicio para la Institución, la Superintendencia de Seguridad Social deberá instruir el procedimiento sancionatorio que corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 52, 55 y 56 de la Ley Nº16.395.

En el evento que de los procedimientos sancionatorios resultare comprometida la responsabilidad de directores, consejeros, vicepresidentes o administradores de la institución, éstos responderán solidariamente por los perjuicios que haya irrogado a la entidad o a los beneficiarios de los regímenes de previsión que administren. En el mismo supuesto, la Superintendencia de Seguridad Social podrá aplicarles las sanciones previstas en el artículo 57 de la Ley Nº16.395, sin perjuicio de las responsabilidades penales y civiles que procedan.

4. Completitud y contenido de los acuerdos de directorio

Los acuerdos de directorio que las mutualidades eleven en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social, deberán

ser suficientemente completos, de manera que de la sola lectura del texto del acuerdo se pueda formar una opinión respecto del mismo.

Los acuerdos de directorio que las mutualidades eleven en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social, deberán especificar e individualizar claramente los estudios, informes y cualquier otro antecedente relevante que hubiese servido de sustento a la decisión adoptada por el directorio y de los cuales se deberá dejar constancia en el libro de actas.

Dicha documentación o antecedentes, deberá remitirse junto al acuerdo que se adopte y quedar almacenados junto a las actas.

5. Especificidad de los acuerdos de directorio relativos a los proyectos de inversión inmobiliaria

Los acuerdos relativos al desarrollo de un proyecto de inversión en infraestructura, cualquiera sea el motivo, deberán formularse especificando claramente los aspectos relevantes de su ejecución que correspondan, tales como:

a) El monto a invertir.

b) Tipo de financiamiento.

c) Valoración económica del proyecto.

d) Unidad o ejecutivo responsable del proyecto.

e) Benchmarck en aspectos relevantes.

f) Tasaciones.

g) Bases del procedimiento de licitación al que se someterá.

h) Plazo para su ejecución e implementación.

i) Características de la distribución de los espacios.

j) Estándares de calidad en la construcción y habilitación.

k) Atenciones y/o servicios o prestaciones que en sus dependencias se otorgarán a los trabajadores, sus familiares o entidades empleadoras; etc.

6. Constitución y modificación de sociedades u organismos donde las mutualidades tengan participación indirecta

La constitución y modificación de sociedades u organismos en que las mutualidades tengan participación indirecta, una vez aprobada por su directorio, deberá remitirse en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social. Al respecto, se entenderá por participación indirecta, aquella que tengan las mutualidades en otras sociedades a través de una sociedad u organismo filial.

Lo anterior, a objeto de que la Superintendencia de Seguridad Social ejerza su labor fiscalizadora en forma oportuna y se pronuncie respecto de la conveniencia y legalidad de dicho acuerdo, por cuanto los recursos económicos destinados por una sociedad u organismo filial a la constitución o modificación de una nueva sociedad u organismo, compromete recursos que corresponden al Seguro Social de la Ley N°16.744, que son administrados por la mutualidad, los cuales previamente aportó a la sociedad u organismo filial respectivo.

7. Remisión de los acuerdos de directorio de las sociedades u organismos filiales donde las mutualidades tengan participación directa e indirecta

Las mutualidades deberán remitir, para conocimiento, los acuerdos de directorio de las sociedades u organismos en que tengan participación directa e indirecta, relativos a inversiones, a más tardar, el último día del mes siguiente al que fue adoptado dicho acuerdo.

Los acuerdos de directorio remitidos deberán acompañarse de un informe que contengan a lo menos, aspectos tales como: objetivo, justificación, monto de la inversión, financiamiento, etc.

8. Acuerdos adoptados en las sesiones del directorio relativos a modificación de estatutos

La aprobación de un proyecto de modificación de los estatutos de la mutualidad, que debe ser realizada en sesión de directorio, se considerará hecho relevante que debe ser informado a la Superintendencia de Seguridad Social en un plazo máximo de 24 horas desde dicha aprobación. Lo anterior, previo a ser presentado a la deliberación y aprobación del proyecto por parte de la junta general de adherentes. En el caso que la Superintendencia de Seguridad Social formule observaciones, éstas deberán ser consideradas y subsanadas y solo entonces podrá ser presentado a la junta general de los adherentes. En caso que esta instancia modifique o complemente la propuesta, ésta deberá ser sometida al procedimiento antes señalado. Lo anterior, en virtud de las facultades otorgadas a la Superintendencia de Seguridad Social mediante la Ley N°16.395.

9. Remisión del plan de inversiones aprobado por el directorio

Las mutualidades deben remitir a la Superintendencia de Seguridad Social el plan de inversiones para cada año, dentro de los 15 días corridos siguientes al de su aprobación por el directorio.

En caso que el directorio de la mutualidad apruebe un plan de inversiones de más largo plazo, también deberá remitirse a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 15 días señalado.

Cualquier modificación al plan de inversiones que haga el directorio de una mutualidad, deberá remitirse a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del mismo plazo de 15 días antes citado.

El plan de inversiones en cuestión, abarca cualquiera sea el tipo de inversiones aprobadas por su directorio, como por ejemplo las inversiones relacionadas a la infraestructura hospitalaria y no hospitalaria (adquisiciones, ventas, ampliaciones, remodelaciones, etc.), licencias, software, bienes muebles e inmuebles, vehículos, leasing, inversiones financieras, etc.

La remisión de lo señalado no constituye una aprobación por parte de la Superintendencia de Seguridad Social de los planes de inversiones acordados por el directorio de la mutualidad, toda vez que lo solicitado tiene como finalidad el tomar conocimiento de las inversiones que están realizando las mutualidades y/o que implementarán a futuro.

D. Incentivos para la afiliación y mantención de entidades empleadoras adherentes

1. Promoción y difusión de las mutualidades de empleadores y del Instituto de Seguridad Laboral (ISL)

Las mutualidades de empleadores y el ISL, para efectos de adherir o mantener una entidad empleadora, podrán proporcionar información a través de diversos medios de publicidad y difusión, respecto de los beneficios que dichas entidades otorgan y de la calidad de los mismos.

Los mecanismos de oferta destinados a promover la afiliación y mantención de entidades empleadoras deben ajustarse al marco legal vigente y basarse sólo en dar a conocer los beneficios de seguridad social que otorgan, sean estos de carácter económico, médico o de prevención de riesgos.

Teniendo presente lo anterior, queda prohibido que las mutualidades de empleadores y el ISL oferten como incentivo para la adhesión o mantención de entidades empleadoras, el otorgamiento de pagos en dinero, especies o en servicios o donaciones de cualquier tipo, que no digan relación con las prestaciones contempladas en la Ley N°16.744.

En el caso de promover la mantención de la adhesión de entidades empleadoras, mediante el otorgamiento de algunos beneficios, éstos sólo serán procedentes en la medida que consistan en prestaciones de seguridad social previstas por la Ley N°16.744 y que sean otorgados a todas aquellas entidades empleadoras que se encuentren en las mismas condiciones.

Del mismo modo, se prohíbe a las mutualidades de empleadores y al ISL el otorgamiento de premios, pagos o donaciones de cualquier tipo y la atención especial a la administración superior de las empresas frente a la ocurrencia de un accidente o enfermedad de origen profesional que denote discriminación respecto de la otorgada a otros trabajadores, como un medio para incentivar la afiliación o mantención de entidades empleadoras, a los empleadores y a los dirigentes de toda agrupación o entidad que represente a trabajadores.

2. Capacitación a trabajadores de las entidades empleadoras adheridas

Las mutualidades de empleadores y el ISL pueden proporcionar a los trabajadores de las entidades empleadoras adheridas, actividades de capacitación mediante charlas, cursos, talleres, seminarios, etc., con el objeto de potenciar sus conocimientos en el área de la prevención de riesgos, seguridad y salud en el trabajo y medicina ocupacional, según lo instruido en la Letra E, Título II, Libro IV.

Además, podrán considerarse proyectos de perfeccionamiento contemplados en el plan de prevención que establece cada año la Superintendencia de Seguridad Social.

En todo caso, la capacitación que se imparta no podrá ser conducente a la obtención de un título técnico o profesional; igualmente no podrán financiarse postgrados, master, magíster, postítulos, diplomados y cualquier otro destinado a la obtención de un grado académico.

3. Instalación de policlínicos en empresas adheridas

Las mutualidades de empleadores y el ISL, en el ámbito de las obligaciones que les asisten como organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, específicamente en el área de la salud y medicina ocupacional, podrán de manera excepcional instalar policlínicos o salas de primeros auxilios en sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas.

La instalación de un policlínico o sala de primeros auxilios deberá basarse en un informe técnico que lo justifique y que debe ser aprobado por el directorio de la mutualidad de empleadores o por el Director Nacional del Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, el cual deberá ser enviado a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento.

4. Asignación permanente de profesionales en empresas adherentes

Las mutualidades de empleadores están obligadas a realizar actividades permanentes de prevención de riesgos de

accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, conforme a lo establecido en la letra c) del artículo 12 de la Ley N°16.744, y teniendo en consideración para ello lo normado por la Superintendencia de Seguridad Social en el Título II, Libro IV de este Compendio.

La realización de actividades permanentes en materia de prevención de riesgos por parte de los organismos administradores, no debe entenderse como una función permanente y sustitutiva de las actividades de prevención de riesgos que deben realizar las propias empresas adheridas. Por tanto, no debe existir un vínculo de subordinación y dependencia entre el personal experto en prevención de riesgos laborales (ingenieros en prevención de riesgos, ergónomos, higienistas, etc.) asignado por un organismo administrador y la entidad empleadora adherente, por lo que no deben constatarse los diversos aspectos que manifiestan la existencia del citado vínculo, como la continuidad o permanencia de los servicios prestados, control de asistencia del trabajador, la supervigilancia en el desempeño de las funciones, la obligación del trabajador de ceñirse a instrucciones y controles de diversa índole, etc.

En todo caso, la asignación del personal experto en prevención de riesgos a las distintas entidades empleadoras, debe obedecer a una política instaurada al interior de cada organismo administrador, la cual debe evitar todo tipo de discriminación entre entidades empleadoras de iguales características.

5. Asignación de ambulancias y vehículos en general

Los recursos de que disponen los organismos administradores tienen por finalidad otorgar las prestaciones contempladas en la Ley N°16.744 a todos los trabajadores de las entidades empleadoras adherentes en igualdad de condiciones, lo que conlleva a evitar discriminación en el otorgamiento de tales prestaciones y, por consiguiente, los inhabilita para asignar ambulancias y otros vehículos de manera permanente a algunas de sus entidades empleadoras adherentes, de manera arbitraria y que pueda significar una discriminación respecto de empresas de similares características, y sin que medie para ello un informe técnico que lo avale.

El informe que para cada caso se presente, deberá contemplar un análisis comparativo respecto de las otras empresas de iguales características que no tengan asignado igual tipo de vehículo y las razones del por qué no le han asignado uno.

En razón de lo señalado, las mutualidades de empleadores y el ISL deberán dejar sin efecto toda asignación de ambulancia u otro vehículo a una determinada empresa o faena, sin perjuicio de poder insistir sobre la mantención de tal o cuál asignación, previo informe y consulta a la Superintendencia de Seguridad Social para cada caso.

En todo caso, en el evento de que se mantenga alguna asignación de ambulancia u otro vehículo, o se otorgue una nueva asignación, dicho vehículo no podrá ser de uso exclusivo de la empresa o faena beneficiada, sino que deberá estar disponible frente a cualquier circunstancia que amerite su uso, como por ejemplo para los trabajadores accidentados pertenecientes a otras empresas adherentes al respectivo organismo administrador, en el caso de las ambulancias.

6. Aplicación del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social

Las mutualidades de empleadores y el ISL deberán tomar todas las medidas de control necesarias, con el objeto de dar una estricta aplicación a la normativa legal y reglamentaria que regula la cotización adicional diferenciada establecida en la letra b) del artículo 15 de la Ley N°16.744, y aquella que sobre la especie ha emanado de la Superintendencia de Seguridad Social. Por tanto, se prohíbe inhibirse o favorecer a una entidad empleadora en la aplicación del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

7. Licitaciones de empresas para afiliarse a un organismo administrador

Los organismos administradores de este Seguro solo pueden ofrecer prestaciones contempladas en la normativa legal vigente, debiendo éstas concederse conforme a condiciones y modalidades similares, sin perjuicio de su derecho a diferenciarse, siempre dentro del marco legal.

Por tanto, se prohíbe a los organismos administradores participar en procesos de licitación u otros similares que los obligue a comprometerse a futuro mediante la suscripción de un contrato, sea o no para el otorgamiento de las prestaciones contempladas en la Ley N°16.744, a la entrega de vales vistas o boletas bancarias para garantizar la seriedad de este tipo de oferta o el cumplimiento del contrato, máxime si la adhesión y cambio de organismo administrador se encuentran regulados por las Leyes N°s.16.744 y 19.345, por el D.S. N°101, de 1968 y el D.S. (D.F.L.) N°285 de 1969, ambos del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, como también en los estatutos de cada mutualidad.

8. Registro de policlínicos, de prevencionistas de riesgos y de vehículos

Con el objeto de transparentar la información de asignaciones realizadas por los organismos administradores tanto de policlínicos o salas de primeros auxilios en empresas, de expertos en prevención de riesgos profesionales y de ambulancias, cada entidad deberá llevar y mantener actualizado un registro por cada tipo de las asignaciones señaladas, cuyo contenido deberá ser reportado al Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS) implementado por la Superintendencia de Seguridad Social.

9. Código de buenas prácticas para la afiliación y mantención de entidades empleadoras

El directorio de las mutualidades de empleadores deberá implementar un código de buenas prácticas para la afiliación o mantención de entidades empleadoras, el cual debe tener como objetivo promover los mejores estándares de un gobierno corporativo en la aplicación de las políticas y prácticas que adopten cada una de las mutualidades de empleadores para la

promoción de la adhesión y mantención de dichas entidades.

Dicho código debe estar destinado, además, a fortalecer la conducta ética al interior de las mutualidades de empleadores en la política comercial que se adopte para la adhesión y mantención de entidades empleadoras, en conformidad con la normativa legal, reglamentaria y administrativa que rige dicha materia.

Igual iniciativa deberá implementar el Director Nacional del Instituto de Seguridad Laboral, adaptándola a su estructura organizacional y a las normas que lo rigen como servicio público.

10. Políticas de capacitación, de instalación y mantención de policlínicos y de asignación de expertos en prevención de riesgos

Las capacitaciones que se realicen a los trabajadores de las empresas adheridas, la instalación o mantención de policlínicos en dichas empresas y la destinación de expertos en prevención de riesgos laborales, deben basarse en una política general adoptada por el organismo administrador, salvaguardando que en cada política que se adopte no se ampare ningún tipo de discriminación, sino que la decisión obedezca a aspectos objetivos tales como el riesgo asociado al sector económico, tamaño de la empresa, entre otros, lo cual deberá quedar explícito en la política antes señalada. Vale decir, que ante igualdad de características y cumplimiento de requisitos por parte de las entidades empleadoras adheridas, que exija la política adoptada, no debe existir discriminación.

La política deberá contemplar explícitamente que no se decidirá ningún tipo de asignación, incluida la de ambulancias y otros vehículos, según ingresos por cotización o margen que origine la empresa adherida, u otros factores similares.

La política general para la afiliación o mantención de entidades empleadores deberá ser aprobada por el directorio de la mutualidad de empleadores o por el Director Nacional del Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, y puesta en conocimiento de la Superintendencia de Seguridad Social.

E. Filiales y coligadas

1. Constitución y modificación de sociedades u organismos filiales

Conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley N°16.395, las mutualidades, en su calidad de instituciones de previsión social sometidas a la supervigilancia integral de la Superintendencia de Seguridad Social, deberán solicitar autorización a dicho ente fiscalizador, para constituir sociedades u organismos filiales. Esta exigencia se aplicará de igual manera a las modificaciones que se realicen a las sociedades u organismos filiales nuevos o ya existentes.

Se entenderá por organismo filial cualquier tipo de entidad en que participen las mutualidades en su constitución o modificación, tales como corporaciones, fundaciones y otras.

2. Acuerdos de directorio

La constitución y modificación de sociedades u organismos filiales por parte de las mutualidades, requiere ser aprobada por un acuerdo de directorio.

Para la adopción de dicho acuerdo el directorio deberá considerar, previamente, los siguientes antecedentes: el proyecto de constitución de las sociedades u organismos filiales, en que se analice la justificación desde el punto de vista legal y económico, de la constitución de dichas entidades, el monto de la inversión, su financiamiento, los beneficios para la mutualidad, los trabajadores dependientes de sus adherentes y los trabajadores independientes cotizantes y los eventuales riesgos asociados a su viabilidad técnica y económica.

Asimismo, deberá analizar la forma como el objeto de la sociedad u organismo filial que se constituye se relaciona con el objeto de las mutualidades, consistente en la administración del Seguro de la Ley N°16.744.

En el caso de modificación de los estatutos sociales de la sociedad u organismo filial, el directorio deberá considerar, previamente, los fundamentos que justifiquen dicha modificación.

Aprobado por el directorio el proyecto de constitución o modificación de sociedades u organismos filiales, el correspondiente acuerdo, con sus deliberaciones, acompañado por todos los documentos de respaldo indicados, deberá ser enviado para la autorización de la Superintendencia de Seguridad Social, con los respectivos borradores de las escrituras públicas de constitución de la sociedad u organismo filial o de las modificaciones.

Una vez que la Superintendencia de Seguridad Social autorice la constitución o modificación, la mutualidad podrá suscribir las correspondientes escrituras públicas de constitución o modificación de sociedades u organismos filiales, debiendo remitir copia de ellas a la Superintendencia de Seguridad Social.

En la constitución de sociedades u organismos filiales deberá dejarse constancia de las facultades de fiscalización y supervigilancia de la Superintendencia de Seguridad Social, de acuerdo con las atribuciones que le otorga la Ley N°16.395 y otras normas pertinentes.

3. Estados financieros

Las mutualidades deberán enviar a la Superintendencia de Seguridad Social los estados financieros y memoria anual de las sociedades u organismos filiales existentes, en la misma fecha de envío de los estados financieros de las mutualidades.

F. Plan anual de auditorías

Conforme a lo dispuesto en el artículo 54 de la Ley N°16.395, los organismos administradores del seguro de la Ley N°16.744, deben remitir a la Superintendencia de Seguridad Social información relativa a las actividades de auditoría que realizan a través de su área de auditoría interna y por auditores externos.

La unidad de auditoría interna de los organismos administradores, debe establecer un plan anual de auditoría, el cual debe ser realizado en forma objetiva e independiente de las funciones operacionales, y en él se deben detallar todos los procesos o actividades que se auditarán en el transcurso del ejercicio económico, así como también los informes de las auditorías efectuadas en el período, de modo de informar a la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de los resultados y las medidas correctivas asociadas a las revisiones contempladas en el referido plan anual.

El plan anual de auditoría debe ser aprobado por el directorio o por la dirección institucional, según corresponda.

En la confección del plan anual de auditoría los organismos administradores deben tener presente el enfoque de gestión de riesgos de la entidad, considerando los niveles de aceptación de riesgos definidos por el directorio o por la dirección institucional, según corresponda.

1. Elementos del plan

El plan anual de auditoría debe considerar, a lo menos, los siguientes aspectos:

a) Proceso o actividad que se auditará.

b) Objetivo de la auditoría.

c) Alcance de la auditoría.

d) Recursos humanos estimados para la ejecución de la auditoría, indicando de ser necesario la contratación de servicios externos especializados.

e) Período de tiempo en el que se ejecutará la auditoría.

Tratándose de auditorías especiales o que se hayan dispuesto para satisfacer alguna necesidad institucional de carácter extraordinario, y que no se encuentren previstas como parte del plan anual de auditoría, deberán de igual manera ser incorporadas dentro del plan, debiendo éste ser modificado y debidamente aprobado por el directorio o por la Dirección Institucional, según corresponda.

Cabe señalar que la ejecución del plan anual de auditoría, no estará sujeta a la aprobación o calificación de la Superintendencia de Seguridad Social; debiendo disponerse su realización de acuerdo a los procedimientos normales de la entidad en la materia.

No obstante lo indicado en el párrafo precedente, la Superintendencia de Seguridad Social podrá requerir la realización de auditorías respecto de temas específicos, de conformidad con lo establecido en el artículo 48° de la Ley N°16.395.

2. Informes de auditoría

Los resultados de las auditorías realizadas deben ser comunicados a los estamentos correspondientes a través de un informe de auditoría firmado por el auditor, el que debe contener una opinión escrita respecto de la revisión efectuada.

Si bien, el formato y el contenido del referido informe obedecen a los criterios de cada entidad o al tipo de trabajo realizado, se deben tener presente a los menos los siguientes aspectos:

a) Descripción del objetivo general y específico de la auditoría.

b) Descripción del alcance de la auditoría.

c) Unidades de la organización y procesos revisados.

d) Fecha de inicio y término de la revisión.

e) Descripción de la metodología utilizada en la revisión.

f) Descripción de los resultados de la auditoría.

g) Conclusiones y opiniones de la auditoría.

h) Recomendaciones y planes de acción.

Los informes de auditoría no estarán sujetos a la aprobación o calificación de la Superintendencia de Seguridad Social; debiendo disponerse su realización de acuerdo a los procedimientos normales de la entidad en la materia. Sin embargo, la Superintendencia de Seguridad Social podrá requerir información ampliada sobre cualquiera de las actividades realizadas.

3. Envío de información a la Superintendencia de Seguridad Social

Los organismos administradores deben remitir a la Superintendencia de Seguridad Social a través del Sistema de Gestión

de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), el plan anual de auditoría, los informes de las auditorías efectuadas en el período y un reporte de avance del plan anual de auditoría, de acuerdo a las instrucciones dispuestas en el sitio web del proyecto.

4. Envío del plan anual de auditoría

La información requerida sobre el plan anual de auditoría corresponde a los procesos normales de control, con aprobación del directorio o de la dirección institucional, según corresponda, como también de aquellos trabajos que en materia de auditoría especiales puedan ser encargados a profesionales externos, respecto de los cuales regirá la misma petición de informar sobre su ejecución a la Superintendencia de Seguridad Social.

El plan anual de auditoría, así como cualquier modificación a éste, debe ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social formalmente en un plazo máximo de 10 días hábiles, contado desde el día siguiente a la celebración de la sesión de directorio donde éste fue aprobado o a la fecha de aprobación por parte de la dirección institucional, según corresponda.

5. Envío de los informes de auditoría

Los organismos administradores deben remitir a la Superintendencia de Seguridad Social semestralmente, los informes de las auditorías internas y externas efectuadas en el período, adjuntando los informes finales de auditoría que han sido presentados al directorio o a la dirección institucional, según corresponda.

Los informes de auditoría deben ser enviados a la Superintendencia de Seguridad Social dentro de los 30 días siguientes al término del respectivo semestre.

No obstante lo anterior, en lo relativo a aquellas auditorías dispuestas por la entidad durante el año, la Superintendencia de Seguridad Social podrá consultar cuando lo estime conveniente acerca de su nivel de cumplimiento y grado de avance. En relación a aquellos trabajos que en materia de auditoría puedan ser encargados a profesionales externos, regirá la misma petición de informar sobre su ejecución a la Superintendencia de Seguridad Social.

6. Envío del reporte de avance del plan anual de auditoría

Los organismos administradores deben remitir a la Superintendencia de Seguridad Social semestralmente, junto con los informes de auditoría, un reporte de avance del plan anual de auditoría, indicando a lo menos lo siguiente:

a) Auditorías realizadas en el período.

b) Grado de cumplimiento de los objetivos del plan.

c) Áreas revisadas.

d) Fecha de inicio y término de la revisión.

e) Unidad o empresa que la ejecutó.

f) Cualquier antecedente complementario útil para su mejor comprensión o interpretación.

El reporte de avance del plan anual de auditoría debe ser aprobado por el directorio o por la dirección institucional, según corresponda, y posteriormente remitido a la Superintendencia de Seguridad Social dentro de los 30 días siguientes al término del respectivo semestre.

