

COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS



CONTENIDO

Capítulo I Procedimientos Relativos al Contrato de Salud	13
Título I: Instrucciones sobre procedimientos de suscripción de contratos de salud previsional.....	13
1. Antecedentes de afiliación	13
2. Etapas de la suscripción de documentos contractuales	14
3. Vigencia anticipada de beneficios	16
4. Documento identificador de beneficiarios y beneficiarias	16
Título II. Suscripción electrónica de contratos de salud previsional	17
1. Disposiciones generales	17
2. Obligaciones para las isapres	17
3. Medidas de seguridad	18
4. Adhesión y revocación al modelo de SECSP	19
5. Rol de fiscalización.....	19
Anexo.....	19
“Manual de Operaciones de la Suscripción Electrónica de Contratos de Salud Previsional” (VER MANUAL ADJUNTO)	19
Título III. Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de contratos de salud.....	20
1. Remisión de la carta de adecuación	20
2. Situaciones especiales de adecuación	20
3. Pronunciamiento del afiliado o afiliada.....	22
4. Formalización de la adecuación.....	22
5. Definiciones relativas a la adecuación de los precios base de los contratos de salud.....	24
6. Cálculo de la banda de precios	24
7. Situación de planes creados entre febrero y junio de cada año	26
8. Opción de no adecuar los precios base.....	27
9. Otras instrucciones en relación a la adecuación de los precios base	27
Anexos.....	28
Título IV. Instrucciones sobre procedimientos de modificación de contratos de salud	30
1. Situación de cesantía	30
2. Variación permanente de la cotización	30
3. Variación en la composición del grupo familiar	30
4. Modificación del mes de la anualidad	33
5. Modificación de precio por cambio en el tramo de edad.....	33
6. Casos especiales de modificación de contratos	34
7. Alza del precio del contrato durante períodos de incapacidad laboral	35

9. Ajuste de contratos de salud previsional.....	36
10. Otras instrucciones en relación a la modificación de contratos de salud	36
11. Emisión Computacional del FUN	39
12. Disposición Transitoria: Planes con renuncia al desahucio vigente	39
Anexo.....	40
Título V. Cumplimiento del contrato de salud.....	42
1. Otorgamiento de Beneficios	42
2. Negativa de cobertura	43
3. Otorgamiento de presupuestos	43
4. Mantenimiento de los beneficios por muerte del o la titular	44
5. Uso de Excedentes	45
6. Procedimiento de cobro y pago del seguro obligatorio de accidentes personales, establecido en la Ley N° 18.490.....	46
Título VI: Reglas en materia de terminación de contratos	50
1. Por incumplimiento de las obligaciones contractuales.....	50
2. Por muerte del afiliado o afiliada	51
3. Por pérdida de la relación laboral con una empresa.....	51
4. Desahucio o desafiliación.....	52
5. Desafiliación en caso de cesantía.....	53
6. Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud.	53
7. Por mutuo acuerdo.....	53
8. Por mutuo acuerdo con efecto retroactivo	53
9. Reincorporación a la isapre.....	54
Anexo Carta de desafiliación.....	55
Título VII. Comunicaciones entre las partes en relación al contrato de salud	56
1. Comunicaciones del afiliado o afiliada a la isapre respecto al cambio de domicilio o de empleador	56
2. Comunicación de la isapre al afiliado o afiliada	56
3. Instrucciones respecto a las cartas certificadas.....	56
4. Instrucciones respecto de la notificación por correo electrónico.	57
5.- Comunicación y registro de datos de los afiliados para la transferencia electrónica	58
Capítulo II Selección de Prestaciones Valorizadas.....	60
1. Formato de la cartilla	60
2. Normas generales de valorización de las prestaciones.....	60
3. Valorización de las prestaciones que se otorgan por determinados prestadores individualizados en el plan 60	60
4. Existencia de más de un convenio.....	60
5. Inexistencia de convenio	61
6. Actualización de la Selección de Prestaciones Valorizadas	61