TÍTULO III. Difusión y transparencia

A. Difusión

CAPÍTULO I. Obligaciones generales

1. Toda información entregada por los organismos administradores deberá confeccionarse considerando que está destinada a orientar y resolver las posibles dudas e inquietudes de los afiliados, razón por la cual debe redactarse en un lenguaje simple y comprensible.

2. La entrega de información debe ocurrir no sólo en el momento de la adhesión, afiliación o contratación de un servicio, sino también en forma periódica durante todo el tiempo que exista una relación con la respectiva mutualidad de empleadores o con el Instituto de Seguridad Laboral, sea ésta activa o pasiva, utilizando para tal efecto los canales de comunicación presencial y remotos (escrito, audiovisual, electrónico, call center, sitio web, etc.).

   Toda información generada por los organismos administradores, deberá ceñirse a las disposiciones que establece la Ley N°16.744, su normativa complementaria y a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social, cuando corresponda.

3. Todo medio de difusión, en soporte papel o electrónico, deberá contener el siguiente mensaje: "Ante cualquier reclamo, apelación, denuncia o disconformidad, Ud. puede dirigirse a la Superintendencia de Seguridad Social (www.suseso.cl)".

Lo anterior, salvo en aquellas situaciones particulares en que la Superintendencia de Seguridad Social instruya otro mensaje.

4. El Instituto de Seguridad Laboral y las mutualidades de empleadores deben entregar información que posibilite a los usuarios conocer a la institución y su gestión, para que de esta forma, puedan tomar las decisiones que consideren más adecuadas dentro del contexto del sistema de la Ley N°16.744.

5. El Instituto de Seguridad Laboral y las mutualidades de empleadores, según corresponda, deberán disponer de los medios físicos y electrónicos necesarios para asegurar el correcto acceso de trabajadores, beneficiarios, empresas afiliadas o adherentes y público en general, a la información que a continuación se detalla:

Materia	**Periodicidad**	**Plazo para actualizar la información**
1. Estadísticas respecto del número de reclamaciones mensuales efectuadas por los adherentes, afiliados y beneficiarios a la institución, identificando los principales motivos por tipo de reclamante, número de casos, número de respuestas y el porcentaje de reclamaciones acogidas.	Mensual	1 mes, respecto al mes de referencia.
2. Oferta vigente de los centros de atención al público que dispone la institución, describiendo el tipo de prestación que se otorga en cada centro y el horario de atención, precisando cuando éste sea diferenciado según tipo de prestación.	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.
3. Estatutos actualizados	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.
4. Plan anual de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo a las instrucciones emitidas por la Superintendencia de Seguridad Social	Anual	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.
5. Procedimiento de denuncia de accidentes del trabajo, accidentes de trayecto y de enfermedades profesionales.	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.
6. Procedimientos de reclamo ante la propia institución, la SUSESO, COMPIN y COMERE, precisando en qué casos recurrir a cada instancia, el medio por el que debe efectuar el reclamo, los antecedentes necesarios para la presentación y los plazos asociados.	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.
7. Estados Financieros, según lo dispuesto en la Letra F, Título III de este Libro VII.	Anual y trimestral, según corresponda.	5 días hábiles siguientes de haber remitido dicha información a la Superintendencia de Seguridad Social
8. Memoria anual, según lo dispuesto en la Letra F, Título III de este Libro VII.	Anual	5 días hábiles siguientes a la existencia del documento oficial
9. Información estadística general que, a lo menos, se refiera a los siguientes temas: • Caracterización general de los afiliados y adherentes: ◦ Número de entidades empleadoras cotizantes. ◦ Número de trabajadores protegidos por el seguro de la Ley N°16.744, según sexo. • Caracterización de los eventos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: ◦ Número de i) accidentes del trabajo; ii) accidentes de trayecto y iii) enfermedades profesionales, por sexo. ◦ Número de días perdidos por i) accidentes del trabajo; ii) accidentes de trayecto y iii) enfermedades profesionales, por sexo. • Caracterización de los Subsidios: ◦ Número y monto de subsidios pagados por: i) accidentes del trabajo; ii) accidentes de trayecto y iii) enfermedades profesionales. • Caracterización de las pensiones: ◦ Número y monto de las pensiones vigentes por: i) accidentes del trabajo; ii) accidentes de trayecto y iii) enfermedades profesionales. • Caracterización de las indemnizaciones: ◦ Número y monto de las indemnizaciones otorgadas por i) accidentes del trabajo; ii) accidentes de trayecto y iii) enfermedades profesionales.	Mensual	5 días hábiles siguientes de haber remitido dicha información a la Superintendencia de Seguridad Social
10. Conformación de la administración superior, que incluye a lo menos, a los directores y ejecutivos principales de la mutualidad, tales como gerente general y gerentes jerárquicamente con un grado inferior al recién citado, incluyendo al contralor. Se debe especificar los nombres, apellidos, profesión y cargo que desempeña. En el caso de los directores incluir la duración en el cargo.	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.
11. Información sobre el procedimiento de elección de directores de la mutualidad.	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.

12. Comités de directores existentes, incluyendo los objetivos de ellos.	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.
13. Información sobre la participación en otras sociedades o corporaciones según lo establecido en la Letra F, Título III de este Libro VII.	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.
14. Políticas de Inversión y Financiamiento según lo establecido en la Letra F, Título III de este Libro VII.	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.
15. Factores de Riesgos, según lo dispuesto en la Letra F, Título III de este Libro VII.	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.
16. Asimismo, el Instituto de Seguridad Laboral y las mutualidades de empleadores deberán disponer en sus sitios web de un link a la página web de la Superintendencia de Seguridad Social, con una descripción sobre el ámbito de acción del organismo fiscalizador, informando a sus adherentes, afiliados y beneficiarios, que pueden dirigir sus consultas y reclamos en caso de tener alguna inconformidad con la respectiva institución.	Permanentemente	5 días hábiles siguientes a la existencia de algún cambio en la información.

En el caso que respecto de algún punto de la tabla anterior no se cuente con información completa y existan razones fundadas para esta imposibilidad, será necesario agregar una nota que indique las limitaciones de la información presentada.

Lo anterior aplicará en el caso que no existan instrucciones específicas emanadas por la Superintendencia de Seguridad Social que se refieran a la periodicidad de publicación o envío de información en relación a la respectiva materia.

CAPÍTULO II. Documentos y normas generales para la atención médica

1. Los organismos administradores, en todos sus centros de atención de público y en aquellos centros de atención de salud con los que mantengan convenio, deberán tener a disposición formularios de Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo (DIAT) y de Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales (DIEP) y todos los elementos que permitan completarlos. Además, deberán entregar copias de las respectivas DIAT o DIEP al denunciante.

2. Los pacientes que ingresan a los servicios médicos de un organismo administrador o de aquellos con los que este último tenga convenio, deberán ser advertidos que en el evento que su dolencia se califique como de origen común, deberán pagar el valor de las prestaciones que no sean cubiertas por su sistema previsional de salud común (FONASA e ISAPRE).

   Para ello, previo a la entrega de la atención médica, el organismo administrador pondrá a disposición del trabajador un formulario de advertencia, cuyo formato se establece en el Anexo N°2 "Formulario de Advertencia", el cual deberá ser suscrito por el trabajador en señal de conocimiento, en la medida que su estado de salud y conciencia lo permitan.

   Si el trabajador se negare a suscribir dicha advertencia, o no pudiere hacerlo por cualquier otro motivo, el organismo administrador deberá dejar constancia por escrito de tal situación y otorgarle de igual modo atención médica.

3. En el evento que una persona se presente en los servicios asistenciales sin DIAT o DIEP y se niegue a firmar una denuncia estando en condiciones de hacerlo, se le deberá advertir que su ingreso es como paciente privado afecto al D.L. N°1.819 de 1977, dejando constancia escrita de tal situación.

4. Los organismos administradores no podrán, en ningún caso, condicionar la atención médica de los trabajadores a la suscripción de un pagaré, ni a la entrega de un cheque en blanco en garantía, ni al abono de una cantidad de dinero en efectivo.

5. En situaciones de urgencia, es decir, cuando la condición de salud o cuadro clínico del trabajador implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no recibir atención médica inmediata, ésta deberá ser proporcionada enseguida, sin que para ello sea menester de ninguna formalidad o trámite previo.

CAPÍTULO III. Medios de información, comunicación y difusión

1. Mural oficial, único y obligatorio

Las mutualidades de empleadores y las empresas con administración delegada, deberán mantener en todos sus centros de atención de salud, un mural oficial. Asimismo, el ISL deberá asegurar que se mantenga dicho mural en los servicios de urgencia de los hospitales de alta complejidad ubicados en la ciudad sede de la dirección del servicio de salud, tanto de la región metropolitana como en el resto de las regiones.

Este mural oficial deberá:

a) Contener información básica sobre los derechos, obligaciones, procedimientos de denuncia de los accidentes del trabajo o de trayecto y de enfermedad profesional y sobre las instancias de reclamo. Su contenido específico, se establece en el Anexo N°3 "Contenido del mural único y obligatorio".

b) Cumplir las especificaciones técnicas, parámetros y normas de uso, de carácter obligatorio, establecidas en el Anexo

N°4 "Mural oficial, único y obligatorio".

c) Instalarse en un soporte, conforme a lo indicado en el Anexo N°4 "Mural oficial, único y obligatorio", debidamente protegido y ubicado en lugares visibles de las salas de espera, módulos de admisión u otras dependencias de acceso de los pacientes del Seguro de la Ley N°16.744.

La impresión del mural no podrá contener el logotipo de la mutualidad o ISL, según corresponda, ni publicidad de terceros.

2. Folletos y material informativo

a) Con la finalidad de proporcionar a los beneficiarios información sobre aspectos relevantes del Seguro de la Ley N°16.744, las mutualidades de empleadores y el ISL deberán mantener folletos o material informativo, en formato electrónico o papel, a la vista y a disposición del público, en forma gratuita, en todos sus centros de atención y en los recintos asistenciales con los que mantengan convenio.

b) Los documentos deberán contener, al menos, las preguntas y respuestas establecidas en el Anexo N°5 "Contenido de los folletos". No obstante, podrán contener información adicional sobre los mismos tópicos, siempre que se ajusten a las disposiciones establecidas en la Ley N°16.744, su normativa complementaria y a las instrucciones de la Superintendencia de Seguridad Social. Además, los organismos administradores deberán proporcionar y poner a disposición de las entidades empleadoras y de los trabajadores independientes afiliados o adheridos, material informativo utilizando para dicho efecto los documentos referidos en la letra a) precedente y otros medios de difusión, tales como, afiches, lienzos, folletos y/o cartillas explicativas impresas, correos electrónicos, medios de difusión audiovisual, envío de mensajería de texto, etc.

c) Dicho material tiene por objeto entregar información sobre la cobertura del Seguro, los procedimientos de denuncia, dónde dirigirse y qué hacer en caso de un accidente del trabajo o de trayecto o de una enfermedad profesional e información preventiva pertinente, según los riesgos de la actividad económica de la entidad empleadora de que se trate.

d) Los documentos deberán señalar el nombre y logotipo de la institución y no podrán contener ningún tipo de publicidad de terceros.

e) Los organismos administradores deberán proporcionar a las entidades empleadoras y a los trabajadores independientes dicho material informativo, a través de los medios señalados en la letra a) anterior, dentro del primer mes de vigencia de la adhesión o, tratándose de entidades empleadoras afiliadas al ISL o de trabajadores independientes afiliados y registrados en ese Instituto, dentro del mes siguiente a aquél en que se registre la primera cotización.

f) Sin perjuicio de lo anterior, este material se deberá mantener actualizado y a disposición de las entidades empleadoras y a los trabajadores independientes, por vía electrónica y/o papel, mientras subsista el vínculo de adhesión o afiliación, debiendo remitir dicho material a lo menos una vez al año. De igual modo, deberá enviar la misma información a los comités paritarios de higiene y seguridad de sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas.

3. Letreros y avisos en los centros asistenciales de salud

a) Las mutualidades de empleadores deberán mantener en el exterior de todos sus centros de atención de salud un letrero que permita la identificación del centro y en caso de ser necesario la señalización adecuada. Dicho letrero deberá contener el logo y nombre del organismo administrador respectivo. El diseño gráfico, dimensiones y ubicación física de este letrero, deberá permitir su visibilidad a toda hora desde la vía pública.

b) Asimismo, en el exterior de todos los centros de salud de las mutualidades en que no exista atención continua y permanente de público, deberán mantener un aviso que indique los centros de atención de salud alternativos, el que deberá ser visible a toda hora del día y cumplir con las demás exigencias establecidas en el punto anterior.

Este aviso deberá contener, al menos, la siguiente información debidamente actualizada:

i) Identificación del centro asistencial, días y horarios de atención.

ii) Datos de los centros de atención de salud con los que mantiene convenio de atención médica fuera de su horario de funcionamiento, precisando dirección, teléfonos de urgencia, días y horario de funcionamiento, ordenados según la distancia a que se encuentren del centro, señalando primero el más cercano.

iii) Para las situaciones de urgencia vital deberá señalar el centro de atención más cercano.

Si varía alguno de los datos incluidos en dicho aviso, la información deberá ser actualizada en un plazo máximo de cinco días hábiles.

4. Servicios por internet y centro de atención telefónica (call center)

a) Con el objetivo que las mutualidades de empleadores y el ISL extiendan su cobertura de atención de público y hagan más eficiente la entrega de información, deberán contar con un sitio web (con o sin sucursal virtual) y con un centro de atención telefónica operado por personal especializado y debidamente capacitado, de acuerdo a lo señalado en el capítulo siguiente.

b) El sitio web deberá tener una interfaz interactiva de configuración simple y clara, de fácil comprensión y operación para los usuarios, con el objeto de facilitar la obtención de los servicios que los organismos administradores ponen a su disposición a través de este medio.

c) El sitio web deberá:

i) Ofrecer información interactiva para los usuarios y público en general.

ii) Informar sobre el procedimiento a seguir en caso de accidentes del trabajo, accidente de trayecto y de enfermedades profesionales y permitir la descarga de los formularios de Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo (DIAT) y Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales (DIEP).

iii) Permitir al empleador y al trabajador independiente afiliado obtener on line un certificado de adhesión o afiliación, así como de su tasa de accidentabilidad u otra información, precisando a qué data corresponde.

iv) Informar respecto de los centros de atención de salud, a nivel nacional, indicando dirección, horarios de atención, teléfonos, el tipo de prestaciones que otorgan, destacando los que brindan atención de urgencia.

v) Difundir en forma destacada en su sitio web los diferentes medios para formular reclamos.

vi) Contener el banner de acceso a los requisitos para acceder a rebaja o exención de la cotización adicional diferenciada, que debe estar disponible desde el 1° de mayo hasta el 31 de diciembre de los años en que se realiza el proceso de evaluación por siniestralidad efectiva, de acuerdo a lo instruido en la Letra B, Título II, Libro II.

vii) Informar en su página de inicio que, en caso de disconformidad con la atención o las resoluciones del organismo administrador, las personas pueden dirigir sus reclamos a la Superintendencia de Seguridad Social. Para tal efecto, deberán publicar en dicha página, lo siguiente:

"USTED PUEDE APELAR O RECLAMAR ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- Calificación del origen del accidente o enfermedad.
- Derecho a prestaciones médicas y calidad de las mismas.
- Declaración de invalidez, según Ley N°16.744, apelación a resolución de la COMERE.
- Revisión del otorgamiento y cálculo de beneficios: pensión de invalidez y sobrevivencia, indemnización y subsidios Ley N°16.744.
- Alza o rebaja de la cotización adicional diferenciada".

viii) Los servicios y/o información que los organismos administradores proporcionen a través del sitio web, deberán estar disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, salvo que por razones técnicas justificadas o de fuerza mayor, se vea afectada su continuidad. Al respecto, los organismos administradores deberán mantener un plan de contingencia que permita dar continuidad a este tipo de servicios. Este plan deberá ser aprobado por el directorio de las mutualidades de empleadores o el director nacional del ISL, según corresponda, y remitido a la Superintendencia de Seguridad Social.

CAPÍTULO IV. Servicios de atención presencial y remota

1. Los Centros de atención presencial

Los organismos administradores deberán contar en sus centros de atención de salud, con personal debidamente instruido y capacitado, para atender en forma adecuada y oportuna los requerimientos, dudas o inquietudes, que los trabajadores y empleadores les formulen sobre aspectos generales de la cobertura del Seguro de la Ley N°16.744, su normativa legal y complementaria, incluidas las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social. Respecto de materias específicas de dicho Seguro, los organismos administradores deberán instruir al referido personal para derivar al requirente al profesional o a la unidad capacitada para dar respuesta a su inquietud.

Dicho personal deberá portar una credencial u otro medio análogo, que permita su identificación.

Aquellos organismos que tengan convenio con prestadores médicos externos, deberán estipular en los contratos de prestación de servicios respectivos, que dicho prestador deberá brindar las facilidades necesarias para que su personal sea capacitado por el organismo administrador sobre la cobertura, procedimientos y beneficios del Seguro de la Ley N°16.744.

Cabe destacar que la celebración de los citados convenios no exime en caso alguno de responsabilidad a los organismos

administradores frente a la Superintendencia de Seguridad Social, debiendo mantener a su disposición copias de los convenios celebrados y todos los antecedentes y documentación que ellos originen.

2. Servicios de atención remota

Sin perjuicio de lo establecido en el número anterior y sin que lo reemplace en forma alguna, los organismos administradores podrán brindar atención de público a través de otros canales de comunicación, tales como medios electrónicos, informáticos o audiovisuales que dispongan para cumplir con esta función. Para ello, podrán hacer uso de correos electrónicos, mensajería de texto, centros de atención telefónica, apoyo audiovisual, sitio web, redes sociales, entre otros medios idóneos.

El personal destinado a la atención de los requerimientos formulados a través de estos canales de comunicación, deberá ser capacitado por los organismos administradores en los mismos términos señalados en el primer párrafo del número precedente.

3. Personal de atención al público

Las personas que atiendan público o reciban consultas a través de los canales indicados en el numeral anterior, deberán contar con la preparación técnica suficiente, las competencias y las habilidades necesarias para ejercer funciones de atención de público. Para ello, los organismos administradores deberán capacitar al personal en el desarrollo de estas competencias y habilidades.

El referido personal siempre deberá informar al usuario que, ante cualquier disconformidad con la atención prestada, le asiste el derecho de reclamar, apelar o denunciar ante la Superintendencia de Seguridad Social, debiendo proporcionar copia de toda la información relevante para efectuar dicha reclamación, preservando siempre la privacidad de la información de carácter personal y/o sensible, conforme a las Leyes N°s.19.628 y 20.584.

Los organismos administradores deben otorgar una atención eficiente y oportuna a los afiliados y usuarios, para lo cual deberán disponer de un sistema de administración de turnos o gestión de colas, tanto en los centros de atención de público, como en los canales de atención remotos (call center, correo electrónico, etc.), dependiendo del volumen de demanda.

Dicho sistema de administración tendrá por objetivo gestionar el tiempo de atención, conocer y administrar los tiempos efectivos de espera y deserción (tasa de abandono) de los usuarios tanto en los centros de atención de público, como en los otros canales de atención. La información de que disponga el sistema indicado deberá encontrarse siempre a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social.

CAPÍTULO V. Reclamos relativos a los servicios de orientación e información

1. Para estos efectos, se entenderá por reclamo el requerimiento formulado por trabajadores, empleadores u otros beneficiarios del Seguro de la Ley N°16.744, con la finalidad de manifestar su disconformidad respecto a la orientación, atención y/o información proporcionada por los organismos administradores.

2. La respuesta al reclamo deberá señalar la decisión que se adopta sobre el mismo, precisar sus fundamentos y, cuando corresponda, indicar las medidas que se implementarán para evitar que la situación se repita.

   Los reclamos relativos a los servicios de orientación e información deberán resolverse y notificarse al reclamante dentro del plazo máximo de 10 días hábiles, contado desde su presentación.

3. Los reclamos podrán ser presentados, por escrito, en los centros de atención público o mediante su envío por correo postal, electrónico o a través del sitio web del respectivo organismo administrador.

   Asimismo, podrán formularse a través del call center, para cuyo efecto los organismos administradores deberán poner a disposición de los usuarios una línea 800 ó 600.

   El interesado, al momento de ingresar su reclamo, podrá elegir el medio de notificación de la respuesta. De no especificar un medio, las notificaciones deberán realizarse por vía postal.

4. Para la presentación de los reclamos, los organismos administradores deberán poner a disposición de los reclamantes, en soporte electrónico o papel, formularios diseñados especialmente para su interposición.

5. Al momento de su ingreso, los organismos administradores deberán asignar al reclamo un número que permita su identificación y seguimiento, y entregar al reclamante un documento o comprobante donde conste, al menos, su identidad, una breve descripción del reclamo realizado, su fecha de presentación y la identidad del funcionario que lo recibió, cuando corresponda.

6. Los organismos administradores deberán contar con un sistema de gestión de reclamos, en adelante el Sistema, con el objetivo de atenderlos y resolverlos en forma eficaz y eficiente.

7. Para el cumplimiento de dicho objetivo, el sistema deberá dar soporte permanente a los distintos canales de comunicación, de modo que los interesados puedan conocer en todo momento, el estado en que se encuentran los reclamos y efectuar un control de las soluciones ofrecidas.

8. El Sistema deberá contar con un registro de reclamos. Las variables de este registro, así como la periodicidad y forma en que deberán enviarse a la Superintendencia de Seguridad Social, se encuentran instruidas en la Letra G, Título III de este Libro VII.

B. Información en sitios web

CAPÍTULO I. Contenido de publicación en sitio web

Las mutualidades deberán mantener permanentemente a disposición del público información sobre transparencia. Para estos efectos, se deberá crear un "banner" de fácil visualización en su sitio web oficial, el cual llevará el título "TRANSPARENCIA", debiendo estar ubicado y accesible desde un lugar destacado de la página de inicio del referido sitio web.

La gerencia general será responsable de la veracidad, disponibilidad y actualización de la información publicada en el referido sitio web.

La mutualidad deberá disponer, al menos, de la información listada en el presente Capítulo, no obstante, podrá agregar otros temas vinculados a transparencia impulsados por iniciativa propia de la mutualidad o que sean requeridos de la Superintendencia de Seguridad Social.

1. Marco normativo y estatutario

Se incluirán las leyes, reglamentos, instrucciones, resoluciones y estatutos, con indicación, si corresponde, del tipo y número, su denominación, su fecha de publicación cuando haya sido publicada en el Diario Oficial o, en caso de no haber sido, su fecha de aprobación o publicación, según el siguiente orden Anexo N°6 "Detalle marco normativo y estatutario".

a) Leyes, decretos y normas que rigen el Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales;

b) Estatuto Orgánico de cada mutualidad, y

c) Otros

Adicionalmente, en este apartado la entidad deberá mantener un "link", permanentemente actualizado, a través del cual se pueda acceder a la publicación de normativa vigente del sitio web de la Superintendencia de Seguridad Social.

2. Estructura y funciones de sus gerencias

Deberán describirse las funciones asignadas a cada una de las divisiones, gerencias y subgerencias, indicando la información requerida en Anexo N°7 "Estructura y funciones de sus gerencias".

Adicionalmente, se deberá presentar un organigrama o esquema en el que se indicarán, con claridad, al menos las divisiones, gerencias y subgerencias que componen la mutualidad.

3. Participación de la mutualidad en sociedades u organismos filiales

Deberá informar sobre la participación de la mutualidad en la propiedad de sociedades o participación en organismos filiales detallando el giro, RUT, porcentaje de participación (según corresponda), identificación de otras personas naturales o jurídicas participantes de la sociedad, fecha de inicio y fecha de término de la relación con la sociedad u organismo filial, conforme a lo señalado en el Anexo N°8"Participación de la mutualidad en sociedades u organismos filiales".

La definición de sociedad u organismo filial, se encuentra estipulado en la Letra E, del Título II de este Libro VII, debiendo incluirse conjuntamente aquellas en las que la mutualidad tenga participación directa o indirecta.

Así, por ejemplo, deberá mencionarse las organizaciones o personas jurídicas de las que se es parte o aquéllas en que uno o más funcionarios de la mutualidad tienen un cargo en su calidad de tal, es decir, en representación de la mutualidad a la que pertenecen.

4. Dotación de estamentos de la mutualidad

Deberán informar la dotación de personal del estamento directivo, ejecutivo y asesor de la mutualidad que se desempeña en virtud de un contrato de trabajo y las personas naturales que presten servicios a honorarios. Para estos efectos deberán completar la planilla del Anexo N°9 "Dotación de estamentos de la mutualidad", con toda la información indicada en él, según se trate de estamento directivo, estamento ejecutivo y estamento asesor del directorio y sus comités.

a) Estamento Directivo: Se debe reportar de forma individualizada respecto a todos los directores titulares y suplentes de la mutualidad (número 1 del Anexo N°9 "Dotación de estamentos de la mutualidad").

b) Estamento Ejecutivo: Se debe reportar, de forma individualizada, la información de la plana ejecutiva, la cual para efectos de este apartado estará compuesta por los gerentes (cualquiera sea su denominación), fiscal, auditor interno y subgerentes. Será buena práctica, no obligatoria, el llenado del campo "retribución bruta mensualizada" (número 2 del Anexo N°9 "Dotación de estamentos de la mutualidad").

c) Estamento asesor del directorio y sus comités: Se debe reportar información individualizada sobre los asesores del directorio y sus comités, que presten servicios a honorarios. Será buena práctica, no obligatoria, el llenado del campo "retribución bruta mensualizada" (número 3 del Anexo N°9 "Dotación de estamentos de la mutualidad").

5. Personal y directores de la mutualidad, que participen o presten servicios en sociedades u organismos filiales

Se incluirá el personal y los directores de la mutualidad, que además presten servicios, independiente de su relación contractual y de retribución que exista, en una sociedad u organismo filial, para lo cual se debe tener en consideración lo definido en el número 3 de esta Letra B. Debe incluirse toda la información establecida en el Anexo N°10 "Personal y Directores de la mutualidad, que participe o preste servicios en sociedades u organismos filiales".

6. Contrataciones de bienes y servicios

Se deberá registrar en forma anual las contrataciones de suministro de bienes muebles, de prestación de servicios, de ejecución de acciones de apoyo y de ejecución de obras, y las contrataciones de estudios, asesorías y consultorías, con indicación de los contratistas, sociedades o entidades prestadoras, e información sobre los contratos relativos a bienes inmuebles, como compraventa, permuta o arrendamiento, entre otros, según las indicaciones de montos y especificaciones señaladas en el Anexo N°11 "Contratación de bienes y servicios".

En el caso, de tratarse de un procedimiento de licitación pública o privada se considerará una buena práctica, no obligatoria, incluir el texto de las bases de licitación.

7. Beneficios que otorga

En concordancia con las instrucciones impartidas en la Letra A de este Título, sobre la entrega de información, comunicación y difusión del Sistema de la Ley N°16.744, las mutualidades deberán informar respecto a los beneficios que presta la respectiva mutualidad incluyendo toda la información consignada en el Anexo N°12 "Beneficios otorgados por la mutualidad".

Para lo anterior, se deberá incluir una breve descripción de los beneficios que se entregan, los requisitos y antecedentes para acceder (en el caso de existir), los trámites a realizar y/o las etapas que contempla, lugar o lugares en que se puede solicitar y un vínculo a la página del sitio web institucional y/o al documento donde se entrega información complementaria del beneficio o servicio respectivo.

8. Mecanismos de participación de entidades adherentes y trabajadores

Se debe registrar todas las acciones e instancias aplicables por la respectiva mutualidad que tengan por finalidad conocer la opinión de las entidades adherentes, trabajadores u otros estamentos de la sociedad consignando la información del Anexo N°13 "Mecanismos de participación de entidades adherentes y trabajadores". A continuación, se mencionan ejemplos de algunos mecanismos que se podrían incluir:

a) Juntas generales de empresas adherentes;

b) Cuentas públicas;

c) Instancias de elección del directorio;

d) Audiencias;

e) Instancias de participación de grupos de interés, y

f) Otras instancias similares.

Cada mecanismo se identificará con su nombre, una breve descripción de su objetivo, los requisitos para participar en él y un vínculo donde se explique en detalle en qué consiste dicho mecanismo.

9. Registro de sanciones

Se deben informar las sanciones que la mutualidad haya recibido en su calidad de organismo administrador de la Ley N°16.744, entre las que se deben incluir, por ejemplo, las cursadas por la Superintendencia de Seguridad Social, el Ministerio de Salud, u otros organismos que tengan potestades en este ámbito. Deberán estar ordenadas cronológicamente e indicando cada elemento del Anexo N°14 "Registro de Sanciones".

10. Mecanismo de denuncia de ilegalidades, fraudes e irregularidades

Se debe poner a disposición los canales de comunicación, como mínimo un correo electrónico, asociado al mecanismo de denuncia de irregularidades, fraudes e ilegalidades, que la propia mutualidad establezca.

Se deberá incluir una descripción del tratamiento que se dará a la denuncia y los resguardos de protección que tendrá el denunciante.

11. Estadística del registro de consultas y reclamos

Se deberá incluir estadística de las consultas y reclamos de acuerdo a las definiciones establecidas en la Letra G, Título III, de este Libro VII. La información deberá ser actualizada mensualmente, la cual contendrá una tabla con el número de casos desagregado por las diferentes categorías del registro de consultas y reclamos, específicamente deberá completar el cuadro expuesto en el Anexo N°15 "Estadística del registro de consultas y reclamos: Se debe informar el número de casos asociada a cada categoría según el registro de consultas y reclamos", el cual posee los siguientes campos:

a) Tipo de presentación;

b) Calidad de Presentación;

c) Tipo de causante;

d) Clasificación de la presentación;

e) Origen de presentación, y

f) Canal de recepción.

Se considerará buena práctica, generar otras aperturas de información en la cual se crucen las diferentes desagregaciones y categorías.

CAPÍTULO II. Instrucciones a considerar sobre el sitio web relativo a transparencia

1. Orden y actualización de la información

La información de los números del 1 al 11 del Capítulo I precedente, deberá incorporarse en los sitios web en forma completa, disponiéndose ordenada cronológicamente, desde la más nueva a la más antigua, señalándose la fecha asociada, según corresponda. La actualización deberá efectuarse como mínimo según la siguiente tabla:

Elemento	Periodicidad	Plazo para Actualizar la Información
Marco normativo y estatutario	Permanentemente	5 Días hábiles siguientes contados desde la existencia de algún cambio de la información.
Estructura y funciones de sus gerencias	Permanentemente	5 Días hábiles siguientes contados desde la existencia de algún cambio de la información.
Participación de la mutualidad en sociedades u organismos filiales	Permanentemente	5 Días hábiles siguientes contados desde la existencia de algún cambio de la información.
Dotación de estamentos de la mutualidad	Mensual	1 Mes, respecto al mes de referencia
Personal de la mutualidad, que participe o preste servicios en sociedades u organismos filiales	Mensual	1 Mes, respecto al mes de referencia
Contrataciones de bienes y servicios	Anual	Enero, respecto al año calendario anterior
Beneficios que otorga	Permanentemente	5 Días hábiles siguientes contados desde la existencia de algún cambio de la información.
Mecanismos de participación de entidades adherentes y trabajadores	Permanentemente	5 Días hábiles siguientes contados desde la existencia de algún cambio de la información.
Registro de sanciones	Permanentemente	1 Mes, respecto al mes de referencia
Mecanismo de denuncia de ilegalidades, fraudes e irregularidades	Permanentemente	5 Días hábiles siguientes contados desde la existencia de algún cambio de la información.
Estadística del registro de consultas y reclamos	Mensual	1 Mes, respecto al mes de referencia

C. Mecanismos de denuncia de ilegalidades, fraudes e irregularidades

Adicional a los canales regulares de comunicación, la mutualidad deberá disponer de un mecanismo que posibilite a sus propios trabajadores, empresas adherentes y en general a legítimos interesados, ingresar inquietudes y denuncias bajo condiciones adecuadas de disponibilidad, confidencialidad y anonimato, respecto a potenciales ilegalidades, fraudes e irregularidades, que pudieran estar ocurriendo en las operaciones de la mutualidad. Este mecanismo debe alimentar un registro consolidado de los casos denunciados, el cual debe ser administrado por la mutualidad y quedar a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social.

El auditor interno, cuyas funciones se establecen en la Letra B, Título II de este Libro, será el responsable de implementar y velar por la efectividad del mecanismo, el cual deberá considerar las debidas gestiones, investigaciones y en general el tratamiento que se dará en cada caso, además de brindar la debida asistencia y protección del denunciante ante eventuales represalias a las que se pudiera exponer.

El mecanismo deberá poseer un grado suficiente de difusión al interior de la organización, considerando dentro de otros elementos, la disposición de un correo electrónico oficial, creado especialmente para estos efectos, al cual tendrán acceso irrestricto, al menos, el directorio y su comité de auditoría, en la medida que dicho acceso no entorpezca la gestión de algún caso, situación que debe estar constatada en el propio mecanismo.

Adicionalmente, los casos denunciados deberán ser expuestos en las sesiones del directorio, a lo menos de forma semestral,

quedando constancia en las respectivas actas sobre la toma de conocimiento de esta información por parte de los integrantes del directorio.

D. Proceso de compras

1. Buena práctica en el proceso de compras

Se considerará una buena práctica, no obligatoria, que las mutualidades instauren en su política y manual de compras y adquisiciones, así como en los respectivos procesos vinculados, los diferentes elementos y mecanismos que se disponen en el presente numeral. En este sentido, el directorio deberá pronunciarse respecto a la adscripción a esta buena práctica, quedando constancia de esa discusión y la respectiva votación en la sesión del directorio respectiva.

En cuanto al procedimiento y modalidades de compras, las mutualidades adjudicarán los contratos que celebren a título oneroso, para el suministro de bienes muebles, y de los servicios que se requieran para el desarrollo de sus funciones, mediante licitación pública, licitación privada o contratación directa.

Para los efectos de las presentes instrucciones se entenderá por:

a) Licitación pública: el procedimiento administrativo de carácter concursal mediante el cual la mutualidad realiza un llamado público, a través de su sitio web, otro sitio web o sistema de administración de compras, u otro medio abierto a personas naturales o jurídicas, convocando a los interesados para que, sujetándose a las bases fijadas, formulen propuestas, de entre las cuales seleccionará y aceptará la más conveniente. En las licitaciones públicas cualquier persona natural o jurídica podrá presentar ofertas sujetándose a las bases, debiendo hacerse el llamado a través de los medios o sistemas de acceso público que se mantengan disponibles;

b) Licitación privada: el procedimiento administrativo de carácter concursal, mediante el cual la mutualidad invita a determinadas personas naturales o jurídicas para que, sujetándose a las bases fijadas, formulen propuestas, de entre las cuales seleccionará y aceptará la más conveniente, y

c) Trato o contratación directa: el procedimiento de contratación que, por la naturaleza de la negociación que conlleva y el monto involucrado, deba efectuarse sin la concurrencia de los requisitos señalados para la licitación pública o privada, pudiendo contemplar una o más cotizaciones según lo establezca la política de compras y adquisiciones de la mutualidad.

La licitación pública procederá cuando las contrataciones superen anualmente las 20.000 unidades de fomento, salvo en los casos que se disponen a continuación, donde deberá acreditarse la concurrencia de tales circunstancias:

a) Si en las licitaciones públicas respectivas no se hubieren presentado interesados o se hubiera declarado desierta. En tal situación procederá licitación privada y posteriormente contratación directa;

b) Si se trata de contratos que correspondan a la realización o terminación de un contrato que haya debido resolverse o terminarse anticipadamente por falta de cumplimiento del contratante u otras causales;

c) En casos de emergencia, urgencia o imprevisto, calificados mediante autorización constatable y fundada del gerente general;

d) Si se trata de servicios de naturaleza confidencial, y

e) En aquellos casos que, por la naturaleza de la negociación, existan circunstancias o características del contrato que hagan del todo indispensable acudir al trato o contratación directa. Esta situación deberá ser conocida y aprobada por el directorio, quedando constancia de esto en el respectivo acuerdo de directorio, el que será remitido para conocimiento de la Superintendencia de Seguridad Social.

La licitación privada será obligatoria cuando las contrataciones estén en el rango entre 5.000 y 20.000 unidades de fomento anuales, salvo en los casos establecidos entre las letras a) y e) precedentes.

La mutualidad no podrá fragmentar sus contrataciones con el propósito de variar el procedimiento establecido.

En los casos previstos en la lista anterior, deberá existir un acta fundada que justifique la procedencia de la licitación privada o de la contratación directa, las cuales deberán quedar debidamente almacenadas y disponibles en el caso de ser requeridas por la Superintendencia de Seguridad Social.

Con el objeto de difundir los llamados a ofertar, en el proceso de licitación pública se deberá publicar las bases de licitación en el propio sitio web de la mutualidad y, de ser el caso, en el respectivo sistema o sitio web donde se lleve a cabo el proceso, con al menos 20 días de antelación previo al cierre del período de recepción de ofertas.

Las bases de licitación deberán establecer las condiciones que permitan alcanzar la combinación más ventajosa entre todos los beneficios del bien o servicio por adquirir y todos sus costos asociados, presentes y futuros, propendiendo a la eficacia, eficiencia y ahorro en sus contrataciones. Además, se deberá contemplar, entre otros, la fecha, hora y lugar donde se realizará la apertura de ofertas, permitiéndose la asistencia de los oferentes a dicha actividad.

Las mutualidades deberán evaluar los antecedentes que constituyen la oferta de los proveedores, la cual se efectuará a través de un análisis económico y técnico de los beneficios y los costos presentes y futuros del bien y servicio ofrecido en cada una de las ofertas.

La mutualidad asignará puntajes de acuerdo a los criterios que se establecen en las respectivas bases. Los miembros de la

comisión evaluadora, según corresponda, no podrán tener conflictos de intereses con los oferentes. En las licitaciones, donde la evaluación de las ofertas revista gran complejidad y en todas aquellas superiores a 20.000 unidades de fomento, las ofertas deberán ser evaluadas por una comisión de al menos tres personas, de manera de garantizar la imparcialidad y competencia entre los oferentes.

El adjudicatario será aquel que, en su conjunto, haga la propuesta más ventajosa, teniendo en cuenta las condiciones que se hayan establecido en las bases respectivas y los criterios de evaluación. Los procedimientos de licitación se realizarán con estricta sujeción, de los participantes y de la entidad licitante, a las bases administrativas y técnicas que la regulen.

Los contratos por sobre 5.000 unidades de fomento se adjudicarán mediante un acta formal, la cual debe tener correspondencia con las bases y la oferta realizada, según sea el caso.

En las bases de licitación se debe incorporar información respecto al rol de la Superintendencia de Seguridad Social y las atribuciones fiscalizadoras que ésta institución tiene, en especial las referidas al orden administrativo de las mutualidades.

La mutualidad declarará inadmisibles las ofertas cuando éstas no cumplan los requisitos establecidos en las bases. Declarará desierta una licitación cuando no se presenten ofertas, o bien, cuando éstas no resulten convenientes a sus intereses. En ambos casos la declaración deberá ser constatada en un acta formal e informado a los participantes.

2. Sobre incrementos de costos en licitaciones

Toda vez que la mutualidad realice una licitación pública o privada, independientemente si adscribe o no al procedimiento y modalidades de compras descritos en numeral anterior, deberá procurar que el contrato asociado a la licitación sea cumplido en sus distintos componentes. En particular, el precio pagado no deberá exceder en un 20% respecto al consensuado en el contrato respectivo.

En caso que la situación anterior ocurra, deberá ser conocida por el directorio, quedando constancia de esto en el acta de sesión de directorio respectiva. Además, la mutualidad deberá realizar una investigación la cual explique los motivos que posibilitaron ese desembolso adicional.

E. Comunicación de hechos relevantes

1. Hechos relevantes que deben informarse a la Superintendencia de Seguridad Social

Los organismos administradores deberán informar todo acontecimiento, circunstancia o antecedente, de ocurrencia no frecuente o periódica, que tenga o pueda tener una influencia significativa en su gestión administrativa, operacional o económica financiera o en términos de la oportunidad de las prestaciones de seguridad social que otorgan a los pensionados, a los trabajadores dependientes y a los trabajadores independientes adheridos.

Por lo tanto, los organismos administradores deberán informar a la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de 24 horas desde su ocurrencia, o bien desde que tomó conocimiento, los hechos relevantes que puedan ser o no cuantificados en monto, ya sea por desconocimiento del impacto, o por ser un hecho de magnitudes incalculables al momento de ocurrido.

A continuación se presentan ejemplos de hechos relevantes que los organismos administradores deben reportar:

a) La ocurrencia de cualquier siniestro susceptible de generar pérdidas de un monto igual o superior a diez mil unidades de fomento o equivalentes a un 5% o más del patrimonio de los organismos administradores.

b) Cambios de estructura organizacional y de administración superior (directores, gerente general, fiscal, auditor interno y gerente de divisiones o áreas).

c) Eventuales dificultades para el cumplimiento de los niveles de reservas o inversiones financieras que respalden dichas reservas o bien, rebajas importantes en sus niveles.

d) Compra, venta, constitución, fusión o término de giro de una sociedad u organismo filial.

e) Apertura y cierre de oficinas y establecimientos de atención para otorgar prestaciones del Seguro de la Ley N°16.744.

f) Apertura y cierre de procesos judiciales en contra del organismo administrador, como también efectuados por éste, por sumas superiores a diez mil unidades de fomento.

2. Manual de procedimientos

El gerente general o el director del organismo administrador deben definir y aplicar un manual de procedimientos que asegure la detección, divulgación y comunicación a la Superintendencia de Seguridad Social de los hechos relevantes señalados en la presente normativa.

El gerente general o director del organismo administrador, deberá informar a la Superintendencia de Seguridad Social cualquier hecho relevante, mediante una carta suscrita, que contenga la siguiente información:

a) Identificación del organismo administrador informante;

b) Indicación expresa y destacada, de que se refiere a un hecho relevante;

c) La descripción pormenorizada de la situación que lo configura, así como del o los efectos que genera o pudiere generar para el organismo administrador, para sus adherentes y trabajadores afiliados.

d) Descripción de las medidas que tomó el organismo administrador.

e) Período en que ocurre el hecho relevante.

Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia de Seguridad Social podrá solicitar antecedentes adicionales en caso que lo amerite. Adicionalmente, todo hecho relevante deberá informarse a la Superintendencia de Seguridad Social a través del Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), para lo cual se deberá completar el formulario dispuesto en el sitio web del proyecto y adjuntar la carta suscrita por el gerente general o la dirección institucional, según corresponda.

F. Publicación de información financiera y memoria

CAPÍTULO I. Estados financieros

1. Estados financieros anuales consolidados e individuales

Las mutualidades deberán publicar sus estados financieros anuales consolidados e individuales, referidos al 31 diciembre, debidamente aprobados, según lo establecido por la Superintendencia de Seguridad Social en la Letra A, Título IV del Libro VIII. Dichos estados deberán estar auditados por auditores independientes inscritos en el registro de empresas de auditores externos, que para este efecto dispone la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS). La publicación aludida deberá efectuarse en el sitio web de la institución, sin perjuicio de otros medios de comunicación que se estime conveniente. El plazo para subir esta información en su página web no excederá los 5 días hábiles siguientes de haber remitido dicha información a la Superintendencia de Seguridad Social. La información deberá permanecer disponible en este sitio por lo menos hasta la publicación del siguiente informe anual.

Esta publicación deberá contener los estados financieros completos, con la excepción del balance de comprobación y saldos, incluidas las notas explicativas, hechos relevantes, análisis razonado, declaración de responsabilidad y el respectivo dictamen emitido por los auditores independientes. Si a la fecha de la publicación dichos estados financieros no han sido aprobados por la junta de adherentes, se deberá dejar constancia de esta situación en la publicación. Además, deberá encontrarse a disposición del público un ejemplar impreso de esta información, en las agencias y oficinas según corresponda, a nivel nacional.

Los referidos informes deberán ser remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social para ser publicados en su página web, mediante transmisión electrónica al correo fuperfmutuales@suseso.cl. Los plazos para el envío de estos archivos serán los mismos establecidos en la Letra A, Título IV, Libro VIII, para la presentación de los estados financieros.

En el caso que los estados financieros fueran observados por la junta de adherentes o la Superintendencia de Seguridad Social, ellas podrán disponer la publicación o aclaración de dichas observaciones en la forma que determinen.

2. Estados financieros trimestrales consolidados e individuales

Los estados financieros referidos al 31 de marzo, 30 de junio y 30 de septiembre, deberán contener, a lo menos, la siguiente información:

a) Estado de situación financiera clasificado

b) Estado de resultados por función

c) Estado de resultado integral

d) Estado de cambios en el patrimonio neto

e) Estado de flujo de efectivo directo

f) Notas explicativas a los estados financieros:

N° 1 Información general
N° 2 Bases de presentación y políticas contables aplicadas
N° 5 Estimaciones y criterios contables
N° 65 Hechos posteriores

g) Declaración de Responsabilidad (Anexo N°16 "Declaración de Responsabilidad")

Esta publicación deberá efectuarse en su sitio web dentro de los 5 días hábiles siguientes de haber remitido dicha información a la Superintendencia de Seguridad Social.

La información deberá permanecer disponible en el sitio, por lo menos, hasta la publicación de los estados financieros correspondientes al mismo trimestre del ejercicio siguiente.

Los informes trimestrales indicados en el primer párrafo de este numeral 2, deberán ser remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social para ser publicados en su página web, mediante transmisión electrónica al correo eeff.memoria@suseso.cl. Los plazos para el envío de estos archivos serán los mismos establecidos para la presentación

de los estados financieros, según lo señalado el Título IV del Libro VIII.

En el caso que los estados financieros fueran observados por la Superintendencia de Seguridad Social, ella podrá disponer la publicación o aclaración de dichas observaciones en la forma que determine.

CAPÍTULO II. Memoria anual

Las mutualidades deberán elaborar una memoria anual que contenga, a lo menos, los aspectos que a continuación se señalan.

1. Índice

Se deberá presentar como primera página un índice de la información contenida en la memoria.

2. Identificación de la entidad

Esta información deberá contener el nombre, nombre de fantasía si lo tiene, rol único tributario, domicilio legal, tipo de entidad, teléfono y e-mail.

3. Direcciones

Direcciones, número de teléfonos y correo electrónico de las agencias y oficinas administrativas de la entidad.

4. Directorio

Corresponde a la identificación (nombre y rut) de cada uno de los integrantes del directorio con la especificación de los cargos que ocupan, esto es, presidente del directorio, director empresarial titular o suplente, director laboral titular o suplente, y empresa que representa o de la que proviene, según corresponda. Además, se deberá especificar el comité de directorio en el que participa cada uno de los directores.

5. Administración y personal

Corresponde a una breve descripción de cómo está organizada la administración interna de la mutualidad, además del correspondiente organigrama.

a) Administración superior: gerentes y ejecutivos principales, incluyendo al menos nombres, apellidos, profesión y cargo que desempeñan en la entidad.

b) Personal: señalar el número de trabajadores que tiene la entidad a la fecha de cierre del ejercicio, distinguiendo entre:

   i) Gerentes y ejecutivos principales

   ii) Profesionales y técnicos; y

   iii) Trabajadores, distinguiendo entre los contratados a plazo indefinido y los contratados a plazo fijo.

6. Remuneraciones

Deberá darse a conocer, en forma comparativa respecto del año anterior, los desembolsos realizados a los directores que participaron en dichos períodos, detallando a lo menos, por cada uno de ellos, la siguiente información:

a) Nombre

b) Cargo

c) Dieta pagada al directorio en función de su cargo y por participación en comité de directorio, separada y comparativa.

d) Otros gastos, el que debe considerar gastos en asesorías, regalías, viáticos, gastos de representación y en general todo otro estipendio.