7. Valorización de cartillas correspondientes a planes nuevos.....	61
8. Utilización de la selección de prestaciones valorizadas	61
Anexo N° 1 Selección de Prestaciones Valorizadas	62
Anexo N° 2 Instrucciones para el llenado de la Selección de Prestaciones Valorizadas	63
Anexo N° 3 Instrucciones para el llenado de las notas explicativas	66
Anexo N° 4 Descripción de las prestaciones comprendidas en la Selección de Prestaciones Valorizadas ..	68
Capítulo III Cotizaciones	79
Título I: Declaración y pago de cotizaciones de salud	79
1. Planillas de cotizaciones	79
2. Situaciones posibles en los procesos de declaración y pago de cotizaciones	79
Anexo N° 1.....	81
Anexo N° 2.....	87
Título II: Emisión computacional de planillas de declaración y pago	88
Título III: Declaración y pago de cotizaciones de salud mediante la transmisión electrónica de información a través de Internet.....	89
1. Definiciones	89
2. Modelos operativos	90
Anexo N° 1	94
Anexo N° 2	97
Anexo N° 3	98
Anexo N° 4	99
Anexo N° 5	100
Anexo N° 6	101
Título IV: Cobranza extrajudicial de deudas de cotizaciones de salud.....	102
1. Normas comunes a todo procedimiento extrajudicial de cobro de cotizaciones	102
2. Normas aplicables a los cotizantes que detentan la calidad de trabajadores dependientes o pensionados	102
3. Normas aplicables a los cotizantes que detentan la calidad de trabajadores independientes o cotizantes voluntarios	104
4. Cotizantes en situación de cesantía.....	104
Título V: Regularización de cotizaciones mal enteradas	106
I. Definiciones	106
II. Origen de las cotizaciones mal enteradas	106
III. Proceso de regularización masiva de CME	106
IV. Proceso de regularización de CME por solicitud directa	109
V. Disposiciones varias.....	110
VI. Información de las devoluciones masivas y directas.....	111
Anexo N° 1	112

Anexo N° 2	113
Anexo N° 3	114
Anexo N° 4	118
Anexo N° 5	119
Anexo N° 6	120
Anexo N° 7	121
Anexo N° 8	122
Anexo N° 9	123
Título VI: Eliminado	124
Título VII: Procedimientos especiales de notificación del FUN al ex INP (actual IPS), a Mutualidades de Empleadores, a las Compañías de Seguros y a las AFP	124
1. Notificación al ex INP, actual Instituto de Previsión Social, y a las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744.....	124
2. Notificación a las Compañías de Seguros	125
Título VIII: Excesos de cotización	128
I. Definiciones	128
II. Registro contable.....	128
III. Devolución directa de excesos de cotización a los afiliados o ex afiliados	128
IV. Registro Individual de Excesos	129
V. Procedimiento para la devolución masiva de los excesos pendientes	130
VI. Devoluciones masivas extraordinarias	133
VII. Información al afiliado ante el término del contrato	133
VIII. Excesos en Fonasa.....	133
ANEXO 1	135
ANEXO 2	136
ANEXO 3	141
ANEXO 4	142
ANEXO 5	144
Título IX: Excedentes de cotización	144
1. Definiciones	144
2. Formación de la cuenta corriente individual de excedentes	145
3. Irrenunciabilidad de los excedentes	146
4. Cierre de la cuenta corriente individual de excedentes	147
5. Destino de los excedentes	147
6. Procedimiento de cálculo del saldo de la cuenta corriente individual de excedentes	148
7. Comisión.....	149
8. Traspaso de los excedentes	149
9. Situaciones especiales	150