Para los gerentes y ejecutivos principales de la institución, deberá ser presentada de manera global las remuneraciones, indemnizaciones por años de servicios pagadas, incentivos y en general cualquier otro estipendio.

7. Asesorías al directorio

La memoria deberá indicar a lo menos la siguiente información:

a) Nombre de la entidad o asesor que prestó el servicio de asesoría.

b) Materia objeto de la asesoría.

c) Monto pagado por el servicio prestado.

d) Período de tiempo en el que se realizó la asesoría.

8. Actividades y negocios de la entidad

a) Información histórica de la entidad, describiendo brevemente la institución desde su fundación a la fecha. Deberá indicar cómo se ha desarrollado en el tiempo, señalando aquellas situaciones especiales, tales como: fusiones, incorporación de nuevas áreas de actividad o eliminación de ellas, u otras que hayan ocurrido.

b) Identificación del sector económico que representa, incluyendo información respecto del mercado, competencia que enfrenta, participación y otros.

c) Descripción de las prestaciones otorgadas, debiendo detallar cada una de ellas, indicando si lo hace directamente o a través de otras sociedades, corporaciones o personas naturales, señalando los montos de los servicios pagados.

9. Factores de Riesgo

Descripción de los principales factores de riesgo propios de la actividad que, a juicio de los administradores, afecten a la entidad, como por ejemplo: riesgo de liquidez, riesgo de crédito, riesgo de mercado, riesgo técnico o actuarial, riesgo operacional u otros. Complementario a estos factores y al grado de exposición que presenta la institución, los administradores deberán informar respecto de la existencia de sistemas de control interno y gestión de riesgos, que permitan la mitigación de los riesgos esperados e inesperados e informar acerca de la fortaleza patrimonial de la institución.

10. Políticas de inversión y financiamiento

Descripción de las políticas de inversión y de financiamiento adoptadas por la entidad. La información contenida en este punto deberá dar a conocer las iniciativas implementadas y el financiamiento de las inversiones que buscan propiciar el desarrollo de nuevas tecnologías para la atención de trabajadores de las empresas adherentes y pensionados de la mutualidad, fortalecer los mecanismos existentes en el área de desarrollo y seguridad informática, modernización y ampliación de la infraestructura actual, cambios en la gestión de servicios a los trabajadores y pensionados de la mutualidad, entre otros.

11. Información sobre la participación en otras sociedades o corporaciones

Deberá presentarse un detalle que contenga la siguiente información respecto de cada una de ellas:

a) Individualización y naturaleza jurídica.

b) Objeto social e indicación clara de la o las actividades que desarrolla.

c) Nombre y apellido de los directores, gerentes y ejecutivos principales.

d) Porcentaje actual de participación, en el caso que corresponda.

e) Indicación del nombre y apellido del director, gerente general o ejecutivos principales de la mutualidad que desempeñen un cargo similar en las sociedades o corporaciones en que participa de manera directa o indirecta la institución.

f) Descripción de las relaciones comerciales que se mantengan con las sociedades y/o corporaciones.

g) Cuadro esquemático en que se exponga las relaciones de propiedad directa e indirecta de la mutualidad.

12. Gobiernos Corporativos

Deberá informar respecto de la estructura del gobierno corporativo, considerando los comités de directorio existentes, además de indicar los objetivos establecidos para la institución, los medios para alcanzarlos, así como la supervisión y control que se ejercerá en la consecución de las metas fijadas.

13. Información sobre hechos relevantes o esenciales

Deberá incluirse un resumen de los hechos esenciales o relevantes acontecidos o divulgados durante el período anual, indicando los efectos que ellos han tenido o puedan tener en la marcha de la entidad o en el patrimonio.

Además, deberá incluirse información respecto a aquellos hechos esenciales o relevantes que ocurrieron con anterioridad al período cubierto por la memoria y que tuvieron influencia o efecto en el desarrollo de las actividades de la entidad o en su patrimonio, o puedan tenerlo en los ejercicios futuros.

Se entenderá por hechos relevantes, todos aquellos que produzcan o puedan producir cambios importantes tanto en la situación patrimonial como en la dirección o administración de la entidad. En la calificación de la información como hecho esencial se deben considerar, entre otros:

a) La ocurrencia de pérdidas importantes.

b) La cesación parcial o total de la planta gerencial o directiva.

c) Sanciones aplicadas por la Superintendencia de Seguridad Social u otro organismo en razón del incumplimiento de disposiciones legales o reglamentarias.

d) Subscripción de contratos y otro tipo de convenciones con asesores, directores, empresas y otras personas naturales o jurídicas relacionadas con la dirección o gestión de la entidad.

e) Eventuales dificultades para el cumplimiento de los niveles de reservas o capital mínimo exigido o bien, rebajas importantes en sus niveles.

f) Cambios importantes en la situación financiera originados por variaciones de tasa de interés o paridad cambiaria,

g) Constitución y término de giro de una sociedad filial y adquisición o venta de participación en ella.

14. Empresa de auditores externos

Señalar el nombre de la empresa que realizó la auditoría presentada en los estados financieros incluidos en la memoria y la del ejercicio anterior si ésta fuera distinta. Además, deberá indicar la fecha y duración del contrato con la empresa de auditores externos vigente.

15. Informes financieros

Se deberá presentar la información financiera individual y consolidada de la entidad de manera comparativa, conforme a las instrucciones señaladas en el FUPEF respectivo.

Deberá incluirse:

a) Informe de los auditores externos sobre los estados financieros que se presentan.

b) Estados financieros individuales y consolidados:

i) Estado de situación financiera clasificado

ii) Estado de resultados por función

iii) Estado de resultados integral

iv) Estado de cambios en el patrimonio neto

v) Estado de flujo de efectivo directo

vi) Notas explicativas a los estados financieros

c) Hechos relevantes

d) Análisis razonado de los estados financieros

e) Declaración de responsabilidad

16. Declaración de responsabilidad

Deberá estamparse una declaración jurada de responsabilidad respecto de la veracidad de toda la información incorporada en la memoria anual. Dicha declaración deberá ser suscrita por el correspondiente quórum de directores requerido por los estatutos sociales para la adopción de acuerdos de directorio y por el gerente general de la institución.

Al final de la declaración, deberán registrarse los nombres de los declarantes, sus rut, cargos y estamparse sus firmas.

Las mutualidades deberán entregar en formato electrónico un ejemplar de la memoria a cada director, a las principales empresas adheridas, a cada asistente a la asamblea anual de la mutualidad respectiva, y deberá mantener para consulta de las empresas adherentes, trabajadores afiliados y público en general, una copia de dicha memoria en cada oficina de la mutualidad, debiendo su contenido presentarse en un tamaño y con un formato que permita una fácil lectura y comprensión.

Una copia digitalizada de la memoria anual deberá enviarse a la Superintendencia de Seguridad Social, a través del correo electrónico eeff.memoria@suseso.cl.

G. Gestión de reclamos

1. Antecedentes

Las instrucciones contenidas en esta Letra tienen por finalidad establecer los lineamientos mínimos que deben adoptar los organismos administradores para la gestión de las consultas y reclamos realizados por los afiliados, adherentes, beneficiarios y público en general, en el contexto del Seguro de la Ley N° 16.744.

En las presentes instrucciones se consideran los reclamos relativos a los servicios de orientación e información, en

conformidad con lo establecido en la Letra A, Título III de este Libro VII, y además, la totalidad de las materias relacionadas a la administración del Seguro.

Adicionalmente, se instruye el procedimiento de envío a la Superintendencia de Seguridad Social de la información referida a consultas y reclamos, que los organismos administradores deberán realizar periódicamente, a través del Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), establecido en el Título II del Libro IX.

2. Definiciones

Para estos efectos, se establecen las siguientes definiciones.

a) Sistema de gestión de consultas y reclamos.

   Estructura operacional de trabajo, documentada e integrada a los procesos técnicos y gerenciales, con el fin de dar respuesta y gestionar las consultas y reclamos derivados del otorgamiento de prestaciones por parte de los organismos administradores.

b) Reclamo.

   Solicitud formulada por afiliados, adherentes, beneficiarios del Seguro, o en su defecto sus representantes, y público en general, en adelante "interesados", quienes acuden al organismo administrador para exigir, reivindicar o demandar una solución, sea por un motivo general o particular, o bien, para manifestar su descontento o disconformidad con una determinación o actuación.

c) Consulta.

   Solicitud de información u orientación respecto a materias relacionadas al Seguro realizada ante un organismo administrador por afiliados, adherentes, beneficiarios del Seguro, o en su defecto sus representantes, y público en general, en adelante "interesados".

3. Sistema de gestión de consultas y reclamos

Los organismos administradores deberán contar con un sistema de gestión de consultas y reclamos, cuya finalidad es atender las consultas y reclamos interpuestos por los interesados de manera eficaz y eficiente. El funcionamiento del sistema deberá ser documentado en un manual, debidamente aprobado por la gerencia general y conocido por el directorio, o la dirección institucional, según corresponda, donde se describa detalladamente el proceso que realiza el organismo administrador respecto de la gestión de las consultas y reclamos, considerando a lo menos:

- Objetivos del sistema de gestión de consultas y reclamos.
- Definición de roles y responsabilidades.
- Descripción de las actividades realizadas para la recepción, registro y respuesta de las consultas y reclamos.
- Descripción de los canales de recepción y de repuesta habilitados para la presentación de consultas y reclamos.
- Definición de actividades para el análisis de causas potenciales de problemas suscitados y propuesta de solución.
- Mecanismo de seguimiento de las consultas y reclamos.
- Mecanismo de reporte a la alta administración y al directorio.

a) Canales de recepción de consultas y reclamos

   Los organismos administradores deberán disponer de los canales de recepción necesarios, tanto físicos como electrónicos, para gestionar las presentaciones que realicen los interesados.

   En este sentido, el organismo administrador deberá definir los canales de recepción de las presentaciones, ya sea presencial, telefónico, correo físico, correo electrónico, transmisión electrónica u otros, los que deberá mantener a disposición del público para esos efectos.

   No obstante lo anterior, como mínimo deberá posibilitar la recepción de reclamos y consultas en sus distintos centros de atención al público a lo largo del país, ya sea mediante la disposición de un libro de consultas y reclamos, o a través de medios digitales.

   Al momento del ingreso de la consulta o reclamo, los organismos administradores deberán asignarle un código único que permita su seguimiento permanente, el que deberá ser informado de inmediato al interesado, debiendo quedar constancia de su recepción.

   Adicionalmente, al momento de ingresar la consulta o reclamo, el interesado podrá elegir si requiere o no la entrega de una respuesta formal, así como también el medio de notificación de ésta en caso de requerirlo.

Por otra parte, los organismos administradores deberán poner a disposición de los interesados los canales de información que permitan el adecuado seguimiento de las consultas y reclamos interpuestos por éstos, considerando a lo menos la entrega de información a través de la página web.

La información que se deberá entregar a los interesados para el seguimiento de las consultas y reclamos, deberá considerar a lo menos, la identidad del interesado, la fecha de presentación de la consulta o reclamo, una descripción de la consulta o reclamo y el estado en que ésta se encuentra, señalando, además, la identidad del funcionario que recibió la consulta o reclamo, cuando corresponda.

b) Registro de consultas y reclamos

Los organismos administradores deberán mantener un registro de consultas y reclamos, el cual debe ser actualizado a lo menos semanalmente, esto considerando principalmente las presentaciones realizadas a través del libro de consultas y reclamos, o por otros medios que no cuenten con mecanismos de actualización inmediata. Todas las consultas y reclamos que reciba el organismo administrador deberán ser incorporadas en el referido registro, asignándole un código único que permita su seguimiento.

Lo anterior, aplicará tanto a las consultas y reclamos que reciba el organismo administrador de forma directa a través de sus canales de recepción, así como también aquellas que deriven de presentaciones remitidas por la Superintendencia de Seguridad Social, u otras entidades.

El registro de consultas y reclamos deberá contar, a lo menos, con la siguiente información (campos marcados con asterisco "*", corresponden a información de carácter no obligatorio):

i)	Código único que identifique la consulta o reclamo.
ii)	RUT del causante, correspondiente a la persona respecto de la cual se realiza la presentación.
iii)	* Nombre del causante.
iv)	Tipo de causante (trabajador, pensionado, empresa u otro).
v)	RUT del interesado, correspondiente a la persona que realiza la presentación.
vi)	* Nombre del interesado.
vii)	Tipo de interesado (trabajador, pensionado, empresa u otro).
viii)	* Sexo del interesado.
ix)	* Domicilio del interesado.
x)	* Comuna del interesado.
xi)	* Teléfono del interesado.
xii)	* Correo electrónico del interesado.
xiii)	Fecha de la presentación, correspondiente al día en que el interesado realiza la consulta o reclamo.
xiv)	Calidad de la presentación (ley o extra ley).
xv)	Tipo de presentación (consulta o reclamo).
xvi)	Origen de la presentación (organismo administrador, SUSESO u otro).
xvii)	Canal de recepción (presencial, telefónico, correo físico, correo electrónico, página web u otro).
xviii)	Clasificación de la presentación, correspondiente a la materia objeto de la consulta o reclamo.
xix)	Descripción de la presentación.
xx)	Indicación si se requiere respuesta (si o no).
xxi)	Fecha de respuesta, correspondiente al día en que el organismo administrador responde al interesado mediante alguno de los canales definidos.
xxii)	Indicación si la respuesta requiere prórroga (si o no).

c) Respuesta de consultas y reclamos

Los organismos administradores deberán dar respuesta a las consultas y reclamos interpuestos por los interesados en un plazo máximo de 10 días a partir del día siguiente a la fecha de su presentación, contado de lunes a viernes, exceptuando festivos.

No obstante lo anterior, en casos especiales, específicamente en aquellos en que se requiera de un mayor análisis para la elaboración de las respuestas, el plazo anteriormente expuesto se podrá prorrogar en 10 días adicionales, contados de lunes a viernes, exceptuando festivos.

Los plazos indicados anteriormente, no aplican para los reclamos referidos a la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, debiendo ajustarse a los plazos contenidos en dicha norma legal.

Las respuestas a las consultas y reclamos deberán ser remitidas a los interesados mediante carta certificada, correo electrónico u otro medio fehaciente de notificación, suscrita por el representante que el organismo administrador haya designado formalmente al efecto.

En relación a las respuestas asociadas únicamente a reclamos, y que no cuenten con un medio de verificación escrito, es decir, aquellas que debido a su naturaleza y alcance se atiendan telefónicamente, se deberá guardar la grabación de la conversación como medio de respaldo por un tiempo de 2 años, e igualmente la respuesta deberá ser ingresada al registro de consultas y reclamos.

Por otra parte, la información proporcionada en las respuestas deberá ser expuesta de manera clara y fundada, remitiendo los antecedentes necesarios que permitan la adecuada comprensión por parte del interesado.

Adicionalmente, en las respuestas que se entreguen, ya sea por medios escritos o a través de otros canales, se deberá incorporar la siguiente frase "Ante cualquier reclamo, apelación, denuncia o disconformidad, Ud. puede dirigirse a la Superintendencia de Seguridad Social (www.suseso.cl)".

4. Información al directorio

El directorio del organismo administrador o la dirección institucional, según corresponda, deberán recibir y conocer, dejando constancia en las respectivas actas de sesión, la información sobre las consultas y reclamos gestionadas por la propia entidad, así como también las presentaciones de los interesados realizadas ante terceros, tales como la Superintendencia de Seguridad Social, medios escritos u otros medios de comunicación. La información de las consultas y reclamos deberá ser presentada al directorio o la dirección institucional, según corresponda, a lo menos semestralmente.

5. Envío de información a la Superintendencia de Seguridad Social

El envío de la información referida al registro de consultas y reclamos deberá realizarse a través del Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), en conformidad con los requerimientos establecidos en el LIBRO IX.

H. Anexos

Anexo N°2: Formulario de Advertencia

Anexo N°3: Contenido del mural único y obligatorio

Anexo N°4: Mural oficial, único y obligatorio

Anexo N°5: Contenido de los folletos

Anexo N°6: Detalle marco normativo y estatutario

Anexo N°7: Estructura y funciones de sus gerencias

Anexo N°8: Participación de la mutualidad en sociedades u organismos filiales

Anexo N°9: Dotación de estamentos de la mutualidad

Anexo N°10: Personal y Directores de la mutualidad, que participe o preste servicios en sociedades u organismos filiales

Anexo N°11: Contrataciones de bienes y servicios

Anexo N°12: Beneficios otorgados por la mutualidad

Anexo N°13: Mecanismos de participación de entidades adherentes y trabajadores

Anexo N°14: Registro de Sanciones

Anexo N°15: Estadística del registro de consultas y reclamos: Se debe informar el número de casos asociada a cada

categoría según el registro de consultas y reclamos

Anexo N°16: Declaración de Responsabilidad

TÍTULO IV. Gestión de riesgos financieros y operacionales

A. Sistema de gestión de riesgos

CAPÍTULO I. Objetivo y marco referencial de la normativa

La creciente complejidad de las operaciones y procesos ejecutados por las entidades, ha provocado que los sistemas tradicionales de supervisión no respondan adecuadamente a los cambios del entorno. La medición tradicional de la solvencia y el control del cumplimiento del marco regulatorio basado fundamentalmente en aspectos normativos, no permite medir adecuadamente la capacidad de la entidad para afrontar escenarios de dificultad operacional y financiera, puesto que la supervisión es preponderantemente reactiva.

Por lo tanto, se hace necesario desarrollar un nuevo esquema de supervisión, que sea proactivo y que permita actuar con oportunidad para adaptarse a los desafíos impuestos por la innovación y los cambios tecnológicos. De acuerdo a esta tendencia, orientada hacia la evaluación de la fortaleza integral de las entidades, la evaluación que debe realizar el supervisor debe enfocarse en la gestión de los riesgos que enfrenta la entidad, además del cumplimiento normativo.

Al respecto, la Superintendencia de Seguridad Social ha estimado necesario avanzar en la implementación de un modelo de supervisión basado en riesgos aplicable a las mutualidades, considerando que estas entidades se ven enfrentadas a una serie de riesgos relevantes. A continuación, se entregan los elementos centrales que las mutualidades deben adoptar para la gestión del riesgo operacional, técnico, de mercado, de liquidez y de crédito.

En efecto, las mutualidades en su calidad de organismos sin fines de lucro administradores del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales establecido en la Ley N°16.744, se ven expuestas a riesgos que, de materializarse, podrían ocasionar consecuencias operacionales y financieras negativas, impactando directamente en el patrimonio y en la capacidad para cumplir con el otorgamiento de las prestaciones comprometidas por dichas entidades.

Desde esta perspectiva, la Superintendencia de Seguridad Social estima que las decisiones operacionales y financieras que adopten los miembros del directorio de la mutualidad, así como también la alta gerencia, deben incorporar las mejores prácticas respecto a la gestión de los riesgos.

Por lo anterior, se requiere que los riesgos a los cuales se ven enfrentadas las mutualidades sean identificados, analizados, evaluados, tratados y monitoreados, con la finalidad que el riesgo asumido se mantenga dentro de los límites prudentes definidos por la entidad, los cuales deben considerar los objetivos del Seguro Social de la Ley N°16.744.

CAPÍTULO II. Definiciones

1. Gestión de riesgos

Corresponde al proceso de identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos que debe realizar la mutualidad en el desarrollo de las actividades necesarias para el cumplimiento de sus obligaciones en el marco legal y reglamentario que las rige.

2. Riesgo operacional

Corresponde al riesgo de falla en la operación derivado de la inadecuación o a errores en los procesos internos, del personal, de los sistemas y de los controles internos aplicables o bien a causa de acontecimientos externos. El riesgo operacional, incluirá el riesgo legal, pero no los riesgos derivados de decisiones estratégicas ni los riesgos de reputación.

En relación al riesgo operacional, es necesario considerar las siguientes definiciones:

a) Dueño de procesos

   Corresponde a aquel trabajador de la mutualidad designado para ser responsable de la administración de un proceso.

b) Riesgo inherente

   Corresponde a aquel riesgo que por su naturaleza no puede ser separado del proceso o subproceso en que éste se presenta. Corresponde al riesgo en su estado puro, sin considerar la existencia de controles o mitigadores del riesgo.

c) Riesgo residual

   Corresponde al nivel de riesgo remanente que existe con posterioridad a haberse implementado las medidas mitigadoras de control.

d) Riesgo aceptado

Corresponde al nivel de riesgo que la mutualidad está dispuesta a aceptar en concordancia con sus políticas de gestión de riesgos y sus responsabilidades establecidas en el marco legal que la rige.

e) Matriz de riesgos y controles

Corresponde a una herramienta a través de la cual se identifican los riesgos asociados a un proceso o subproceso, su evaluación cualitativa o cuantitativa, los controles asociados junto a su efectividad y el nivel de riesgo residual, con el objetivo de priorizar, orientar y focalizar el tratamiento del riesgo.

3. Riesgo técnico

Corresponde al riesgo de constituir o reconocer reservas insuficientes derivado de una valorización inadecuada o de errores en los métodos que se utilizan para el cálculo de las reservas.

El riesgo técnico comprende a su vez:

a) Riesgo de tasa de interés técnico

Corresponde al riesgo que enfrenta la mutualidad ante la valoración inadecuada de la tasa de interés técnico.

b) Riesgo de longevidad

Corresponde al riesgo de constituir reservas insuficientes debido al aumento de las expectativas de vida de los beneficiarios del Seguro de la Ley N°16.744.

c) Riesgo de gestión de siniestros

Corresponde al riesgo que enfrenta la mutualidad respecto de una errónea calificación de los tipos de siniestros al que se enfrenta o de una estimación incorrecta del monto a desembolsar por el siniestro, incluyendo todos los gastos operacionales.

4. Riesgo de mercado

Corresponde al riesgo de pérdida o de modificación adversa de la situación financiera resultante, directa o indirectamente, de fluctuaciones en el nivel y en la volatilidad de los precios de mercado de los activos y pasivos financieros.

Este riesgo se ve influenciado, principalmente, por la tasa de interés y por los cambios en los precios de determinados activos, que se precisan a continuación:

a) Riesgo de pérdida por cambios en la tasa de interés de mercado

Corresponde al riesgo de sufrir pérdidas por movimientos adversos en las tasas de interés de mercado y que afecta el valor de los instrumentos financieros, préstamos y otras operaciones registradas en el balance, según corresponda.

b) Riesgo de pérdida por cambios en los precios de determinados activos

Corresponde al riesgo de pérdida ante cambios en los precios de los activos, tales como bienes raíces, inversiones en renta variable o las variaciones de precios de determinadas monedas o índices.

5. Riesgo de liquidez

Corresponde al riesgo de pérdida producto que la mutualidad no es capaz de obtener eficiente y oportunamente los fondos necesarios para asumir el flujo de pago de sus obligaciones, previstas e imprevistas, sin que se vea afectada su operativa diaria o su situación financiera.

6. Riesgo de crédito

Corresponde al riesgo de pérdida o de modificación adversa de la situación financiera debido a la probabilidad de incumplimiento de pago de las cotizaciones por las entidades empleadoras adheridas y los trabajadores independientes, emisores de valores, contrapartes y otros deudores, al que están expuestas las mutualidades.

7. Reserva por prestaciones

Corresponde a las reservas que deben constituir las mutualidades producto de las obligaciones futuras derivadas de siniestros ya ocurridos, aun cuando ellos no les hayan sido reportados y el costo final de cumplir con dichas obligaciones no sea conocido en el presente.

a) Reserva por pago de pensiones

Corresponde a las reservas que se constituyen para resguardar el pago de las pensiones temporales y vitalicias, establecidas en los artículos 38 al 50 de la Ley N°16.744, referidos al régimen de pensiones.

b) Reserva por indemnizaciones

Corresponde a las reservas que se constituyen para resguardar el pago de las indemnizaciones establecidas en el artículo 35 de la Ley N°16.744.

c) Reserva por subsidios por incapacidad temporal

Corresponde a las reservas que se constituyen para resguardar el pago de los subsidios establecidos en el artículo 30 de la Ley N°16.744.

d) Reserva por prestaciones médicas

Corresponde a las reservas que se constituyen por el reconocimiento de las obligaciones de otorgar prestaciones médicas a trabajadores y pensionados hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por el accidente del trabajo o la enfermedad profesional. Esta responsabilidad surge de los derechos que tienen los afectados por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

CAPÍTULO III. Gestión de los riesgos de las mutualidades

La gestión de los riesgos debe ser implementada y controlada por la gerencia general de la mutualidad, teniendo presente las responsabilidades del directorio, de los dueños de los procesos, de las unidades especializadas, de auditoría interna y, en general, del personal de la mutualidad, el cual debe conocer y participar activamente en la gestión de riesgos. La gestión de los riesgos se basa en las políticas de gestión de riesgos, componentes fundamentales que proporcionan las directrices del sistema de gestión.

1. Identificación de los riesgos más relevantes de la mutualidad

Con el fin de asegurar que la planificación estratégica de la mutualidad y su gestión de riesgos estén alineados, se deben identificar dentro de los riesgos levantados, los principales riesgos estratégicos, es decir, aquellos riesgos relacionados directamente con el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la mutualidad, los que deben considerar el adecuado cumplimiento con la administración y prestación del Seguro con foco en el beneficiario. Estos riesgos deben ser monitoreados mediante indicadores clave de riesgo (KRI) definidos por la mutualidad, los que deben estar disponibles para revisión de la Superintendencia de Seguridad Social.

2. Definición de una estrategia para gestionar los riesgos

Las mutualidades deben establecer una estrategia de gestión de sus riesgos, compuesta por las políticas, manuales, procedimientos y todos los elementos que conforman el sistema de gestión de riesgos. Esta estrategia debe establecer, entre otros, los objetivos generales buscados por la mutualidad, describir los elementos y procesos básicos de la gestión de los riesgos, describiendo los roles y responsabilidades de los distintos estamentos involucrados.

La gerencia general de la mutualidad es responsable de identificar y cuantificar la magnitud de cada uno de los riesgos a los que se enfrenta, proyectando su probabilidad o frecuencia de ocurrencia y la magnitud de su impacto, con el fin de determinar la necesidad de medidas mitigadoras tanto de las actividades en curso como de todo nuevo proyecto significativo.

Esta evaluación puede ser realizada con diversas técnicas, siendo responsabilidad de la gerencia general elegir modelos apropiados a la naturaleza y complejidad de las operaciones de la mutualidad, los que deben ser aprobados por el directorio. Los riesgos deben evaluarse por su potencial inherente antes de estar sometidos a controles. De otro modo, cabría la posibilidad de ignorar riesgos inherentes que, estando actualmente sometidos a controles efectivos, podrían dejar de estarlo en el futuro por cambios en el entorno.

Una vez identificados y evaluados los riesgos en la forma antes descrita, corresponde compararlos con los límites de riesgos determinados por el directorio de la mutualidad. Todo riesgo que excede los límites aceptados debe ser objeto de actividades de mitigación y control, debiendo efectuarse un monitoreo periódico del estado de avance de dichas actividades.

Como se ha indicado, la gestión de riesgos tiene por objeto identificar y evaluar la totalidad de los riesgos significativos a los que se enfrenta la mutualidad, establecer y monitorear las actividades de control de tales riesgos, e informar a todos los participantes los resultados de este proceso. Por lo tanto, la gestión de riesgos es un proceso continuo, en que los resultados sirven para redefinir los riesgos y mejorar los procesos de la misma gestión.

3. Roles y responsabilidades en la gestión de riesgos

a) Directorio

El directorio es el responsable último de la gestión de riesgos. Si bien delega en la gerencia general su implementación adecuada y eficiente, el directorio tiene la responsabilidad final de la gestión de riesgos, y por lo

tanto, debe determinar la estrategia general de gestión de riesgos de la entidad. Las funciones del Directorio, en esta materia, comprenden al menos las indicadas en la Letra B, Título I, de este Libro VII.

b) Comité de riesgos

El directorio, de modo de involucrarse activamente en la gestión de riesgos, debe conformar un comité de riesgos, el cual sesione periódicamente y se componga a lo menos por un director representante de las entidades empleadoras adherentes y un director representante de los trabajadores. Además, el comité podrá contar con la participación permanente de asesores externos y del responsable del área especializada en la gestión de riesgos, los cuales tendrán sólo derecho a voz, pudiendo ser excluidos de las deliberaciones en cualquier momento a petición de un director.

Los asesores externos deben ser elegidos por los directores que integren el comité, debiendo quedar constancia de la elección en el acta respectiva. Por otra parte, los asesores externos deben suscribir un contrato de prestación de servicios donde se establezca claramente el contexto en el cual se genera la contratación, el objeto o finalidad de la prestación de servicios, los derechos y obligaciones de las partes, el valor pagado por la prestación y su periodicidad, la duración de la prestación, las condiciones de término del contrato, los mecanismos de solución de controversias, entre otros.

El comité debe contar con un estatuto, aprobado por el directorio, el que debe ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social en el mes siguiente a haber adoptado el respectivo acuerdo, así como sus modificaciones posteriores. El estatuto debe establecer los objetivos, funciones, responsabilidades, frecuencia de reuniones y todos aquellos aspectos necesarios para su adecuada constitución y funcionamiento.

Asimismo, todas las decisiones y aspectos relevantes que se traten en el comité deben quedar registrados de manera formal a través de un acta, donde quede constancia de los argumentos entregados por cada uno de los participantes respecto de las materias tratadas en cada sesión.

Las funciones del comité de riesgos deben comprender al menos:

i) Definir y proponer al directorio, la estrategia y las políticas de gestión de riesgos para la mutualidad.

ii) Conocer en detalle los niveles de exposición y los riesgos asumidos con base en la metodología aprobada por el directorio.

iii) Proponer al directorio los criterios de aceptación de los riesgos que se desean gestionar dentro de la mutualidad, de acuerdo con su ámbito de actividad, a los objetivos estratégicos y a la metodología de administración de riesgos establecida y aprobada.

iv) Informar al directorio de los resultados obtenidos por las diferentes gerencias responsables, en relación a los riesgos asumidos, considerando los informes de gestión y monitoreo de riesgos generados por el área especializada en la gestión de riesgos.

v) Evaluar regularmente la efectividad general de las técnicas de administración e infraestructura tecnológica, para la gestión de riesgos, teniendo como base los informes presentados por el área especializada en la gestión de riesgos, por la unidad de auditoría interna y por los auditores externos.

vi) Aprobar los planes de capacitación propuestos por el área especializada en la gestión de riesgos, destinados a fortalecer los conocimientos en materia de riesgos al interior de la mutualidad.

vii) Asegurar que los criterios establecidos en las políticas de gestión de riesgos se consideren en la definición de nuevos proyectos y servicios.

c) Gerencia general

La gerencia general tiene como responsabilidad ejecutar de forma efectiva y eficiente el modelo de gestión de riesgos, todo ello dentro de las políticas, los manuales y los procedimientos previamente establecidos.

Entre las responsabilidades del gerente general se encuentran:

i) Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de riesgos en la mutualidad e informar periódicamente al directorio y al comité de riesgos, sobre los principales riesgos de la entidad y los planes de tratamiento adoptados.

ii) Informar a toda la organización, como también al público en general, los lineamientos principales de la gestión de riesgos, a través de la memoria institucional, los estados financieros, el sitio web institucional y de otros medios que estime convenientes.

iii) Asegurar que la regulación y opinión de auditores internos y externos, sean adoptadas adecuadamente.

d) Áreas funcionales y de apoyo

Las distintas áreas de la mutualidad (tomadoras de riesgos), deben involucrarse activamente en la gestión de los riesgos, siendo responsables del funcionamiento del sistema de gestión de riesgos dentro de su área. Para tal efecto deben contar con el asesoramiento del área especializada en la gestión de riesgos.

Entre las responsabilidades de las distintas áreas funcionales y de apoyo se encuentran:

i) Evaluar e informar, según corresponda, respecto al estado actual y exposición al riesgo, de acuerdo a las políticas y los manuales de riesgos definidos por la mutualidad, en conjunto con el área especializada en la gestión de riesgos.

ii) Velar que las directrices de las áreas sean consistentes con las políticas y los manuales de gestión de riesgos definidos por la mutualidad.

iii) Revisar y evaluar periódicamente los resultados obtenidos de la gestión de riesgos en relación a sus procesos y cambios en éstos.

iv) Validar los procesos de reporte e indicadores de riesgo dentro del área, en conjunto con el área especializada en la gestión de riesgos, así como también la información a reportar.

v) Definir, evaluar e implementar los planes de mitigación realizados en conjunto con el área especializada en la gestión de riesgos, de acuerdo a las políticas y los manuales de gestión de riesgos definidos por la mutualidad.

vi) Prestar el apoyo necesario para la realización de las actividades relacionadas a la gestión de riesgos, en conjunto con el área especializada en la gestión de riesgos, que permitan a la mutualidad llevar a cabo una adecuada gestión de éstos.

vii) Proponer al comité de riesgos, en conjunto y a través del área especializada en la gestión de riesgos, el nivel de riesgo aceptable, para su aprobación y gestión.

e) Área especializada en la gestión de riesgos

Las mutualidades deben contar con un área especializada en la gestión de riesgos, la cual debe ser independiente de las áreas funcionales y de apoyo.

El directorio debe asegurar que el área especializada en la gestión de riesgos, cuente con recursos suficientes para el pleno desarrollo de sus actividades, así como la independencia suficiente para la toma de decisiones.

La gestión de riesgos debe estar a cargo de un profesional, con dependencia directa de la gerencia general, que pueda requerir a las distintas gerencias y unidades, la información necesaria para cumplir con su cometido y que pueda ejercer autoridad o influencia suficiente para detener u objetar operaciones riesgosas.

Sin perjuicio que el área especializada en la gestión de riesgos dependa del gerente general, podrá reportar al comité de riesgos y al directorio. Por otra parte, la remoción del encargado de esta área, debe ser efectuada con la aprobación del directorio, informando las causas de la desvinculación a la Superintendencia de Seguridad Social, junto con el envío de la correspondiente acta de directorio, donde conste la remoción.

Es importante que el profesional a cargo de la gestión de riesgos, posea dominio respecto a las actividades de la organización y sus procesos, que esté en pleno conocimiento de las políticas de gestión de riesgos dictadas por el directorio (incluido el apetito por riesgo), y que tenga la capacidad profesional para evaluar la importancia de los distintos riesgos de la entidad y juzgar los costos y beneficios de las actividades de control.

Dicha área debe cumplir, entre otras funciones, con las siguientes:

i) Proveer el apropiado marco de políticas para establecer los estándares mínimos de control interno dentro de los cuales la mutualidad debe administrar sus riesgos.

ii) Desarrollar, actualizar, proponer cambios y comunicar las estrategias, políticas, manuales, procedimientos y metodología de gestión de riesgos.

iii) Dar soporte técnico al directorio y a las demás áreas funcionales y de apoyo, en las distintas actividades necesarias para la implementación y ejecución de la metodología de gestión de riesgos.

iv) Conocer en detalle los niveles de exposición y los riesgos asumidos y validados por las distintas áreas funcionales y de apoyo, aplicando procesos de autoevaluación periódicos o cuando cambios importantes en los procesos lo ameriten.

v) Mantener actualizada la información contenida en la base de eventos de riesgo Operacional, y apoyar en el reporte de los eventos registrados por las áreas funcionales y de apoyo.

vi) Monitorear y evaluar el impacto de los cambios en las normativas, regulaciones, leyes, procesos, y desarrollos de nuevos servicios que alteren el actual mapa de riesgos de la mutualidad.

vii) Solicitar, consolidar y monitorear permanentemente los indicadores definidos para los distintos riesgos establecidos en las políticas de gestión de riesgos, así como también los informes sobre la gestión de riesgos.

viii) Identificar las necesidades de capacitación y difusión que permitan una mejor gestión de riesgos.

ix) Informar, a lo menos cada seis meses, al directorio, al comité de riesgos, al comité de auditoría si corresponde, a la gerencia general y a los dueños de procesos, sobre el cumplimiento de las políticas y los manuales de gestión de riesgos definidos por la mutualidad, así como también respecto a los indicadores de riesgo definidos y los incidentes más significativos ocurridos. De la presentación que se efectúe, su discusión y aprobación, debe quedar constancia en las actas de sesión de directorio y comités correspondientes.

Esta área puede delegar determinadas funciones de evaluación, tales como la realización de pruebas a los procedimientos y controles, en otras personas o entidades calificadas externas. No obstante, dicha área continúa siendo responsable de aquellas funciones, las que se deben efectuar bajo su supervisión.

f) Auditoría interna

La unidad de auditoría interna, con dependencia directa del directorio, debe evaluar el cumplimiento de los procedimientos utilizados para la gestión de cada uno de los riesgos a los que se ve expuesta la mutualidad, de acuerdo a las exigencias contenidas en las presentes instrucciones.

El rol de auditoría interna debe ser independiente del área encargada de la gestión de riesgos, debiendo para ello contar con los recursos necesarios, la independencia y la objetividad, permitiéndosele con ello entregar información relevante en la toma de decisiones al directorio, sobre la calidad de la gestión de riesgos que se realiza en la mutualidad.

De manera específica, la unidad de auditoría interna debe realizar, entre otras, las siguientes actividades:

i) Monitorear el cumplimiento de la metodología establecida para la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de riesgos.

ii) Proveer una visión independiente de la efectividad del enfoque y la implementación de la metodología de gestión de riesgos.

iii) Verificar que la gestión de riesgos esté presente de manera transversal y correctamente integrada en el funcionamiento de la mutualidad.

iv) Validar el adecuado cumplimiento y seguimiento de los planes de mitigación de riesgos, además de los procedimientos para la revisión y actualización del sistema de gestión de riesgos.

v) Validar los procedimientos de reportes de la información de gestión de riesgos generados para los distintos niveles de la organización.

La unidad de auditoría interna debe reportar directamente al directorio, al comité de riesgos y al comité de auditoría, si corresponde, respecto de los resultados obtenidos de las actividades señaladas precedentemente.

4. Manuales de gestión de riesgos

Basándose en las políticas de gestión riesgos, las mutualidades deben establecer procesos formales y debidamente aprobados para implementar la gestión de riesgos que surjan de los procesos asociados a las actividades efectuadas por dichas entidades.

Tales procesos deben estar debidamente documentados en un manual de gestión de riesgos, para cada uno de los riesgos normados en las presentes instrucciones, el cual debe describir las etapas del proceso de gestión de riesgos, junto a los requerimientos de documentación y de informes resultantes.

Los manuales de gestión de riesgos, así como cualquier modificación, deben ser remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social en un plazo no mayor a 5 días hábiles, contado desde el día siguiente a la celebración de la Sesión de directorio donde éste fue aprobado.

Los manuales de gestión de riesgos deben contemplar, a lo menos, los siguientes aspectos:

a) Funciones y responsabilidades asociadas con la gestión de riesgos por parte del directorio, la gerencia general, el comité de riesgos, el área especializada en la gestión de riesgos, las áreas funcionales y de apoyo y auditoría interna.

b) Área responsable de desarrollar, implementar e impulsar la gestión de riesgos en la entidad.

c) Taxonomía o categorías de riesgo a abordar.

d) Definición de apetito y tolerancia al riesgo.

e) Marco del proceso de gestión de riesgos.

f) Descripción del proceso de gestión de riesgos, acorde a metodologías y modelos que hayan sido aprobados por el directorio.

g) Procedimientos de monitoreo de límites y acciones a seguir para que dichos límites se cumplan.

h) Procedimientos de pruebas de estrés.

i) El proceso para la aprobación de propuestas de nuevas operaciones o servicios, el cual debe contar, entre otros aspectos, con una descripción general de la nueva operación, producto o servicio que se trate, los riesgos identificados, las acciones a tomar para su control y una opinión fundada por parte del área responsable de la gestión de riesgos.

j) El procedimiento general para el almacenamiento de los datos e informes de riesgos, el cual debe asegurar que la información que sirve de base en las metodologías de medición de riesgos, sea precisa, íntegra, oportuna y quede archivada. Toda modificación a dicha información debe quedar documentada, y además, debe contar con la explicación sobre su naturaleza y motivo que originó el cambio.

k) El procedimiento de actualización de los manuales de gestión de riesgos, indicando la periodicidad e instancia de la revisión, debiendo quedar registro de ello.

5. Cultura sobre la gestión de riesgos

Los funcionarios de la mutualidad deben conocer y dar cumplimiento cabal a las políticas de gestión de riesgos, debiendo existir evidencia de la toma de conocimiento de éstas. Lo anterior, se condice con la promoción a sus empleados de actividades de capacitación sobre gestión de riesgos, considerando las diferentes responsabilidades y roles que existen entre cada uno de ellos.

6. Pruebas de estrés

Las pruebas de estrés es un término que describe variadas técnicas que permiten la identificación de la vulnerabilidad de la mutualidad frente a cambios significativos excepcionales, pero posibles.

Estas pruebas están orientadas a medir la influencia de factores claves de riesgo en forma aislada, o unos pocos factores altamente correlacionados, sobre la exposición de riesgo de la entidad y su habilidad para mitigar riesgos, debido a cambios en los supuestos.

La elección de los escenarios de estrés depende de múltiples factores, incluyendo la relevancia de eventos históricos. Sin embargo, para estos ejercicios deben considerarse también eventos hipotéticos.

a) Las pruebas de estrés deben realizarse por tipo de riesgo, según lo solicitado en estas instrucciones. Es importante destacar que las pruebas de estrés solicitadas deben contemplar los siguientes elementos:

   i) Descripción detallada de cada variable utilizada en los diferentes escenarios, indicando la relevancia en la medición del riesgo de la mutualidad.

   ii) Identificación y descripción de la metodología utilizada (mediante eventos históricos, eventos definidos por la Superintendencia de Seguridad Social, eventos hipotéticos o una mezcla de éstos).

   iii) Detallar la magnitud de aumentos o disminuciones de los valores de las variables estresadas y cuantificar su impacto. Específicamente, para el riesgo técnico se debe medir, al menos, el impacto en las reservas de pensiones, subsidios, indemnizaciones y prestaciones médicas. Para el riesgo de mercado, se debe cuantificar, al menos, el impacto en el excedente, en el patrimonio y en el descalce de activos y pasivos, según corresponda. Para el riesgo de liquidez, se debe medir, al menos, el impacto en las brechas de liquidez para cada una de las bandas temporales requeridas en estas instrucciones. Por último, para el riesgo de crédito se debe medir, al menos, el impacto en provisiones por este ítem.

   iv) Conclusión de los resultados obtenidos para cada escenario, y las medidas de mitigación asociadas si corresponde.

b) Asimismo, para la construcción de las pruebas de estrés las mutualidades deben almacenar toda la información relevante sobre el proceso de desarrollo, la cual debe ser lo suficientemente detallada como para permitir la replicación de todos los pasos, considerando los siguientes requisitos:

   i) Información histórica: Se debe recopilar la mayor cantidad de información histórica para la selección de los escenarios.

   ii) Validación de la información: Es necesario realizar pruebas de consistencia en las bases de datos, completitud y calidad. Construir un indicador de "calidad" y reportes respecto de los ámbitos mencionados.

   iii) Descripción de las variables utilizadas: Se deben detallar las variables utilizadas, ya sean continuas o categóricas, escala de medición, transformaciones, entre otras.

   iv) Análisis exploratorio de las muestras o poblaciones: Se debe contemplar el análisis univariado (tablas de

frecuencia, medidas de dispersión, histogramas, diagramas de caja, etc.) y multivariado (correlaciones entre variables, histogramas condicionados y otros).

v) Justificación de la metodología utilizada.

vi) Documentación de resultados de metodologías estadísticas (si aplica).

vii) Uso de software y todos los modelos estimados incluyendo el modelo seleccionado (si aplica).

Las pruebas de estrés deben contener la información del semestre correspondiente, las cuales deben ser remitidas a la Superintendencia de Seguridad Social hasta el último día del mes subsiguiente al cierre del 1º y 2º semestre, es decir agosto y febrero respectivamente, previa aprobación por parte del directorio de la mutualidad.

CAPÍTULO IV. Evaluación interna de riesgos

La mutualidad debe enviar a la Superintendencia de Seguridad Social un informe anual sobre la gestión de los riesgos especificados en la letra B de este Título, a más tardar, el último día del mes de marzo del año siguiente. Dicho informe debe contener, al menos la siguiente información:

1. Evaluación cuantitativa y cualitativa respecto a los riesgos contemplados en su política de gestión integral de riesgos, indicando su nivel de exposición. De forma especial, para el caso del riesgo operacional, se debe incluir además su distribución a través de las líneas de negocio y categorías de riesgo.

2. Hechos relevantes acaecidos dentro de la mutualidad en términos de los riesgos gestionados.

3. Pérdidas por eventos de riesgos gestionados y su evolución, incluyendo un detalle de las pérdidas más relevantes registradas por la mutualidad. Para el caso del riesgo operacional, se debe incluir un detalle diferenciando los impactos por las distintas líneas de negocio y categorías de riesgo.

CAPÍTULO V. Autoevaluación de cumplimiento normativo

La mutualidad debe efectuar una vez al año, una autoevaluación del cumplimiento de los requisitos de las instrucciones impartidas en este Título IV, para lo cual debe establecer sus propios indicadores de medición, los cuales deben ser claros, objetivos y verificables por parte de la Superintendencia de Seguridad Social. Dicha pauta debe confeccionarse teniendo en cuenta los diferentes tópicos contemplados en las presentes instrucciones.

La mutualidad debe enviar a la Superintendencia de Seguridad Social la referida autoevaluación respecto al año calendario anterior, a más tardar el último día del mes de marzo de cada año, según el formato del Anexo N°17 "Informe autoevaluación de cumplimiento normativo de gestión de riesgos".

El sistema de gestión y evaluación de los riesgos gestionados debe ser objeto de una revisión periódica, al menos anual, por parte de la unidad de auditoría interna.

B. Gestión específica de los riesgos

La gestión de riesgos debe orientarse a cada uno de los riesgos frente a los cuales la mutualidad está expuesta, considerando a lo menos lo que se señala en los Capítulos I, II, III, IV y V siguientes.

CAPÍTULO I. Riesgo técnico

1. Aspectos generales

En la gestión del riesgo técnico, la mutualidad debe monitorear el comportamiento de la mortalidad de los pensionados y de quienes ameritan una reserva. Adicionalmente, debe mantener los equilibrios de riesgo entre los activos y pasivos, producto de los cambios que se susciten en el mercado respecto de las tasas de interés de los instrumentos que respaldan las reservas, con tal de velar por los equilibrios entre el nivel de gasto e ingresos esperado.

Respecto de la mortalidad de los pensionados, la mutualidad debe realizar estudios del comportamiento de la longevidad, con la finalidad de monitorear las desviaciones entre las tablas de mortalidad que se utilicen para la determinación de las reservas y el comportamiento propio de los pensionados de la mutualidad. Además, en el cálculo de reservas por otro tipo de prestaciones, en donde se utilicen factores técnicos, éstos de igual forma serán sujeto de análisis por parte de la mutualidad.

Por otra parte, respecto de la tasa de interés es fundamental que exista un calce entre los activos y pasivos en términos de su duración, con tal de que el portafolio de la mutualidad se mantenga inmunizado ante cambios en la tasa de descuento.

La mutualidad debe remitir a la Superintendencia de Seguridad Social un informe de suficiencia de reservas, aprobado por el directorio, donde se pronuncie respecto al nivel de suficiencia de las reservas constituidas para el año calendario anterior, a más tardar el último día del mes de marzo.

Asimismo, la mutualidad debe establecer e implementar un manual para el cálculo y constitución de reservas, aprobado por el directorio, donde se expongan los diferentes criterios utilizados, supuestos, los modelos de cálculos, responsables, periodicidad de revisión del modelo, registro y su contabilización. Además, el referido manual deberá señalar el procedimiento de revisión y actualización, indicando la periodicidad e instancia de la revisión. Estas revisiones deben

ser realizadas con un periodicidad de a lo menos una vez al año, debiendo quedar registro de ello.