10. Revocación de la renuncia a los excedentes suscrita con anterioridad al 1 de marzo de 2009	150
Anexo N° 1 RENUNCIA A LOS EXCEDENTES DE COTIZACIÓN	152
Anexo N° 2 REVOCACIÓN DE LA RENUNCIA A LOS EXCEDENTES DE COTIZACIÓN	153
Anexo N° 3 Archivo de traspaso de excedentes al Fonasa	154
Título X: Determinación de la tabla de reajustes e intereses aplicable a las cotizaciones de salud pagadas fuera del plazo legal	156
Título XI: Obligación de las isapres de recibir las actas de fiscalización de la Dirección del Trabajo, respecto al cumplimiento de la obligación de los empleadores de enterar las cotizaciones de salud que descuentan a sus trabajadores.....	157
Título XII: Acreditación del pago de las cotizaciones de salud	158
1. Certificado de cotizaciones de salud pagadas	158
2. Excepción a la obligación de emitir el certificado.....	158
3. Formulario de solicitud de certificado de cotizaciones pagadas	158
Anexo.....	159
Título XIII: Obligación de las isapres de recibir el pago de cotizaciones atrasadas	160
Título XIV: Cotizaciones durante los periodos de incapacidad laboral	161
1. Plazo para el pago.....	161
2. Base de cálculo	161
3. Convenio de pago	161
4. Planilla de recaudación	161
Título XV: IVA y cotizaciones previsionales	162
Título XVI: Cotizaciones de trabajadores dependientes con más de un empleador	163
Título XVII: Improcedencia de compensación que indica	163
Capítulo IV Licencias Médicas	164
Título I. Facultades de la Superintendencia de Salud en materia de licencias médicas	164
Título II. Disposiciones comunes para el otorgamiento y tramitación de las licencias médicas	164
1. Autorización de la licencia médica	164
2. Recepción y derivación de la licencia al médico designado para su revisión.....	164
3. Pronunciamiento de la isapre	164
4. Procedimiento de visación de una licencia con aprobación pura y simple	165
5. Cómputo de plazo de recepción de la licencia médica	165
6. Tipos de licencia médica	165
7. Formulario de licencia médica.....	166
8. Menciones que debe consignar el profesional en la licencia médica	166
9. Revisión de la licencia médica por la isapre	167
10. Menciones que debe consignar el empleador o trabajador independiente en la licencia médica	167
11. Menciones que debe consignar en la licencia médica la Compín, la Unidad de Licencias Médicas o la isapre	168

12. Rechazo de la licencia	169
13. Formalidad del pronunciamiento de la Compín, de la Unidad de Licencias Médicas o de la isapre	170
14. Rechazo, reducción o ampliación de la licencia médica.....	170
16. Visita domiciliaria.....	170
17. Notificación de la resolución que se pronuncia sobre la licencia.....	170
18. Atraso en la presentación de licencias médicas emitidas por servicios dependientes de los Servicios de Salud y municipalizados	171
19. Autorización de licencias médicas por enfermedades irreversibles de afiliados a isapre.....	171
Anexo.....	172
Título III. Reclamaciones en relación a los pronunciamientos sobre licencias médicas	173
1. Resoluciones de la Compín en apelaciones contra pronunciamientos de una isapre.....	173
2. Revisión de las licencias médicas por la Superintendencia de Seguridad Social	173
3. Calificación del carácter profesional o común de las patologías que han dado lugar a licencia médica ...	173
Título IV. Situaciones especiales en relación a las licencias médicas.....	174
1. Licencias médicas a trabajadores que se desempeñan en el extranjero	174
2. Descanso postnatal.....	174
Título V. Tramitación de licencias médicas en formularios que tengan soporte en papel.....	175
1. Descripción del formulario de licencia médica	175
2. Intervención del profesional que extiende la licencia.....	175
Título VI. Otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas	176
A. Disposiciones generales	176
B. Procedimiento de otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica	179
C. Normas sobre responsabilidad.....	183
Anexo N° 1.....	185
Anexo N° 2.....	234
Capítulo V Solución de Conflictos.....	239
Título I. Tramitación de reclamos ante el Fonasa e isapres.....	239
1. Definiciones	239
2. Obligaciones de la entidad reclamada	239
3. El procedimiento de reclamo.....	239
4. El expediente del reclamo y su contenido.....	240
5. Respuesta al reclamo.....	240
6. Notificación y plazos.....	241
Título II: Reclamos de los cotizantes y beneficiarios contra las isapres o el Fonasa deducidos ante la Superintendencia.....	243
I. Aspectos generales.....	243
II. El procedimiento administrativo de resolución de reclamos	245
Anexo.....	250