El manual para el cálculo y constitución de reservas, así como cualquier modificación, debe ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social en un plazo no mayor a 5 días hábiles, contado desde el día siguiente a la celebración de la sesión de directorio donde éste fue aprobado.

En forma específica, la mutualidad debe contemplar en la respectiva política y manual, según corresponda, los siguientes elementos:

a) Riesgo de tasa de interés técnico

Metodología y procedimiento explícito que permitan medir el impacto en las reservas técnicas ante cambios en la tasa de interés técnico.

b) Riesgo de longevidad

i) Procedimientos explícitos para evaluar permanentemente la suficiencia de sus reservas técnicas y el riesgo de longevidad, cuando corresponda, y medir el grado de exposición del capital de la mutualidad a desviaciones significativas respecto de las estimaciones efectuadas. Dichos procedimientos deben tener una base actuarial y realizarse por personal capacitado y que disponga de los recursos necesarios para ello.

ii) La evaluación de la suficiencia de las reservas técnicas deben efectuarse sobre la base de pruebas retrospectivas (backtesting), como también mediante la estimación de probabilidades asociadas a escenarios de insuficiencia, y al análisis de escenarios de estrés.

iii) Recopilación de información con el objeto de evaluar periódicamente la experiencia de longevidad en relación a la contenida en las tablas de mortalidad utilizadas en los modelos actuariales, con la finalidad de calibrar y gestionar efectivamente su riesgo de longevidad.

iv) Métodos para monitorear el cumplimiento de los procedimientos, metodologías y estrategias de mitigación establecidas.

c) Riesgo de gestión de siniestros

i) Desarrollar, documentar e implementar una administración de siniestros efectiva y apropiada así como procedimientos de control, junto con establecer los criterios y metodologías de aprobación o rechazos de accidentes o enfermedades laborales y resolución de disputas, de manera oportuna.

ii) Desarrollar e implementar procedimientos para supervisar y controlar en forma eficaz las reservas.

iii) Una metodología y procedimiento explícito de asignación de costos de las prestaciones médicas otorgadas y una estimación de aquellas por otorgar. Tanto la metodología utilizada como las estimaciones realizadas deben ser revisadas al menos una vez al año y actualizadas cuando se observen cambios que lo ameriten.

2. Medición

Las mutualidades deben medir e informar periódicamente a la Superintendencia de Seguridad Social respecto de su exposición al riesgo técnico, considerando el riesgo en la tasa de interés técnico, riesgo de longevidad y riesgo de gestión de siniestros.

A continuación se presentan las medidas que se deben utilizar para la medición de cada riesgo. Por lo tanto, las mutualidades deben construir y monitorear al menos los siguientes indicadores:

a) Suficiencia de reserva por pago de pensiones

Este indicador mide el nivel de suficiencia de la reserva por pago de pensiones constituida por la mutualidad respecto al pago efectivo de pensiones, en un período determinado de 12 meses.

$$Suficiencia\ de\ Reserva\ Pensiones_{i,i-k} = \frac{Reserva\ de\ Pensiones_{i,i-k} \times (1+r)^n}{Pago\ de\ Pensiones_{i,i-k}}$$

Donde:

Pago de Pensiones $_{i, i-k}$: Corresponde a los pagos efectivos realizados en el periodo i, respecto del colectivo de pensionados por los que se tenía reserva al inicio del periodo i-k. Cabe señalar que los respectivos pagos deberán ser actualizados por la variación del IPC definida según el D.L. N°2.448 del Ministerio de Hacienda.

Por ejemplo, para el periodo finalizado el 31.12.2015, el pago para k = 0 corresponderá a los pagos efectuados entre el 01.01.2015 y el 31.12.2015, respecto del colectivo de pensionados por los que se tenía reserva al 01.01.2015. En este caso, los pagos realizados en el periodo deberán ser actualizados por la variación del IPC definida según el D.L. N°2.448 del Ministerio de Hacienda.

De igual forma, para el caso de k = 1, el denominador corresponderá a los pagos efectuados entre el 01.01.2015 y el

31.12.2015, respecto del colectivo de pensionados por los que se tenía reserva al 01.01.2014, debiéndose actualizar dichos pagos año a año por la variación del IPC definida según el D.L. N°2.448 del Ministerio de Hacienda.

Reserva de Pensiones □, i-k : corresponde a la reserva que se liberó entre el inicio y el final del respectivo periodo i (periodo de doce meses móviles). Cabe señalar que los saldos iniciales deberán ser actualizados por la variación del IPC definida según el D.L. N°2.448 del Ministerio de Hacienda y por la correspondiente tasa de interés utilizada para el cálculo de reservas.

Por ejemplo, para el periodo i, comprendido entre el 01.01.2015 y el 31.12.2015, con k = 0, el numerador del indicador se calculará como la liberación de reservas que se reconoce en el periodo comprendido entre el 01.01.2015 y el 31.12.2015, respecto del colectivo de pensionados por los que se tenía reserva al inicio del periodo, es decir al 01.01.2015, debiéndose actualizar por la variación del IPC definida según el D.L. N°2.448 del Ministerio de Hacienda y por la correspondiente tasa de interés utilizada para el cálculo de reservas.

De igual forma, para el caso de k = 1, el numerador del indicador se calculará como la liberación de reservas que se reconoce en el periodo comprendido entre el 01.01.2015 y el 31.12.2015, respecto del colectivo de pensionados por los que se tenía reserva al 01.01.2014, debiéndose actualizar por la variación del IPC definida según el D.L. N°2.448 del Ministerio de Hacienda y por la tasa de interés utilizada para el cálculo de reservas.

r: Corresponde a la tasa de interés utilizada en el cálculo de reservas.

n: Corresponde al número de años o periodos en el cual se compara la suficiencia de reservas. Se debe considerar que tanto el numerador y el denominador toman como referencia la variación de tiempo suscitada en el periodo i (periodo de doce meses móviles), por lo que el valor de *n* deberá ser igual a 1.

b) Suficiencia de reserva por prestaciones médicas

Este indicador, de carácter voluntario, mide la suficiencia en la estimación de la reserva por gastos de prestaciones médicas constituida por la mutualidad respecto al gasto médico efectivo, en un período determinado de 12 meses.

$$Suficiencia\ de\ Reserva\ Prestaciones\ Médicas_{\ i,i-k} = \frac{Reserva\ Gastos\ Prestaciones\ Médicas_{i,i-k} \times (1+r)^n}{Gasto\ por\ Prestaciones\ Médicas_{i,i-k}}$$

Donde:

Gasto por Prestaciones Médicas □ *-k*: Corresponde a aquellos gastos médicos que la mutualidad incurrió en un período determinado □ (período de 12 meses móviles), el cual se denominará □ = 0, referidos a las reservas constituidas en los □ *-k* períodos, donde *k* = 0,1,2,3 y 4, el cual está contenido en el ítem del FUPEF-IFRS 42040.

Reserva Gastos Prestaciones Médicas año □ *-k* : Corresponde a la reserva de gastos médicos constituida en los □ *-k* períodos, donde *k* = 0,1,2,3 y 4, para el pago de gastos médicos del período □ (período de 12 meses móviles), el cual se denominará □ =0, la cual está contenida en los ítems del FUPEF-IFRS 21060 y 22060.

r: Corresponde a la tasa de interés utilizada en el cálculo de reservas.

n: Corresponde al número de años o períodos en el cual se compara la suficiencia de reservas.

c) Cumplimiento de tablas

Este indicador mide el porcentaje de mortalidad actual que presentan los beneficiarios, respecto del número de fallecidos teóricos de la tabla de mortalidad utilizada para el cálculo de reservas.

$$Cumplimiento\ de\ tablas_i = \frac{Fallecidos\ Actuales_i}{Fallecidos\ Teóricos_i}$$

Donde:

Fallecidos Actuales □*: Corresponde al número de fallecidos reales en el período de referencia* i*, asociado a la tabla evaluada.*

Fallecidos Teóricos □: Corresponde al número teórico de fallecidos en el período de referencia □, contenido en la tabla evaluada.

Este indicador debe calcularse para cada tabla de mortalidad i en ejercicio, utilizando información de los últimos 12 meses tanto para el numerador como para el denominador.

d) Gestión de siniestros

Este indicador mide la proporción de apelaciones aceptadas, respecto del total de apelaciones realizadas a la Superintendencia de Seguridad Social, en relación de la resolución de calificación.

$$Gestión\ de\ Siniestros = \frac{Número\ de\ apelaciones\ por\ calificación\ aceptadas}{Número\ de\ apelaciones\ por\ calificación}$$

Donde:

Número de apelaciones por calificación aceptadas: Corresponde al número de resoluciones por calificación de accidentes laborales o enfermedades profesionales apeladas y aceptadas por la Superintendencia de Seguridad Social en los últimos 12 meses.

Número de apelaciones por calificación: Corresponde al número de resoluciones de calificación de accidentes laborales o enfermedades profesionales apeladas a la Superintendencia de Seguridad Social en los últimos 12 meses.

3. Pruebas de estrés de riesgo técnico

Las mutualidades deben confeccionar y enviar a la Superintendencia de Seguridad Social pruebas de estrés, las que deben estar aprobadas por el directorio de la mutualidad.

La elección de los escenarios de estrés es un proceso dinámico que depende de los factores de riesgo que al momento del análisis se estimen como relevantes. Al menos se deben evaluar cualitativa y cuantitativamente los siguientes escenarios:

a) Aumento de la longevidad de los trabajadores protegidos de la mutualidad.

b) Disminución en la tasa de interés técnico.

c) Aumento de la tasa de siniestralidad mensual.

d) Aumentos en los precios de las prestaciones médicas.

e) Cambios relevantes en la distribución de perfiles de beneficiarios que impacten en el cálculo de las reservas.

f) Otras variables importantes que modifiquen la composición de las reservas técnicas.

CAPÍTULO II. Riesgo de mercado

La mutualidad se expone al riesgo de mercado por cambios en la tasa de interés de los instrumentos de renta fija que posee y por cambios en los precios de sus activos de renta variable, debiéndose evaluar el riesgo de mercado de estos activos.

1. Aspectos generales

Las mutualidades deben contemplar en su gestión de riesgos de mercado los siguientes aspectos:

a) Una política de inversiones que establezca los objetivos y la estrategia de inversión necesaria para mitigar la exposición al riesgo de mercado. La estrategia de inversión debe ser formulada considerando la relación entre activos y pasivos de la mutualidad, en particular, el nivel de calce en términos de plazos y monedas fijado como objetivo.

b) Una fijación explícita de las responsabilidades de individuos y comités en la implementación de la estrategia de inversión, y en el monitoreo y control de los riesgos de las inversiones, incluyendo líneas de reporte y delegación de poderes para la autorización de las inversiones, según lo definido por el directorio.

c) Procedimientos que establezcan cómo son gestionados los activos financieros, considerando los siguientes aspectos:

   i) La metodología de monitoreo del nivel de exposición de la actual estrategia de inversión.

   ii) La gestión de inversiones a través de administradores de cartera externos a la mutualidad, si corresponde, y los criterios para la selección de éstos, los límites de inversiones para dicha gestión y los mecanismos por los cuales se monitorea el cumplimiento de estos límites.

   iii) Mecanismos de control y monitoreo del cumplimiento de los límites y restricciones establecidos, junto con el procedimiento para reportar a la gerencia general, al comité correspondiente y al directorio, cualquier exceso sobre los límites definidos.

   iv) Mecanismos para la revisión y actualización permanente de la estrategia de inversión, y de la implementación y funcionamiento de ésta, incluyendo plazos y alcance de la revisión.

2. Medición

Las mutualidades deben medir e informar periódicamente a la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de su exposición al riesgo de mercado, considerando el riesgo de tasa de interés y el riesgo de cambio de precio de la renta variable. A continuación se presentan las medidas que, al menos, se deben utilizar para la medición de cada riesgo.

a) Medición del riesgo de tasa de interés de mercado

Las mutualidades deben evaluar el riesgo de cambio en las tasas de interés de las inversiones que mantengan en cualquier tipo de bonos, obligaciones u otros instrumentos de renta fija, así como también para el caso de sus pasivos afectos a riesgo de tasa de interés.

Para ello deben efectuar un análisis de duración o "*duration*". Este análisis es relevante considerando que el descalce entre los flujos de activos y pasivos, expone a la mutualidad a pérdidas ante la variación de las tasas de interés. Calculando la duración y el monto de activos y pasivos sujetos a cambio en sus valores por variaciones en la tasa de interés, se determinará el grado de exposición de la mutualidad a pérdidas ocasionadas por el cambio de la tasa de interés de mercado.

Para este efecto, se debe calcular el valor actual y la duración de cada uno de los instrumentos de renta fija y de los pasivos afectos a riesgo de tasa de interés. Con la duración individual se determinará la duración de la cartera de inversiones de renta fija y de pasivos financieros de la mutualidad, calculada como el promedio de las duraciones ponderadas por el valor de cada instrumento.

La fórmula para el cálculo de la duración es la siguiente:

$$D = \frac{\sum_{t=1}^{n} \frac{F_t \times t}{(1+i)^t}}{\sum_{t=1}^{n} \frac{F_t}{(1+i)^t}} = \frac{\sum_{t=1}^{n} \frac{F_t \times t}{(1+i)^t}}{P_0}$$

Donde:

D: Corresponde a la duración del instrumento.

F_t: Corresponde al flujo nominal de fondos en el momento *t*.

i: Corresponde a la tasa de interés de descuento.

P_0: Corresponde al precio actual del instrumento.

Por otra parte, la duración modificada (*D**), cuya fórmula es similar a la anterior, pero dividida por (1+i), es una medida más directa de la reacción porcentual del precio (valor presente) al cambio en la tasa de interés.

La fórmula para el cálculo de la duración modificada es la siguiente:

$$D^* = \frac{D}{(1+i)}$$

Una vez obtenidas las duraciones de los activos y pasivos afectos a riesgo de tasa de interés, se debe determinar el descalce de activos y pasivos de la mutualidad, a través del cálculo del GAP de Duración, el cual no sólo considera el descalce en plazo, sino también los montos registrados de activos y pasivos sensibles a riesgo de tasas de interés. El GAP de Duración se obtiene de la siguiente forma:

$$GAP\ de\ Duración = D_A - D_P \times \frac{P}{A} \times \frac{(1+i_A)}{(1+i_P)}$$

Donde:

D_A: Corresponde a la duración de los activos afectos a riesgo tasa de interés.

D_P: Corresponde a la duración de la cartera de pasivos afectos a riesgo de tasa de interés.

P: Corresponde al monto total de pasivos afectos a riesgo de tasa de interés.

A: Corresponde al monto total de activos afectos a riesgo de tasa de interés.

i_A: Corresponde a la tasa de interés promedio ponderada de la cartera de activos afectos a riesgo tasa de interés.

i_P: Corresponde a la tasa de interés promedio ponderada de la cartera de pasivos afectos a riesgo tasa de interés.

Así como una baja de la tasa de interés provoca un aumento en el valor de los pasivos, y con ello una pérdida en el valor del patrimonio, la misma baja de la tasa de interés provoca un aumento en el valor de los activos, lo que significa un aumento compensatorio en el patrimonio. Para saber cuál de los dos efectos primará, deben observarse ambos lados del balance al mismo tiempo.

El impacto final depende tanto del monto (valor presente) de activos y pasivos, como de la duración de ellos. De este modo, se puede observar que el cambio neto del patrimonio es igual a:

$$Cambio\ en\ Patrimonio = -(A \times D_A^* - P \times D_P^*) \times \Delta i$$

Donde:

A: Corresponde al monto total de activos afectos a riesgo de tasa de interés.

P: Corresponde al monto total de pasivos afectos a riesgo de tasa de interés.

$D_A{}^*$: Corresponde a la duración modificada de la cartera de activos afectos a riesgo tasa de interés.

$D_P{}^*$: Corresponde a la duración modificada de la cartera de pasivos afectos a riesgo tasa de interés.

Δ□: Corresponde a la variación de la tasa de interés.

La expresión anterior es equivalente a:

$$Cambio\ en\ Patrimonio = -(GAP\ de\ Duración) \times A \times \frac{\Delta i}{(1 + i_A)}$$

De la ecuación anterior se puede concluir que el GAP de duración, expresado en años, refleja el descalce del balance de la mutualidad, el cual mientras mayor es en términos absolutos, más expuesta está la entidad a variaciones en la tasa de interés.

El segundo término de la ecuación mide el tamaño de los activos de la entidad. Entre mayor sea el tamaño de la mutualidad, mayor será el monto en dinero de la exposición potencial del patrimonio para cualquier variación en la tasa de interés.

Por último, el tercer término de la ecuación representa el tamaño de la variación en la tasa de interés. Entre mayor sea ésta, mayor será la exposición en el patrimonio de la mutualidad.

Al respecto, la mutualidad debe establecer el límite máximo de descalce entre sus activos y pasivos, utilizando el GAP de duración, el que debe estar definido en la respectiva política, y aprobado por el Directorio de la mutualidad. Además, debe calcular periódicamente el potencial cambio en el patrimonio de la entidad, asumiendo probables variaciones en la tasa de interés, utilizando información histórica de los cambios registrados durante a lo menos los últimos 12 meses.

Asimismo, cada mutualidad debe monitorear la evolución de la duración de sus activos y pasivos afectos a riesgo de tasa de interés y el GAP de duración, informando a la Superintendencia de Seguridad Social.

b) Medición del riesgo de cambio de precio de la renta variable

Para la medición del riesgo de cambio de precio de las inversiones en renta variable se debe considerar como factor de riesgo, la volatilidad de los activos que registre la mutualidad en relación con el portafolio de mercado, la que debe ser medida a través del factor "Beta" de cada acción, correspondiente a la covarianza entre el rendimiento del porfolio de mercado (para el caso de acciones chilenas el IPSA) y el rendimiento del activo individual, dividido por la varianza del rendimiento del portafolio de mercado.

El "Beta" de cada acción debe corresponder al informado por los sistemas de información financieros disponibles en el mercado. En el caso de acciones cuyo "Beta" no se encuentre disponible, se debe considerar un valor "Beta" de 1. Para el caso de las inversiones en Fondos Mutuos y Fondos de Inversión, en donde no sea factible obtener el cálculo de dicho "Beta", se debe considerar un valor de 1,5.

La mutualidad debe obtener el "Beta" de la cartera de acciones, de la siguiente forma:

$$\beta_P = \sum_{k=0}^{n} W_k \times \beta_k$$

Donde:

β_P: Corresponde al índice "Beta" del portafolio de acciones, Fondos Mutuos o Fondos de Inversión de la mutualidad.

β_k: Corresponde al índice "Beta" de la acción, Fondo Mutuo o Fondo de Inversión *k*.

W_k: Corresponde a la proporción invertida en la acción, Fondo Mutuo o Fondo de Inversión *k,* en relación al monto total de la cartera de acciones.

En la respectiva política la mutualidad debe definir el Beta máximo que podrá registrar la cartera de inversiones, el cual debe estar aprobado por el directorio de la mutualidad.

Asimismo, cada mutualidad debe monitorear periódicamente la evolución del referido factor, informando a la Superintendencia de Seguridad Social el valor del "Beta" de su cartera de inversiones.

3. Pruebas de estrés de riesgo de mercado

Las mutualidades deben confeccionar y enviar a la Superintendencia de Seguridad Social pruebas de estrés, las que deben estar aprobadas por el directorio de la mutualidad.

Las pruebas de estrés deben contener una evaluación cualitativa y cuantitativa de los distintos escenarios testeados, considerando al menos los siguientes:

a) Variación en las tasas de interés utilizadas para valorizar los activos y pasivos afectos a riesgo de tasa de interés que posea la mutualidad.

b) Un descenso en el valor de mercado de los instrumentos de renta variable que registre la mutualidad.

CAPÍTULO III. Riesgo de crédito

1. Aspectos generales

a) Las tres principales áreas que concentran en una mutualidad el riesgo de crédito, y que deben ser evaluadas, son las siguientes:

i) Inversiones financieras. Los ratings crediticios reflejan la capacidad de pago de los emisores de instrumentos financieros, en el caso de las mutualidades, normalmente mantienen inversiones financieras por su deber de constituir reservas técnicas para respaldar obligaciones por compromisos de largo plazo, pensiones de invalidez y sobrevivencia, las cuales deben estar respaldadas con instrumentos financieros de emisores de características específicas. Existe riesgo de crédito cuando sus instrumentos financieros cambien su clasificación o categoría de riesgo a una menor que la registrada al momento de su adquisición.

ii) Cotizaciones. Provenientes de la cotización básica (letra a), artículo 15, Ley N°16.744), adicional (letra b), artículo 15, Ley N°16.744) y extraordinaria (artículo sexto transitorio, Ley N°19.578). Existe riesgo de crédito cuando los adherentes de las mutualidades, por diversos motivos, no pagan oportunamente las obligaciones previsionales.

iii) Venta de servicios a terceros. Genera cuentas por cobrar de beneficiarios o por las entidades que firman convenios o compromisos de pago con las mutualidades, tales como Servicios de Salud, ISAPRES, empresas, sindicatos, oficinas de bienestar, entre otras.

b) Las mutualidades deben considerar en su administración del riesgo de crédito los siguientes aspectos:

i) En la política de riesgo de crédito se debe definir el rango aceptable de calidad de crédito de las contrapartes y de diversificación de la exposición al riesgo de crédito.
En particular para las inversiones financieras, las mutualidades pueden utilizar la clasificación de riesgo del emisor o instrumento como un insumo, pero no deben descansar exclusivamente en esta información para la gestión del riesgo de crédito. En este sentido, como complemento a la clasificación de riesgo, las mutualidades deben llevar a cabo sus propios análisis de riesgo de crédito.

ii) En el caso de riesgo de crédito por cotizaciones y por venta de servicios a terceros (excluye a riesgo de crédito por las inversiones financieras), debe considerar límites de exposición al riesgo de crédito o diversificación por:

- Contrapartes individuales y grupos de contrapartes relacionados.
- Sectores industriales y económicos.
- Distribución geográfica.

iii) Procedimientos asociados con la actualización de la política de riesgo de crédito y tratamiento de excepciones, aprobar excesos temporales o excepcionales y plazos máximos para éstos, reducir límites o excluir una contraparte, cuando ésta presente problemas, cuando corresponda. Controlar y monitorear el cumplimiento de los límites establecidos.

iv) Procedimientos para reportar a la gerencia general, al comité correspondiente y al directorio sobre los niveles de exposición al riesgo de crédito, concentración de riesgo y exceso sobre los límites definidos.

v) Sistema de información que permita:

- Reportar la exposición al riesgo por contraparte o grupo de contrapartes, tipos de activos, actividad económica, región geográfica, entre otros, de una forma oportuna y clara.
- Almacenar la información de la totalidad de las cotizaciones, incluyendo las cotizaciones por cobrar con los perfiles necesarios para la plena identificación de ellos.
- Almacenar la información de los convenios de pago que firman las mutualidades para pacientes no Ley, con información de deudores, compromisos de pago y perfiles asociados.

2. Medición

Las mutualidades deben medir e informar a la Superintendencia de Seguridad Social su exposición al riesgo de crédito, considerando el riesgo en las inversiones financieras, cotizaciones por cobrar y actividades por venta de servicio a terceros. A continuación se presentan las medidas que se deben utilizar para la medición de cada riesgo.

a) Inversiones financieras

Respecto al riesgo de crédito por inversiones financieras, y de acuerdo a lo instruido en la Letra F del Título III del Libro VIII, las mutualidades deben constituir una provisión sobre el valor contable de sus instrumentos financieros, cuando éstos cambien su clasificación o categoría de riesgo a una menor que la registrada al momento de su adquisición.

De forma complementaria, en la Letra F del Título III del Libro VIII, se instruye a las mutualidades evaluar

permanentemente la existencia de deterioro de sus instrumentos financieros, por lo cual en caso que existan razones fundadas, la mutualidad podrá evaluar de forma más restrictiva a un emisor de instrumentos financieros.

Además, se deberá tener presente el agravamiento del riesgo de crédito proveniente de la concentración de diversos activos financieros emitidos por un mismo emisor o grupo empresarial.

b) Cotizaciones

i) Tasa de impago por número de cotizaciones por cobrar

Este indicador mide la proporción de cotizaciones impagas respecto del total de trabajadores protegidos que registra la mutualidad.

$$TICN_{ij} = \frac{Número\ de\ Cotizaciones\ Impagas_{ij}}{Número\ Total\ de\ Trabajadores\ Protegidos_i}$$

Donde:

Número de Cotizaciones Impagas □ ,*j* : Corresponde al número de cotizaciones impagas en el periodo de cálculo i clasificadas en cuatro j grupos:

j="30-" donde se incorporan todas las cotizaciones con menos de 30 días de impago;

j= "30" donde se incorporan todas las cotizaciones con 30 o más días de impago, pero menos que 60;

j= "60" donde se incorporan todas las cotizaciones con 60 días de impago o más y menos de 90;

j= "90+" donde se incorporan todas las cotizaciones mayores o iguales a 90 días de impago que no estén castigadas.

Número Total de Trabajadores Protegidos: Corresponde al número total de trabajadores protegidos que registra la mutualidad en el período i.

Para efectos del presente indicador, las cotizaciones constituirán "días de impago" posterior a la fecha legal de pago de cotizaciones.

ii) Tasa de impago por monto de cotizaciones por cobrar

Este indicador mide la proporción del monto de cotizaciones impagas respecto del monto total de cotizaciones por cobrar que la mutualidad debiera recibir por concepto de cotizaciones de trabajadores protegidos.

$$TICM_{ij} = \frac{Monto\ de\ Cotizaciones\ Impagas_{ij}}{Monto\ Total\ de\ Cotizaciones_i}$$

Donde:

Monto de Cotizaciones Impagas □ ,*j* : Corresponde al monto de cotizaciones impagas en el período de cálculo i clasificadas en cuatro j grupos:

j="30-" donde se incorporan todas las cotizaciones con menos de 30 días de impago;

j= "30" donde se incorporan todas las cotizaciones con 30 o más días de impago, pero menos que 60;

j= "60" donde se incorporan todas las cotizaciones con 60 días de impago o más, y menos de 90;

j= "90+" donde se incorporan todas las cotizaciones mayores o iguales a 90 días de impago que no estén castigadas.

Monto Total de Cotizaciones: Corresponde al monto total de cotizaciones que debiera percibir la mutualidad por el total de los trabajadores protegidos en el período de cálculo i del indicador.

Para efectos del presente indicador, las cotizaciones constituirán "días de impago" posterior a la fecha legal de pago de cotizaciones.

iii) Recuperaciones de cotizaciones por cobrar

Este indicador mide la porción de recuperaciones respecto del total de cotizaciones impagas.

$$RC_i = \frac{Montos\ de\ Cotizaciones\ Recuperadas_i}{Montos\ de\ Cotizaciones\ Impagas_{i-1}}$$

Donde:

Montos de Cotizaciones Recuperadas i: Corresponde al monto de cotizaciones recuperadas en el mes *i*.

Montos de Cotizaciones Impagas i-1: Corresponde al monto total cotizaciones impagas que registra la mutualidad en

el período anterior, respecto a la deuda de cotizaciones impagas generada en los últimos 24 meses.

Para efectos del presente indicador, las cotizaciones constituirán "días de impago" posterior a la fecha legal de pago de cotizaciones.

c) Venta de servicios a terceros

i) Tasa de impago por número, para actividades por venta de servicios a terceros

Este indicador mide la porción de compromisos impagos que posee la mutualidad respecto del total de compromisos que se registran por parte de entidades o personas naturales.

$$TITN_{ij} = \frac{Número\ de\ Compromisos\ Impagos_{ij}}{Número\ Total\ de\ Compromisos_i}$$

Donde:

Número de Compromisos Impagos ,*j*: Corresponde al número de compromisos impagos en el período i clasificados en cuatro j grupos:

j="30-" donde se incorporan todos los compromisos con menos de 30 días de impago;

j= "30" donde se incorporan todos los compromisos con 30 o más días de impago, pero menos que 60;

j= "60" donde se incorporan todos los compromisos con 60 días de impago o más y menos de 90;

j= "90+" donde se incorporan todos los compromisos mayores o iguales a 90 días de impago que no estén castigados.

Número Total de Compromisos: Corresponde al número total de compromisos que registra la mutualidad en el período de cálculo i del indicador.

ii) Tasa de impago por monto, para actividades por venta de servicios a terceros

Este indicador mide el porcentaje que registra en impago las mutualidades respecto del total de compromisos que se registran por parte de entidades o personas naturales.

$$TITM_{ij} = \frac{Montos\ Comprometidos\ en\ Impago_{ij}}{Cuentas\ por\ Cobrar_i}$$

Donde:

Montos Comprometidos en Impago ,*j*: Corresponde a la suma de los montos comprometidos que tiene la mutualidad con personas naturales o mediante convenios y que presenten j días de impago en cuatro grupos:

j="30-" donde se incorporan todos los compromisos con menos de 30 días de impago;

j= "30" donde se incorporan todos los compromisos con 30 o más días de impago, pero menos que 60;

j= "60" donde se incorporan todas las cotizaciones con 60 días de impago o más, y menos de 90;

j= "90+" donde se incorporan todos los compromisos mayores o iguales a 90 días de impago que no estén castigados.

Cuentas por Cobrar: Corresponde al monto que debiera percibir la mutualidad por el total de los trabajadores protegidos en el período i de cálculo del indicador, sin considerar la deuda que se encuentra castigada.

iii) Recuperaciones, para actividades por venta de servicios a terceros

Mide la porción de recuperaciones respecto del total de compromisos impagos que la mutualidad registra por parte de entidades o personas naturales y no hayan cumplido con sus obligaciones en los plazos comprometidos.

$$RT_i = \frac{Montos\ Recuperados_i}{Montos\ Impagos_{i-1}}$$

Donde:

Montos Recuperados i Montos Recuperadosi: Corresponde al monto de compromisos recuperados en el mes *i*.

Montos Impagos i-1 Montos Impagosi-1: Corresponde al monto total compromisos impagos que registra la mutualidad en el período anterior.

3. Pruebas de estrés de riesgo de crédito

Las mutualidades deben confeccionar y enviar a la Superintendencia de Seguridad Social pruebas de estrés por riesgo de crédito, las que deben estar aprobadas por el directorio de la mutualidad.

Las pruebas de estrés deben contener una evaluación cualitativa y cuantitativa de los distintos escenarios testeados, considerando al menos los siguientes escenarios:

a) Un aumento en el número y monto de cotizaciones impagas.

b) Una disminución significativa en las recuperaciones por concepto de cotizaciones impagas.

c) Un aumento importante en el número y monto de operaciones con morosidad en venta de servicios a terceros.

4. Reconocimiento y provisiones por riesgo de crédito

a) Antecedentes generales

En el marco de la implementación de un modelo de supervisión basado en riesgos corresponde que las mutualidades migren, desde un modelo de pérdida incurrida a uno de pérdida esperada, de manera de constituir anticipadamente las provisiones necesarias para cubrir eventuales pérdidas producto del no pago de las deudas previsionales y no previsionales.

Al respecto, el modelo de provisiones que se instruye tiene los incentivos para que las mutualidades diseñen e implementen mecanismos que permitan evaluar y monitorear permanentemente su cartera de deudores, con el objeto de focalizar sus esfuerzos de cobranza hacia aquellos grupos que presenten mayores niveles de morosidad.

Por lo anterior, es necesario que el directorio y la alta administración aseguren que se desarrollen los procesos necesarios según la complejidad y tamaño de cada mutualidad, para la determinación del nivel de provisiones suficientes para sustentar las pérdidas atribuibles al deterioro de la cartera de deudores, en concordancia con la tolerancia al riesgo contenida en las políticas y manuales que ha definido la entidad para la gestión del riesgo de crédito.

b) Roles y responsabilidades

El directorio de la mutualidad es responsable que la entidad cuente con un nivel de provisiones adecuado de acuerdo a la morosidad que presente la cartera de deudores previsionales y no previsionales. Asimismo, será responsable del cumplimiento de la totalidad de los requerimientos normativos dispuestos en las presentes instrucciones.

Por otra parte, la gerencia general de la mutualidad deberá garantizar que el modelo de provisiones y el posterior castigo de las deudas previsionales y no previsionales, operen adecuadamente, informando periódicamente al directorio de la mutualidad al respecto. Para lo anterior dispondrá del área especializada en la gestión de riesgos de la entidad.

Asimismo, la unidad de auditoría interna deberá examinar periódicamente, según su ciclo de auditoría, los procesos relacionados al cálculo y contabilización de las provisiones de deudores previsionales y no previsionales, así como también los procesos relacionados al castigo de dichas deudas, resguardando el cumplimiento de los requerimientos normativos instruidos por la Superintendencia de Seguridad Social.

c) Provisiones por deudas no previsionales

Las provisiones requeridas por la Superintendencia de Seguridad Social para las deudas no previsionales se basan en un modelo de pérdida esperada, con el objeto que las mutualidades constituyan oportunamente las provisiones necesarias para cubrir eventuales pérdidas derivadas del no pago de las deudas no previsionales que registran.

Para lo anterior, se deberá clasificar la cartera de deudores de acuerdo a la clasificación de riesgo por morosidad descrita en la letra a) siguiente, y posteriormente, efectuar el cálculo de las provisiones utilizando los factores asociados a cada clasificación de riesgo según lo dispuesto en la letra b) siguiente.

i) Clasificación de riesgo de la cartera por deudas no previsionales

Las mutualidades deben clasificar la cartera de compromisos por deudas no previsionales de acuerdo a su morosidad, la que corresponde a la situación en la que se encuentra un deudor por el hecho de no haber dado cumplimiento a la obligación legal o contractual dentro de plazo o condición.

Al respecto, la clasificación de los compromisos por deudas no previsionales se debe realizar considerando las categorías de morosidad que se describen a continuación:

- Categoría A: Compromisos cuyos deudores mantienen sus pagos al día.

- Categoría B: Compromisos cuyos deudores presentan una morosidad inferior o igual a 1 mes.

- Categoría C: Compromisos cuyos deudores presentan una morosidad superior a 1 mes e inferior o igual a 2 meses.
- Categoría D: Compromisos cuyos deudores presentan una morosidad superior a 2 meses e inferior o igual a 3 meses.
- Categoría E: Compromisos cuyos deudores presentan una morosidad superior a 3 meses e inferior o igual a 6 meses.
- Categoría F: Compromisos cuyos deudores presentan una morosidad superior a 6 meses e inferior o igual a 9 meses.
- Categoría G: Compromisos cuyos deudores presentan una morosidad superior a 9 meses e inferior a 18 meses.

ii) Provisiones por deudas no previsionales

Luego de realizar la clasificación de riesgo de la cartera, las mutualidades deberán determinar la provisión para cada compromiso, la que se obtendrá de la multiplicación entre el monto adeudado y los factores asociados a cada clasificación de riesgo del compromiso, de acuerdo al siguiente cuadro:

Clasificación de Riesgo del Compromiso	Factor
Categoría A	0,05
Categoría B	0,10
Categoría C	0,13
Categoría D	0,15
Categoría E	0,28
Categoría F	0,40
Categoría G	0,57

De forma complementaria al cuadro anterior, las mutualidades deberán provisionar el 100% de la deuda, una vez que ésta cumpla 18 meses de morosidad.

Adicionalmente, respecto a renegociaciones de deudas no previsionales, la mutualidad deberá mantener la clasificación de riesgo que poseía el compromiso anteriormente a esta operación, no pudiendo modificar su clasificación, en tanto no se registre el pago del 25% del monto adeudado.

Por otra parte, si la mutualidad detecta que el nivel de provisiones constituidas no es suficiente para cubrir el riesgo de la cartera, deberá constituir provisiones adicionales, considerando aspectos tales como perspectivas macroeconómicas adversas, circunstancias que puedan afectar a un grupo de deudores u otra situación que amerite considerar un riesgo adicional, las que deberán ser debidamente justificadas ante la Superintendencia de Seguridad Social.

d) Provisiones por deudas previsionales

Las mutualidades deberán constituir provisiones por el no pago de las deudas previsionales, utilizando un modelo de pérdida esperada. Al respecto, la mutualidad deberá aplicar un modelo que se ajuste a la realidad de su cartera, evaluando periódicamente el modelo de pérdida esperada utilizado para determinar las provisiones por deudas previsionales.

Cabe señalar, que el modelo adoptado por la mutualidad para la determinación de las provisiones de deudas previsionales, así como cualquier modificación, deberá contar con la aprobación previa de la Superintendencia de Seguridad Social.

No obstante lo señalado anteriormente, el reconocimiento o presunción de deudas previsionales y los ingresos respectivos, producto de la aplicación de las instrucciones contenidas en la Letra F, Título II, del LIBRO II, originará en el mismo mes el reconocimiento de una provisión por el 100% del valor de la deuda previsional.

e) Procedimiento para la declaración de incobrabilidad y posterior castigo de las deudas previsionales y no previsionales

Las mutualidades deberán solicitar semestralmente, si corresponde, la aprobación de la declaración de incobrabilidad a la Superintendencia de Seguridad Social para proceder a efectuar el castigo de las deudas previsionales y no previsionales, una vez que éstas cumplan 18 meses de morosidad.

Sobre el particular, las mutualidades deben remitir semestralmente a la Superintendencia de Seguridad Social la solicitud de incobrabilidad de las deudas que cumplan 18 meses de morosidad, a través del Sistema de Gestión de

Reportes e Información para la Supervisión (GRIS) con el detalle de dichas operaciones, cuyo contenido deberá ajustarse al formato establecido en la Letra B del Título II del LIBRO IX.

Adicionalmente, junto con lo anterior, se debe remitir al sistema GRIS de la Superintendencia de Seguridad Social un informe de la fiscalía de la mutualidad, detallando las acciones realizadas por la entidad respecto al cobro de los montos adeudados.

Las mutualidades deben remitir la información requerida a la Superintendencia de Seguridad Social, a más tardar, el último día del mes siguiente al término de cada semestre, es decir los días 31 de enero y 31 de julio de cada año. Si el referido día corresponde a un sábado, domingo o festivo, se deberá remitir la información a más tardar el día hábil siguiente.

En caso que la Superintendencia de Seguridad Social no autorice el castigo de las deudas para un período determinado o para un grupo de operaciones, esto no exime a la mutualidad de presentar la solicitud de incobrabilidad correspondiente al período siguiente.

Cabe señalar, que la aprobación de la declaración de incobrabilidad por parte de la Superintendencia de Seguridad Social, no obsta que la mutualidad realice las gestiones de cobranzas, tanto judiciales y prejudiciales, que correspondan.

f) Contabilización de las provisiones y los castigos

Las provisiones constituidas se deberán abonar a las cuentas de activos que corresponda según la clasificación de la deuda, y además, deberán ser imputadas en el ítem del FUPEF-IFRS 42160 "Pérdida por deterioro (reversiones), neta".

Los castigos de las deudas aprobados por la Superintendencia de Seguridad Social, se deberán concretar en el mes siguiente a aquel en que se aprobaron. Por otra parte, las recuperaciones de créditos castigados deberán ser imputadas en el ítem del FUPEF-IFRS 41070 "Otros ingresos ordinarios".

g) Cobranza judicial de las deudas previsionales y no previsionales

La cobranza judicial de las deudas morosas, tanto previsionales como no previsionales, será obligatoria para aquellas deudas superiores a 50 Unidades de Fomento, calculadas a la fecha en que el deudor deja de cumplir con su obligación.

Cabe señalar que las acciones de cobranza judicial deben comenzar dentro de los seis primeros meses contados desde el inicio de la morosidad.

Por otra parte, las mutualidades deberán mantener registros actualizados en algún sistema de información, donde se almacene la totalidad de las acciones judiciales llevadas a cabo durante el año en curso, identificando claramente, a lo menos, el nombre del deudor, el RUT del deudor, el monto adeudado, la fecha de inicio de las acciones de cobranza prejudicial, la fecha de inicio de las acciones de cobranza judicial, y el estado en el cual se encuentran las acciones de cobro. La referida información debe estar a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social para efecto de las fiscalizaciones periódicas que ésta realice.

h) Disposiciones transitorias
El reconocimiento contable de las provisiones por deudas no previsionales y previsionales que resulten de la aplicación de estas instrucciones respecto del stock de deudas al 31 de diciembre de 2016, deberá ser imputado en el ítem del FUPEF-IFRS 23010 "Fondos acumulados".

Lo anterior, podrá realizarse hasta por un período de 4 años a contar del año 2017, debiendo constituir a lo menos el 25% de las provisiones por deudas previsionales y no previsionales en el primer año, el 50% en el segundo año y el porcentaje restante durante el transcurso de los siguientes años.

CAPÍTULO IV. Riesgo de liquidez

Las mutualidades deben medir y controlar en todo momento su posición de liquidez, esto con el objeto de cumplir oportunamente sus obligaciones con sus trabajadores protegidos, pensionados y proveedores, acorde con la escala y riesgo de sus operaciones, tanto en condiciones normales de operación como en situaciones excepcionales, entendiéndose estas últimas como aquellas en las que los flujos de caja o efectivo puedan alejarse sustancialmente de lo esperado, por efecto de cambios no previstos en las condiciones generales del mercado laboral o en la situación particular de cada mutualidad.

1. Aspectos generales

Es necesario que la mutualidad considere respecto al riesgo de liquidez lo siguiente:

a) Una evaluación de las necesidades de liquidez de la entidad, considerando el nivel de calce de flujos de activos y pasivos, bajo condiciones normales de operación y bajo situaciones de estrés. En esta evaluación se debe considerar el nivel de incertidumbre asociado a los flujos esperados de pasivos.

b) Una clasificación de los activos de la entidad, por grado de liquidez y capacidad de liquidación de éstos.

c) Un análisis de las diferentes fuentes de liquidez adicionales a los activos y el grado de acceso a éstas que tiene la mutualidad, incluyendo flujos de cotizaciones y otras vías de financiamiento.

d) Una definición explícita de los montos mínimos de activos líquidos que la mutualidad mantendrá para tener un nivel adecuado de liquidez.

e) Mecanismos para controlar y monitorear permanentemente el cumplimiento de los límites y restricciones establecidos, y para reportar a la gerencia general, al comité correspondiente y al directorio, cualquier exceso sobre los límites definidos.

f) El manual de riesgo de liquidez debe señalar la metodología de cálculo y la totalidad de los supuestos considerados para cada una de las partidas que componen el modelo de brechas temporales de liquidez. Cabe señalar que los supuestos incorporados sobre los flujos deben ser documentados y revisados periódicamente para que la proyección de descalces correspondan a la realidad financiera de la mutualidad.

2. Medición

a) Modelo de brechas temporales de liquidez

Las mutualidades deben realizar periódicamente un seguimiento de las brechas de liquidez que existen entre sus flujos de ingresos y sus flujos de egresos. Esta brecha de liquidez queda definida por:

$$B_i = Egresos_i - Ingresos_i$$

Donde:

B_i: Corresponde a la brecha de liquidez de la mutualidad para la banda temporal i.

$Egresos_i$: Corresponde a la suma de los flujos asociados a las posiciones pasivas (egresos), para la banda temporal i.

$Ingresos_i$: Corresponde a la suma de los flujos asociados a las posiciones activas (ingresos), para la banda temporal i.

Las mutualidades deben administrar su riesgo de liquidez, calculando la brecha de liquidez ya mencionada, para las siguientes bandas temporales:

- Banda 1: Primer día hasta el día 15 inclusive.
- Banda 2: Acumulado a 30 días inclusive.
- Banda 3: Acumulado a 90 días inclusive.
- Banda 4: Acumulado a 180 días inclusive.
- Banda 5: Acumulado a 365 días inclusive.

Las brechas de liquidez deben ser acumuladas, comenzando con la banda de menor duración. La determinación del riesgo de liquidez se debe realizar aplicando el concepto de brecha de liquidez, la que corresponde a la diferencia entre los flujos de egresos y los flujos de ingresos para cada banda de tiempo previamente definida. Si la diferencia es positiva, ésta no debe exceder los límites máximos de descalce, los cuales corresponden a una proporción del ítem del FUPEF-IFRS "23010 Fondos Acumulados".

Los porcentajes o límites máximos de descalce en relación a la agrupación anterior son los siguientes:

- 15% para la Banda 1.
- 30% para la Banda 2.
- 50% para la Banda 3.
- 70% para la Banda 4.
- 100% para la Banda 5.

Se entenderá por "liquidez en riesgo" el no cumplimiento de los límites anteriormente definidos. En la eventualidad que no se cumpla con los límites anteriormente establecidos en cualquier intervalo, el gerente general de la mutualidad debe enviar un informe de descalce a la Superintendencia de Seguridad Social, explicando las razones fundamentales del no cumplimiento de estos límites, identificando si éstos son de carácter coyuntural o permanente, y estableciendo las acciones y plazos estimados en los cuales la mutualidad se compromete a cumplir con los límites permitidos.

Adicionalmente, el gerente general debe informar la situación al directorio en la más próxima sesión, quien debe tomar conocimiento y pronunciarse al respecto, debiendo quedar registro en el acta respectiva.

Las mutualidades deben remitir a la Superintendencia de Seguridad Social el modelo de liquidez, considerando la totalidad de los flujos de ingresos y egresos que componen sus operaciones a la fecha de cierre del modelo. Debe señalarse que la brecha de liquidez se debe analizar no tan sólo desde el punto de vista de los flujos de ingresos y egresos de sus activos y pasivos, sino que también deben incorporarse los flujos asociados a contingencias que provengan de sus derechos y obligaciones.

El modelo de liquidez debe considerar las siguientes partidas:

Ingresos:

i) Disponible: Fondos en cajas y banco de disposición inmediata sin restricción de carácter contractual. Esta información corresponde a la registrada a la fecha de cierre del modelo de liquidez.

ii) Inversiones fondo de reserva de eventualidades: Flujo asociado a capital e intereses por percibir proveniente de fondos que están constituidos de acuerdo al Decreto Supremo que aprueba el presupuesto del Seguro de la Ley Nº16.744, para el año correspondiente.

iii) Inversiones fondo de contingencia: Flujo asociado a capital e intereses por percibir proveniente de los activos financieros de este fondo.

iv) Inversiones fondo de reserva de pensiones: Flujo asociado a capital e intereses por percibir proveniente de los activos financieros de este fondo.

v) Inversiones fondo de reserva de pensiones adicional: Flujo asociado a capital e intereses por percibir proveniente de los activos financieros de este fondo.

vi) Otras inversiones financieras: Flujo asociado a capital e intereses por percibir proveniente de inversiones financieras que no respaldan ningún fondo de reservas obligatorio, que mantenga la mutualidad a la fecha de cierre del modelo de liquidez.

vii) Deudores previsionales: Flujo asociado a los valores por cobrar que provengan de cotizaciones no pagadas por empresas adherentes. Además, deben incluirse en este ítem los beneficios indebidamente percibidos por los beneficiarios y los fraudes que afecten a fondos propios. Asimismo, se deben registrar los beneficios por cobrar provenientes de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y los subsidios por incapacidad laboral a recuperar, pagados a los trabajadores a los que se les ha otorgado pensión de invalidez con efecto retroactivo.

viii) Aportes legales: Flujo asociado a los recursos por cobrar al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, las concurrencias por cobrar, tanto de pensiones como de indemnizaciones, y cualquier otro importe que se deba recuperar del Fisco en virtud de alguna norma legal o reglamentaria.

ix) Cotización básica: Flujo de ingresos proveniente de las entidades empleadoras adherentes, en conformidad con el artículo 15 letra a) de la Ley Nº16.744.

x) Cotización adicional: Flujo de ingresos proveniente de las entidades empleadoras adherentes, en conformidad con el artículo 15 letra b) de la Ley Nº16.744.

xi) Cotización extraordinaria: Flujo de ingresos proveniente de las entidades empleadoras adherentes, en conformidad con el artículo sexto transitorio de la Ley Nº19.578.

xii) Venta de servicios a terceros: Flujo por percibir vinculado a las cuentas y documentos por cobrar proveniente de la venta de servicios a terceros, incluyendo aquellas relacionadas a las atenciones médicas y hospitalarias proporcionadas a particulares, en conformidad al D.L. N°1.879, de 1977; los generados en atenciones por convenios intermutuales; los derivados de convenios con clínicas u otras entidades de salud y otras prestaciones de servicios a terceros.

xiii) Otros ingresos: Se incluyen en este ítem todos aquellos flujos de ingresos que no puedan ser incorporados en alguna otra partida mencionada anteriormente.