Título III. Procedimiento para solicitud de afiliación en caso de reclamos por alza de precio	252
Derogado	252
Título IV: Procedimiento de arbitraje para el conocimiento, tramitación y resolución de controversias que surjan entre las isapres o el Fonasa y sus cotizantes o beneficiarios.	252
1. Procedimiento de arbitraje	253
2. Recepción del reclamo o solicitud de arbitraje	254
3. Formación del expediente	256
4. Contestación de la demanda	257
5. Prueba	257
6. Término de la controversia	259
7. Recursos	260
8. Cumplimiento de las sentencias	260
9. Disposiciones generales	262
10. Disposición final	263
ANEXO	264
Título V. Mediación para controversias entre isapres o Fonasa y los cotizantes y/o beneficiarios	266
1. Definiciones	266
2. Registro de Mediadores	266
3. Reglas generales de la mediación	267
4. Procedimiento de mediación	268
5. Inhabilidad del mediador y nuevo nombramiento	269
6. Plazo de la mediación	270
7. Término de la mediación	270
8. Constancia del término de la mediación	270
9. Custodia de los documentos	271
10. Control de los mediadores	271
Anexos	275
Título VI. Expediente Electrónico Reservado y notificación electrónica de resoluciones de juicios arbitrales y reclamos administrativos	278
1. Definiciones	278
2. El Expediente Electrónico Reservado	278
3. La notificación electrónica	282
4. Caso fortuito o fuerza mayor	283
Anexo N° 1 <i>Eliminado por Circular IF/N°210, de 05.02.2014</i>	284
ANEXO	285
Anexo N° 3 <i>Eliminado por Circular IF/N°210, de 05.02.2014</i>	287
Capítulo VI Procedimientos Operativos de las Isapres	288
Título I. Garantía que las isapres deben constituir y mantener	288

1. Instrumentos financieros	288
2. Límites de inversión.....	294
3. Actualización de la garantía	296
4. Reglas respecto a la garantía	297
5. Procedimiento para pago de obligaciones con fondos de la garantía	297
6. Contrato de depósito, custodia y administración	298
7. Monto de la garantía e indicador de liquidez	299
Anexo N° 1	301
Anexo N° 2	305
Título II. Acerca de las prohibiciones de los artículos 173 y 176 del DFL N° 1, y de la obligación de informar a la Superintendencia de Salud	307
Título III. Información médica de los beneficiarios de isapre	308
1. Procedimiento de registro y el Registro de Médicos Revisores de Fichas Clínicas	308
2. Médico revisor de fichas clínicas.....	310
3. Procedimiento que deberán adoptar las isapres frente a requerimientos de datos sensibles de sus cotizantes y beneficiarios	312
Anexo N°1	315
Anexo N°2	317
Título IV. Agentes de ventas de las isapres	318
I. Registro de agentes de ventas.....	318
II. Control de la fuerza de ventas	321
III. Procedimiento Sancionatorio	322
Anexo N°1	325
Anexo N°2	325
Título V. Comunicaciones mediante transmisión electrónica de datos	327
1. Aspectos generales.....	327
2. Requisitos del sistema de comunicaciones	328
3. Procedimientos de operación.....	329
4. Obligación de mantener la prestación de servicios en la forma tradicional	329
5. Informe de auditoría	330
Título VI: Procedimiento de notificación electrónica del Formulario Único de Notificación a las entidades encargadas del pago de la cotización	331
I.- Definiciones.....	331
II.- Procedimiento de notificación electrónica del FUN	331
III. Convenios.....	333
IV. Adhesión y revocación del procedimiento de notificación electrónica del FUN	335
Anexo N° 1	337
Anexo N° 2.....	337

Título VII. Funcionamiento de sucursales, agencias u oficinas de atención de público	339
I. Sobre las agencias, sucursales u oficinas de atención de público	339
II. Sobre los funcionarios de las isapres en las oficinas.....	342
III. Sobre el registro de la atención de público	342
Título VIII. Normas para envío de correo certificado.....	343
Capítulo VII Vinculación entre la Superintendencia y los sujetos fiscalizados, beneficiarios, ex beneficiarios y público en general.....	344
Título I. Formalidades de las presentaciones escritas ante la Superintendencia	344
1. Presentaciones escritas	344
2. Notificación de las instrucciones o resoluciones que dicte la Superintendencia	344
3. Forma de computar los plazos contenidos en las instrucciones o resoluciones que dicte la Superintendencia.....	345
Título II. Designación de un representante de la isapre ante la Superintendencia de Salud	347
Título III. Comunicación sobre los mecanismos para el otorgamiento de los beneficios mínimos legales	347
Capítulo VIII Procedimiento de Sanciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud	348
1. Principios generales del procedimiento de sanciones	348
2. Sujetos fiscalizados	348
3. Procedimiento de sanciones	348
4. Comité Asesor en materia de infracciones.....	352
5. Impugnación	354
6. Control del cumplimiento de la sanción	355
Anexo N° 1.....	356
Anexo N° 2.....	358
Anexo N° 3.....	359
Anexo N° 4.....	360
Capítulo IX Procesos de Fiscalización de la Superintendencia de Salud a las Isapres y el Fonasa.....	361
1. Instrucciones relativas a los procesos de fiscalización a las isapres.....	361
I. Acerca de la fiscalización	361
A. Fiscalización en las dependencias de la isapre	361
II. Plazos para el cumplimiento de los requerimientos formulados en los procesos de fiscalización.	364
III. Obligación de informar a los beneficiarios	364
IV. Trato adecuado a los fiscalizadores	364
V. Impedimento o entorpecimiento de la fiscalización	364
VI.- Derecho de impugnación.....	364
2. Procedimiento de fiscalización al Fonasa	365
I. Acerca de la fiscalización	365
II. Plazos para el cumplimiento de los requerimientos formulados en los procesos de fiscalización	366
III. Trato adecuado a los fiscalizadores.....	366