Egresos:

xiv) Subsidios: Flujo de egresos generados en base al artículo 30 de la Ley Nº16.744, incluidas las cotizaciones que corresponda pagar durante el período de incapacidad laboral.

xv) Indemnizaciones: Flujo de egresos proveniente del gasto en las indemnizaciones establecidas en los artículos 35 y 37 de la Ley Nº16.744. Además, se deben considerar las concurrencias pagadas originadas en indemnizaciones.

xvi) Pensiones: Flujo de egresos asociado al gasto en pensiones de invalidez parcial, invalidez total, gran invalidez y pensiones de sobrevivencia, incluidas las cotizaciones que corresponda pagar, conforme con lo establecido en los artículos 38 al 41 de la Ley N°16.744, como asimismo a la estimación del gasto originado por las bonificaciones e incrementos de carácter permanente otorgadas a los pensionados.

xvii) Prestaciones médicas: Flujo de egresos por gastos directos e indirectos que se incurrirá en prestaciones médicas proporcionadas a los trabajadores de las entidades empleadoras adheridas a la mutualidad y pensionados, como consecuencia de un accidente del trabajo o enfermedad profesional.

xviii) Prestaciones preventivas de riesgo: Flujo de egresos por gastos directos e indirectos generados por el conjunto de actividades realizadas por las mutualidades, destinadas a evitar o disminuir los riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en los trabajadores de sus empresas adherentes.

xix) Funciones técnicas: Flujo de egresos proveniente de aquellos gastos asociados a funciones que estima ejecutar las mutualidades, cuya característica es que les son propias al objeto para el cual fueron creadas, es decir, son realizables en su calidad de administradoras del Seguro de la Ley N°16.744.

xx) Pasivos financieros: Flujo de egresos proveniente de aquellas obligaciones financieras contraídas con instituciones privadas y públicas que serán liquidadas en el futuro.

xxi) Prestaciones médicas a terceros: Flujo de egresos proveniente por las prestaciones médicas otorgadas que no corresponde ser financiadas por el Seguro de la Ley N°16.744.

xxii) Cuentas por pagar: Flujo de egresos derivado de obligaciones y documentos con terceros o con empresas relacionadas.

xxiii) Gastos de administración: Flujo de egresos por gastos generados por la administración superior de las mutualidades, además de aquellos generados en otros niveles jerárquicos que no forman parte de la administración superior, pero que por su naturaleza corresponde imputarlos a la administración de las mutualidades; sólo podrían excluirse aquellos gastos que sean directa o indirectamente identificables o cargables a las funciones definidas en los ítems de "Prestaciones médicas", "Prestaciones preventivas de riesgos" y "Funciones técnicas".

xxiv) Otros egresos: Se incluyen en este ítem todos aquellos flujos de egresos que no puedan ser incorporados en alguna otra partida mencionada anteriormente.

Para las partidas señaladas en los numerales ii), iii), iv), v), vi) y xx) anteriores, los flujos deben ser incorporados en cada banda temporal de acuerdo a su fecha de vencimiento. Si el instrumento no registra fecha de vencimiento, debe ser incorporado a partir de la Banda 1.

No obstante, mientras la mutualidad no logre alcanzar una cobertura de activos financieros correspondiente al 100% del valor de sus reservas, las partidas señaladas en las letras iii), iv) y v) deberán computarse con valor cero, debido a que son recursos que no pueden ser utilizados libremente por la entidad.

Para las partidas señaladas en los numerales vii), viii), xii), xiv), xv), xvi) y xxii) anteriores, los flujos deben ser incorporados en cada banda temporal de acuerdo a la fecha estimada de pago de éste; no obstante, de modo de reflejar adecuadamente los ingresos y egresos de la mutualidad, puede realizarse una estimación de esta partida, cuyo procedimiento de cálculo debe estar debidamente justificado y documentado.

Para las partidas señaladas en los numerales ix), x), xi), xvii), xviii), xix), xxi) y xxiii) anteriores, debe realizarse una estimación de los flujos correspondientes a estas partidas, cuyo procedimiento de cálculo debe estar debidamente justificado y documentado.

Para las partidas señaladas en los numerales xiii) y xxiv) anteriores, dependiendo de la naturaleza del flujo, la mutualidad puede realizar una estimación de esta partida, cuyo procedimiento de cálculo debe estar debidamente justificado y documentado.

Asimismo, anualmente en el mes de marzo, la mutualidad debe remitir a la Superintendencia de Seguridad Social un informe de prueba retrospectiva del modelo de liquidez, el que considere los flujos de ingresos y egresos reales registrados durante el transcurso del año calendario anterior, contrastándolo con el modelo de brechas temporales de liquidez correspondiente al mes de diciembre del año que lo antecede, de modo de medir las diferencias que pudiesen existir entre los flujos proyectados y los flujos reales.

b) Ratios de liquidez

Las mutualidades deben medir el riesgo de liquidez, de forma complementaria al modelo anteriormente descrito, mediante el monitoreo de ratios de liquidez, los cuales están dados por las siguientes fórmulas:

i) Cobertura de desembolsos

Este indicador mide la proporción en que las cotizaciones de los últimos 12 meses cubren los desembolsos del último año, sin tener que recurrir a los activos financieros de la entidad. La forma de cálculo de este indicador se presenta a continuación:

$$Cobertura\ de\ Desembolsos_i = \frac{Ingreso\ Total\ por\ Cotizaciones_i}{\begin{pmatrix} Subsidios_i + Indemnizaciones_i + \\ Pensiones_i + Prestaciones\ Médicas_i + \\ Prestaciones\ Preventivas\ de\ Riesgos_i + \\ Funciones\ Técnicas_i + Gastos\ de\ Administración_i \end{pmatrix}}$$

Donde:

Numerador:

Corresponde a la suma de la variación mensual de los últimos 12 meses de los montos considerados en los ítems del FUPEF-IFRS: 41010; 41020; 41030 y 41040 (ingreso por cotización básica; ingreso por cotización adicional; ingreso por cotización extraordinaria; e intereses, reajustes y multas por cotizaciones), en el mes informado .

Denominador:

Corresponde a la suma de la variación mensual de los últimos 12 meses de los montos considerados en los ítems del FUPEF-IFRS: 42010; 42020; 42030; 42040; 42050; 42060 y 42150 (subsidios; indemnizaciones; pensiones; prestaciones médicas; prestaciones preventivas de riesgos; funciones técnicas y gastos de administración), en el mes informado .

ii) Liquidez inmediata

Este indicador mide la disponibilidad de la mutualidad para cubrir los desembolsos de corto plazo con instrumentos financieros, excluyendo aquellos que estén destinados a respaldar el pago de prestaciones. Permite observar la capacidad de la mutualidad para cumplir con sus compromisos de corto plazo sin tener que recurrir a las cotizaciones del mes. La forma de cálculo de este indicador se presenta a continuación:

$$Liquidez\ Inmediata_i = \frac{(Disponible_i + Activos\ Financieros\ de\ Corto\ Plazo_i)}{\begin{pmatrix} Subsidios_i + Indemnizaciones_i + \\ Pensiones_i + Prestaciones\ Médicas_i + \\ Prestaciones\ Preventivas\ de\ Riesgos_i + \\ Funciones\ \ Técnicas_i + Gastos\ de\ Administración_i \end{pmatrix}}$$

Donde:

Numerador:

Corresponde a la suma de los montos considerados en los ítems del FUPEF-IFRS: 11010; 11030 y 11040 (efectivo y efectivo equivalente; activos financieros a valor razonable con cambios en resultados; y otros activos financieros), en el mes informado .

Denominador:

Corresponde a la suma de la variación mensual de los últimos 12 meses de los montos considerados en los ítems del FUPEF-IFRS: 42010; 42020; 42030; 42040; 42050; 42060 y 42150 (subsidios; indemnizaciones; pensiones; prestaciones médicas; prestaciones preventivas de riesgos; funciones técnicas y gastos de administración), en el mes informado .

iii) Liquidez de corto plazo

Este indicador mide la cobertura de pasivos con respecto a los activos de libre disposición, ambos corrientes. Permite observar la capacidad de la mutualidad para cumplir con sus compromisos de corto plazo. La forma de cálculo de este indicador se presenta a continuación:

$$\begin{matrix} Liquidez\ de \\ Corto\ Plazo_i \end{matrix} = \frac{(Activos\ Corrientes_i - Activos\ financieros\ de\ respaldo_i)}{Pasivos\ Corrientes_i}$$

Donde:

Numerador:

Corresponde a la diferencia entre el monto considerado en el ítem del FUPEF-IFRS 11000 (activos corrientes) y el monto considerado en el ítem del FUPEF-IFRS 11020 (activos financieros a costo amortizado), en el mes informado .

Denominador:

Corresponde al monto considerado en el ítem del FUPEF-IFRS 21000 (pasivos corrientes), en el mes informado .

Cada mutualidad debe monitorear periódicamente la evolución de los ratios de liquidez, e informar a la Superintendencia de Seguridad Social el valor de los referidos indicadores.

3. Pruebas de estrés de riesgo de liquidez

Las mutualidades deben confeccionar y enviar a la Superintendencia de Seguridad Social pruebas de estrés, las que deben estar aprobadas por el directorio de la mutualidad.

Las pruebas de estrés deben contener una evaluación cualitativa y cuantitativa de los distintos escenarios testeados

sobre el modelo de brechas temporales de liquidez, considerando al menos los siguientes escenarios:

a) Un descenso en los flujos de ingresos por cotización básica, adicional y extraordinaria.

b) Un aumento de la morosidad por el flujo de ingresos proveniente de las ventas de servicios a terceros.

c) Un aumento en el flujo de egresos por el pago de subsidios.

d) Un aumento en el flujo de egresos por el pago de indemnizaciones.

e) Un aumento en el flujo de egresos por el pago de pensiones.

f) Un aumento en el flujo de egresos por el pago de prestaciones médicas.

CAPÍTULO V. Riesgo operacional

1. Procesos sujetos a riesgo operacional en la mutualidad

Los riesgos operacionales deben ser identificados para poder ser gestionados; sin embargo, y a diferencia de otros riesgos, el riesgo operacional debe normalmente ser evaluado a nivel de unidades de negocio y procesos, con la activa participación del personal de las unidades correspondientes.

Para ello se debe contar con mapas de procesos, de entre los cuales se deben identificar aquellos procesos críticos con base en la definición de los objetivos estratégicos de la mutualidad, y en función de su nivel de riesgo inherente y residual evaluado.

La metodología de evaluación acerca de cuáles procesos son críticos es una decisión de la gerencia general de la mutualidad, que debe ser aprobada por el directorio. Sin perjuicio de ello, la mutualidad debe evaluar la totalidad de sus procesos con el fin de definir y evaluar mitigadores que minimicen sus riesgos.

Las mutualidades, en la gestión de los riesgos operacionales, deben tener en cuenta los siguientes macroprocesos:

a) Prestaciones médicas

b) Prestaciones económicas

c) Prestaciones preventivas

d) Reservas técnicas (conformación de las bases de datos, procesos de consulta a esas bases, determinación de parámetros externos, cálculos actuariales, registro contable, presentación en los estados financieros):

   i) Reserva por pago de prestaciones económicas

   ii) Reserva por prestaciones médicas

e) Inversiones

f) Afiliación o adhesión

g) Recaudación de cotizaciones

h) Cobranzas, incluido el manejo del incobrable, y sus respectivas imputaciones contables

i) Recepción de demandas judiciales y juicios

La mutualidad debe realizar una revaluación periódica de la efectividad de sus controles considerando la criticidad de los procesos relacionados. Para lo anterior, podrá utilizar matrices de priorización, las cuales deben considerar ciclos de revisión cuya extensión máxima sea de 36 meses, a excepción de los nuevos procesos y los clasificados como críticos, los cuales deben considerar ciclos de revisión cuya extensión máxima sea de 12 meses.

2. Actividades de gestión del riesgo operacional

La mutualidad, junto con aplicar lo señalado en la Letra B, Título II, de este Libro VII, sobre sistema de control interno, debe implementar un sistema estructurado bajo el cual los riesgos operacionales sean identificados, analizados, evaluados, monitoreados y controlados, realizando al menos las siguientes actividades:

a) El área especializada en la gestión de riesgos, debe identificar los macroprocesos, procesos y subprocesos en los que se descomponen las actividades efectuadas por la entidad, y sus interrelaciones con total cobertura de sus procesos, identificando a los respectivos dueños.

b) Los dueños de procesos deben describir de manera precisa los macroprocesos, procesos y subprocesos, por medio de diagramas de flujos, matrices de riesgos u otros equivalentes.

c) El área especializada en la gestión de riesgos en conjunto con el dueño de cada proceso, debe:

   i) Identificar y evaluar los diferentes riesgos y factores que influyen sobre éstos mediante un análisis combinado

de riesgo inherente, impacto y probabilidad de materialización, considerando la efectividad de las actividades de control implementadas para mitigar dichos riesgos. A partir de ello, se debe estimar el riesgo residual. Esta evaluación se debe documentar en una matriz de riesgos y controles.

ii) Comparar el resultado de esta evaluación con el nivel de riesgo aceptado, definido en la política de gestión de riesgo operacional.

iii) Realizar, al menos una vez al año, revaluaciones de los riesgos de la entidad con el fin de asegurar la visión actualizada de los riesgos a los que se encuentra expuesta la entidad, así como la consideración de un correcto nivel de exposición al riesgo.

iv) Analizar las distintas opciones para el tratamiento de los riesgos, definidas en la política de gestión de riesgo operacional, preparando planes de acción para su tratamiento y definir la forma en que estos últimos se implementarán. Esta decisión se debe documentar en la matriz de riesgos y controles, la cual, en este ámbito, debe indicar para cada proceso o subproceso revisado, a lo menos lo siguiente, según corresponda:

- Macro proceso, proceso y sub proceso al cual pertenece.
- Descripción del evento de riesgo.
- Identificación de las causas del riesgo.
- Categoría de riesgo operacional.
- Nivel de riesgo inherente, residual y efectividad de los controles existentes.
- Descripción de controles y objetivos de control (para los controles existentes).
- Descripción de la acción a tomar (para la implementación de planes de mitigación).
- Responsable de la implementación de planes de mitigación.
- Plazo y estado de la implementación de planes de mitigación.
- Apoyo de otras áreas de la entidad para la implementación de planes de mitigación.

v) Mantener actualizada y disponible en todo momento la documentación asociada.

d) Las mutualidades deben monitorear de forma permanente sus principales riesgos, junto a la efectividad de las actividades de control implementadas.

Los resultados del monitoreo deben ser informados periódicamente a los miembros del directorio, comité de riesgos, gerencia general y a los dueños de procesos si fuera el caso, a través de reportes periódicos. Para tales efectos, la mutualidad debe implementar indicadores para realizar el monitoreo sobre:

- Los riesgos de la entidad y su evolución.
- La evolución de los impactos asociados a los eventos de riesgo operacional.
- Los factores de riesgo asociados.
- La efectividad de medidas de control implementadas o existentes.

3. Generación de una base de eventos de riesgo operacional

Las mutualidades deben contar con una base de datos de eventos de riesgo operacional, cuya información debe ser remitida mensualmente a la Superintendencia de Seguridad Social.

Se entenderá por materialización de eventos, a la concreción de aquellos eventos de riesgo operacional, que generen un impacto en la organización y afecten el adecuado cumplimiento de la administración y otorgamiento de las prestaciones del Seguro de la Ley N°16.744. Este impacto, puede implicar o no, un perjuicio o desembolso monetario; sin embargo, independiente del tipo de perjuicio, se deben establecer metodologías adecuadas para la cuantificación de cada impacto del evento materializado.

Los eventos identificados susceptibles de incorporarse dentro de esta base, independiente de la naturaleza del riesgo operacional que lo originó, deben cumplir a lo menos una de estas condiciones:

- Impidan el oportuno o adecuado otorgamiento de prestaciones médicas, económicas y preventivas, incluyendo la interrupción de las operaciones normales.
- Se vean afectados 50 o más: trabajadores, empresas adherentes o pensionados.
- Generen pérdidas económicas.
- Se haya generado alarma pública o un potencial daño de imagen.

- Eventos que hayan dado origen a acciones judiciales, tanto en contra, como por parte de la mutualidad.

a) Registros de información de eventos

Se debe considerar que un evento puede tener como efecto uno o más impactos y que podrían existir recuperaciones directas o indirectas sobre las mismas, por lo cual las mutualidades deben registrar todos los impactos ocurridos bajo un mismo código de evento.

La Base de Eventos de Riesgo Operacional debe cumplir con los siguientes criterios:

i) Deben registrarse los eventos originados en la mutualidad, para lo cual la entidad debe contar con procedimientos de captura, identificación y asignación de roles y responsabilidades y entrenamiento al personal que interviene en el proceso, los que deben estar debidamente documentados.

ii) Deben registrarse los eventos y los respectivos impactos de riesgo operacional, sean o no monetarios, y las eventuales recuperaciones, tanto directas (ejemplo: gestión propia) como indirectas (ejemplo: seguros), asociadas al evento. Para el caso de eventos cuyos impactos no sean monetarios, se deberá cuantificar un monto bruto del impacto mediante metodologías construidas por la mutualidad para estos efectos.

iii) Debe adelantarse, en lo posible, el reconocimiento y registro por parte de la mutualidad sobre aquellos eventos que se tiene conocimiento o certeza razonable que acabarán generando pérdidas por riesgo operacional en la entidad. Esto incluye a los eventos provisionados.

iv) Debe registrarse, como mínimo, la siguiente información referida al evento, a los impactos y a las recuperaciones:

- Evento:
  Código único de identificación del evento.
  Línea(s) de negocio(s) asociada(s) al evento.
  Tipo o categoría del evento, según tipos de eventos señalados en el Anexo N°18 "Tipo de eventos de riesgo operacional".
  Fecha de ocurrencia del evento o de inicio del evento.
  Fecha de detección o toma de conciencia del evento.
  Descripción del evento.
  Estatus de finalización o cierre del evento.

- Impacto:
  Código único de identificación del impacto.
  Monto bruto del impacto.
  Línea de negocio asociada al impacto, según lo señalado en el Anexo N° 19 "Líneas de negocio genéricas para mutualidades".
  Indicador de tipo de impacto (monetario / no monetario).
  Descripción del impacto.
  Fecha contable del impacto.
  Cuenta contable.

- Recuperación:
  Código único de identificación de la recuperación.
  Tipo de recuperación (directa o indirecta).
  Descripción de la recuperación.
  Monto bruto de la recuperación.
  Fecha recuperación.
  Fecha contable de la recuperación.
  Cuenta contable de la recuperación.

b) Conciliación contable

Tratándose de eventos con impacto monetario, la mutualidad debe establecer y ejecutar procedimientos robustos que le permitan asegurar la conciliación de la información registrada en la base de eventos de riesgo operacional con el registro contable, y que la información de pérdidas por riesgo operacional reflejada en la contabilidad se encuentre debidamente registrada en la base de eventos de riesgo operacional.

Dichos procedimientos de conciliación deben encontrarse formalizados y validados.

La mutualidad debe mantener un registro de las pruebas periódicas realizadas sobre la conciliación, así como los resultados obtenidos y las acciones mitigantes o correctoras desarrolladas.

c) Pruebas de calidad de datos

La mutualidad debe desarrollar de forma mensual, pruebas específicas que le permitan asegurar la calidad de los datos registrados en la base de eventos de riesgo operacional, incluyendo la razonabilidad de montos y fechas, así

como la concentración o distribución de eventos.

Los procedimientos y el detalle de las pruebas deben estar formalizados en documentos validados.

La mutualidad debe mantener un registro de las pruebas periódicas realizadas sobre la calidad de los datos de la base de eventos de riesgo operacional, así como los resultados obtenidos y las acciones mitigantes o correctoras desarrolladas.

4. Planes de contingencia para asegurar capacidad operativa continua de la mutualidad

Como parte de una adecuada gestión del riesgo operacional, las mutualidades deben poseer un sistema de gestión de la continuidad operacional que tiene como objetivo implementar respuestas efectivas para que la operatividad de la mutualidad continúe de una manera razonable, ante la ocurrencia de eventos que pueden crear una interrupción o inestabilidad en las operaciones de la entidad. El plan debe considerar tanto aquellos procesos de soporte y operacionales que desarrolle de forma interna la entidad, como aquellos que se encuentren externalizados en proveedores de servicios. La definición de cuáles son los procesos afectos a estos planes deberá considerar su criticidad y su impacto en la continuidad de las operaciones, con foco en el otorgamiento de las distintas prestaciones a los beneficiarios. Los planes de contingencia deben ser aprobados por el comité de riesgos.

Las mutualidades deben realizar de forma periódica, pruebas sobre la efectividad de los planes de continuidad operacional a nivel de la entidad. El plan de dichas pruebas debe quedar documentado, así como los resultados obtenidos y las posibles medidas correctoras identificadas.

Asimismo, las mutualidades deben contar con un sistema de gestión de la seguridad de la información, orientado a garantizar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información. En el diseño del sistema de seguridad de la información debe tener en cuenta qué hay que proteger y por qué, de qué o quién se debe proteger y cómo protegerlo.

Además, las mutualidades pueden adherir a alguno de los estándares conocidos y aceptados de seguridad de la información, de acuerdo al nivel, complejidad y particularidades de las operaciones de cada mutualidad.

5. Política de actividades externalizadas

Con el fin de gestionar los riesgos operacionales asociados a la subcontratación, las mutualidades deben establecer una política para evaluar, administrar y monitorear los procesos subcontratados, siendo la mutualidad la responsable última de dichos procesos. Dicha política debe considerar:

a) La evaluación del riesgo, que considere a todas las partes involucradas, previa decisión de externalización. Dicha evaluación debe considerar criterios tales como: los montos pagados, el volumen de transacciones y la frecuencia de trato con el proveedor del servicio.

b) El proceso de selección del proveedor del servicio.

c) La elaboración del acuerdo de subcontratación.

d) La gestión y monitoreo de los riesgos asociados con el acuerdo de subcontratación.

e) La identificación de la criticidad del proveedor.

f) La implementación de un entorno de control efectivo.

g) Establecimiento de planes de continuidad operacional, así como sus pruebas periódicas y reporte de resultados.

h) Acceso a la información por parte del regulador.

i) Procedimientos de revisión y actualización de la política de actividades externalizadas, indicando la periodicidad e instancia de la revisión. Estas revisiones debes ser realizadas con un periodicidad de a lo menos una vez al año, debiendo quedar registro de ello.

Los acuerdos de subcontratación deben formalizarse mediante contratos firmados entre las partes, teniendo presente el acuerdo del nivel de servicio, las cláusulas de penalizaciones, garantías y las responsabilidades del proveedor y de la mutualidad, así como establecer los mecanismos de control y seguimiento que se consideren necesarios.

La política de actividades externalizadas, así como cualquier modificación, debe ser remitida a la Superintendencia de Seguridad Social en un plazo no mayor a 5 días hábiles, contado desde el día siguiente a la celebración de la Sesión de directorio donde ésta fue aprobada.

6. Requerimientos de información

Los requerimientos de información contenidos en este Título, relativos a información periódica que a las mutualidades corresponde remitir, deberán considerar las instrucciones, especificaciones y medios de transmisión que ésta Superintendencia de Seguridad Social establezca en cada caso.

C. Anexos

Anexo N° 17: Informe de autoevaluación de cumplimiento normativo de gestión de riesgos

Anexo N°18: Tipo de eventos de riesgo operacional

Anexo N°19: Líneas de negocio genéricas para mutualidades