IV. Impedimento o entorpecimiento de la fiscalización	366
V. Derecho de impugnación	366
3.- Notificación electrónica de los oficios de término de los procesos de fiscalización realizados por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.....	366
I.- Aspectos generales.....	366
II.- De la notificación	367
III.- Habilitación del usuario autorizado	367
IV.- Acceso a la documentación emitida	367
V.- Caso fortuito o fuerza mayor	367
Anexo N°1	368
Anexo N°2	369
Capítulo X Procedimiento de Regulación de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud Y Notificación de las Instrucciones	372
I. Procedimiento de Regulación	372
1. Principios y directrices de la función reguladora.....	372
2. Instrumentos de regulación	373
3. Requerimiento de observaciones a los organismos fiscalizados.....	373
II. Notificación electrónica de normativa emitida por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.....	374
1. Aspectos generales	374
2. Notificación electrónica de la normativa.....	374
3. Habilitación del usuario autorizado	374
4. Almacenamiento.....	375
5. Caso fortuito o fuerza mayor	375
Anexo.....	376
Capítulo XI Procedimientos Relativos a las Garantías Explícitas en Salud	377
Título I. Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad	377
1. Situaciones de Excepción	377
2. Causales de Excepción	377
3. Gestión de Casos con Garantía Exceptuada	378
4. Obligación de Informar	379
Título II. Designación de nuevo prestador.....	379
1. Requisitos para acceder a la garantía de oportunidad	379
2. Designación del segundo prestador por el Fonasa o la Isapre.....	380
3. Información en página web para designación de nuevo prestador	380
4. Plazos	381
5. Procedimiento de designación del nuevo prestador por parte de la Superintendencia.....	381
6. Situaciones de improcedencia de la designación de nuevo prestador por parte de la Superintendencia ..	383

7. Designación de funcionario del asegurador y habilitación de dirección electrónica o número de fax.....	383
Anexo.....	384
Título III. Fondo de Compensación Solidario	385
1. Objetivo del Fondo	385
2. Isapres participantes del Fondo de Compensación Solidario	385
3. Información necesaria para la operación del Fondo	385
4. Prima comunitaria, modelo de compensación de riesgos y primas ajustadas por riesgo.	387
5. Notificación de las primas y del modelo de compensación de riesgos a las isapres	389
6. Formulación de observaciones	389
7. Notificación de las primas y del modelo de compensación de riesgos definitivos.....	390
8. La Comisión del Reglamento del Fondo de Compensación	390
9. Determinación de las compensaciones efectivas	392
10. Traspasos de recursos.....	394
11. Plazo para el traspaso de recursos al Fondo de Compensación	394
12. Prohibición.....	394
13. Incumplimientos.....	394
Título IV. Recepción y tramitación de las Presentaciones relativas a las Impugnaciones sobre la calificación de urgencia vital o con secuela funcional grave GES (Inciso séptimo del artículo 9 de la Ley N°19.966.).....	396
Capítulo XII Procedimientos relativos al Régimen de Prestaciones de Salud y a Fonasa	397
Título. De la afiliación e incorporación de cargas en Fonasa	397

Capítulo I Procedimientos Relativos al Contrato de Salud

Título I: Instrucciones sobre procedimientos de suscripción de contratos de salud previsual¹

Las Isapres, al momento de la suscripción del contrato de salud con un futuro cotizante, sólo pueden evaluar el riesgo individual de salud de esa persona y sus beneficiarios, utilizando para ello la declaración de salud, en la forma indicada en el N°2 de este título, y sólo podrá negar la afiliación, basada en dicha evaluación, si así lo decide. Por lo anterior, las instituciones de salud previsual no podrán excluir de la posibilidad de solicitar la afiliación, a priori, a ningún grupo de personas, basadas en consideraciones tales como el sexo, edad, condición de salud, condición laboral, etnia, preferencia sexual u otras de los futuros cotizantes y/o sus beneficiarios.

Asimismo, en cuanto a los antecedentes financieros de los afiliados, las isapres sólo pueden evaluar a su respecto, su capacidad de pago de la cotización de salud en relación al plan de salud al que desean adscribirse, por lo que no se encuentran autorizadas para excluir, a priori, a grupos de personas que trabajen en rubros, industrias o servicios determinados, o empresas públicas o privadas, o servicios de la Administración del Estado, así como tampoco respecto a personas naturales por el solo hecho de detentar la condición de cotizante dependiente, independiente o voluntario.

Las isapres, para efectos de lo dispuesto en los dos párrafos anteriores, no podrán exigir a los futuros cotizantes otros requisitos, antecedentes, documentos, formas de pago, o garantías financieras que los que expresamente autorizan las normas vigentes o el contrato de salud que se pretende suscribir, los que, en todo caso, deberán ser los mismos para todo tipo de beneficiarios, salvo las diferencias esenciales que se presenten entre éstos.

Lo señalado precedentemente, no se extiende a los beneficios adicionales que oferten las isapres a trabajadores de una determinada empresa o grupos de dos o más trabajadores, ni a las instituciones de salud previsual cuyo objeto exclusivo sea otorgar beneficios a trabajadores de una empresa determinada, regulados en el artículo 200 del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud, ya que por la naturaleza de los beneficios adicionales y de las instituciones involucradas, no se formula una oferta indiscriminada al público en general. Sin perjuicio de lo anterior, en estos casos, las isapres tampoco podrán, a priori, efectuar discriminaciones arbitrarias y/o ilegales dentro del universo de personas a las que se dirigen sus ofertas de afiliación.

1. Antecedentes de afiliación

Antes de formalizar la afiliación, la Institución deberá exigir a sus futuros afiliados y afiliadas, la presentación de los antecedentes que se enumeran a continuación:

- Para verificar la identidad y contrastar la firma del o la potencial cotizante, una fotocopia de su Cédula de Identidad o de su Licencia de Conducir; y en el caso de personas extranjeras, el Pasaporte, o Cédula de Identidad para Extranjeros y Residentes Temporales. Para certificar la identidad y el R.U.N. de sus beneficiarios o beneficiarias, podrá utilizarse la Cédula de Identidad, Licencia de Conducir, una fotocopia de la Libreta de Familia o un Certificado de Nacimiento.
- Para verificar la calidad de familiar beneficiario, además de un certificado que pruebe la relación de parentesco respectiva, un certificado de la entidad que otorgue la asignación familiar, u otro documento que acredite que aquél cumple con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente. En este último caso y, asimismo, respecto de los convivientes civiles, a quienes la ley no establece como causantes de asignación familiar ni aun de un trabajador dependiente, bastará con el certificado que acredite la relación de parentesco respectiva y una declaración jurada simple del futuro afiliado, en la que consigne que dicho familiar vive a sus expensas y no disfruta de una renta -exceptuando las pensiones de orfandad- igual o superior al 50% del ingreso mínimo

¹ Resolución Exenta SS/N° 39 de 10.01.2012 modificó la Circular IF/N°160, de 3.11.11.

mensual a que se refiere el inciso 1° del artículo 4° de la Ley N° 18.806, siempre que no provenga de labores remuneradas realizadas por un período no superior a tres meses en cada año calendario².

- Para verificar la renta o remuneración imponible de la persona trabajadora dependiente, pensionada o beneficiaria cotizante, en su caso, la isapre deberá solicitar la documentación que sirva para acreditar dicha condición, tal como una fotocopia de la última liquidación de remuneraciones o pensiones, una fotocopia del contrato de trabajo, una fotocopia de la última planilla de pago de cotizaciones a la AFP o IPS, un certificado de renta emitido por su empleador/a, o algún certificado legal que acredite la renta, etc.

Cuando exista algún indicio de que el futuro cotizante forma parte de una sociedad, no obstante la eventual escrituración de un contrato de trabajo, se requerirá la presentación de antecedentes que permitan confirmar o descartar su carácter de socio mayoritario con uso de la razón social, ya que en tal caso su calificación corresponderá a la de “trabajador o trabajadora independiente”, y así se consignará en el FUN que dé cuenta de la suscripción del contrato de salud.

- Por último, para verificar la Institución de Salud de origen y la desafiliación de ésta, tratándose de personas afiliadas a isapre, una copia de la carta de desafiliación debidamente cursada o una fotocopia del Formulario Único de Notificación (FUN) tipo 2. Si se invoca la calidad de cotizante del Fondo Nacional de Salud, dicha calidad deberá constar fehacientemente, al menos, en el certificado de afiliación o alguno de los documentos enumerados en el párrafo anteprecedente.

La información contenida en los antecedentes presentados por el o la cotizante, deberá ser traspasada al FUN tipo 1 que se emitirá al efecto. La institución podrá eximirse de la obligación de mantener dichos documentos en la carpeta del afiliado o afiliada, a excepción de la fotocopia del documento de identidad que corresponda y de la carta de desafiliación cursada ante la Isapre de anterior afiliación³, haciéndose responsable del correcto traspaso de la información al FUN.

En conformidad a la normativa vigente, la isapre deberá adoptar todas las medidas tendientes a evitar la doble afiliación, sea entre los regímenes regulados en los Libros II y III del DFL N° 1, o bien, entre dos o más isapres; garantizar la fidelidad de los datos que se consignen en el contrato de salud, en base a la documentación requerida a las personas afiliadas; y, desplegar una efectiva supervisión sobre el desempeño de sus Agentes de Ventas en el proceso de suscripción de contratos.

2. Etapas de la suscripción de documentos contractuales

La isapre utilizará la Declaración de Salud para registrar las enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes, en los términos señalados en el inciso segundo del N° 6 del artículo 190 del DFL N° 1 de sus potenciales cotizantes y personas beneficiarias. Para estos efectos, el o la cotizante deberá llenar la antedicha declaración, de acuerdo a la normativa vigente, y firmarla en señal de conformidad con el contenido de lo declarado en materia de enfermedades o condiciones de salud preexistentes.⁴

La isapre deberá entregar al potencial cotizante un comprobante que indique la fecha del llenado de la Declaración de Salud, la identificación del postulante y la fecha en que se va a pronunciar respecto a la aceptación o el rechazo de la incorporación.⁵

En caso de rechazo de la afiliación en la fecha estipulada, la isapre deberá justificar fundadamente el motivo de aquél en la Sección F “Resultado de la evaluación por parte de la isapre”. Al momento de comunicar tal situación al postulante, deberá devolverle el ejemplar de la Declaración de Salud destinado a él, con todos los antecedentes aportados por éste.⁶

² Viñeta insertada por Circular IF N° 250, de 03/09/2015

³ Párrafo modificado por la Circular IF N°228, del 23/09/2014

⁴ Capítulo I del Compendio de Instrumentos Contractuales

⁵ Párrafo incorporado a través de Circular IF/N° 234 de 2014

⁶ Párrafo incorporado a través de Circular IF/N° 234 de 2014 y modificado mediante la Resolución Exenta IF/N° 432 de 2015

El o la agente de ventas someterá a consideración de la Institución la referida declaración, a objeto que, en su caso, se consignen las restricciones correspondientes, las que deberán ajustarse a lo previsto en la normativa vigente. Una vez firmada la declaración de salud por quien la isapre designe, ésta será puesta en conocimiento del afiliado o afiliada, quien, sólo en esta oportunidad y si está de acuerdo, la firmará nuevamente en la sección pertinente, conjuntamente con los restantes documentos contractuales. En caso de no haber patologías o condiciones de salud que declarar no será necesario que el afiliado o afiliada vuelva a firmar la declaración de salud.

Una vez aceptada la declaración de salud por las partes, se completarán los restantes documentos contractuales y se firmarán el plan de salud, la selección de prestaciones valorizadas, las condiciones generales del contrato, el FUN tipo 1, y la renuncia a los excedentes, cuando proceda. El FUN podrá ser emitido computacionalmente por la institución, caso en el cual dicho formulario deberá ceñirse a las especificaciones que para tal efecto están contenidas en las instrucciones vigentes. Una vez suscritos los referidos documentos, la isapre estará obligada a entregar a la persona afiliada, en ese mismo acto, una copia de ellos, debidamente firmados por las partes.

La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar la entrega efectiva de los documentos mencionados en el párrafo precedente, además de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), el Procedimiento de Acceso a las Garantías Explícitas en Salud y los Mecanismos para el Otorgamiento de los Beneficios Mínimos, a través de una constancia firmada por la persona afiliada al reverso del ejemplar del FUN correspondiente a la institución. El formato de dicha constancia se contiene en el anexo N° 6 del Capítulo III del Compendio de Contratos.

Aquellas isapres que hayan adherido a las Condiciones Tipo de acuerdo a lo señalado en la letra d) del N° 2, del Título I, del Capítulo III del Compendio de Instrumentos Contractuales, deberán acreditar la entrega de los documentos contractuales al afiliado o afiliada, mediante la constancia firmada al reverso alternativo del FUN regulado en la citada normativa.

Si el contrato contempla la incorporación de un beneficiario o beneficiaria cotizante, entendiéndose por tal a aquella persona que se incorpora a la isapre en calidad de carga -médica o legal- y que percibe una remuneración o pensión afecta a la cotización legal, esta persona también deberá suscribir un FUN tipo 1, para dar cuenta de ello a la entidad encargada del pago de la cotización, indicándose en el formulario su condición de tal.

Ninguna de las partes podrá unilateralmente agregar estipulaciones adicionales o enmendar en cualquier forma los documentos contractuales.

La isapre, para el caso de las trabajadoras o trabajadores dependientes o pensionados, deberá notificar personalmente, ya sea por medio de un funcionario o funcionaria de la isapre o en quien ella delegue esta función o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, la suscripción del contrato al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, según corresponda, antes del décimo día del mes siguiente a la fecha de la firma, entregando el ejemplar del FUN respectivo. A la vez, deberá requerir su firma en el ejemplar correspondiente a la isapre, en señal de recepción.

Cuando la notificación al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, no pueda efectuarse ya sea porque éstos no son habidos o bien porque se niegan a recibirla, se dejará constancia al reverso del ejemplar del FUN correspondiente a la isapre, según formato contenido en el anexo N° 6 del Capítulo III del Compendio de Instrumentos Contractuales, de las causales que impidieron su notificación, de la fecha en que dicha situación se verificó y del nombre, RUT y la firma de la persona encargada de practicar la notificación. La isapre podrá entregar una copia del mencionado F.U.N a la Inspección del Trabajo del domicilio del empleador/a y/o a la entidad fiscalizadora que corresponda, para el caso de los trabajadores y trabajadoras dependientes y para personas pensionadas.

En el caso de las personas que trabajan en forma independiente o se afilian en forma voluntaria (Artículo 193, del DFL N° 1), la copia del FUN que corresponde al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión deberá inutilizarse.

Cuando la cotización de una persona afiliada provenga de más de una entidad, deberán llenarse, suscribirse y notificarse tantos FUN como instituciones obligadas a la retención y pago existan.

En todo caso, la fecha de cierre de afiliación mensual siempre será el último día del mes calendario que corresponda.

3. Vigencia anticipada de beneficios

La isapre podrá anticipar la vigencia de los beneficios del plan de salud, siempre que el interesado o interesada cumpla la condición de no tener, simultáneamente, beneficios vigentes en otra Isapre o en el Fonasa. La Institución que utilice esta modalidad, para personas que ingresan a la fuerza laboral por primera vez o después de un período de cesantía, podrá cobrar las cotizaciones que financian los respectivos beneficios.

En estos casos, deberá consignarse en el FUN tipo 1, el mes efectivo de suscripción, anualidad, vigencia de beneficios contractuales y el mes a contar del cual la entidad encargada del pago deberá descontar la cotización de salud.

4. Documento identificador de beneficiarios y beneficiarias

La isapre deberá otorgar, antes de la entrada en vigencia de los beneficios, un documento identificador por contrato, o bien, uno independiente para cada beneficiario o beneficiaria. Las características físicas de dicho documento serán determinadas por la Institución, debiendo contemplar, a lo menos, la siguiente información:

- Nombre de la isapre,
- Nombre completo y RUN del o la cotizante titular y beneficiario(s) o beneficiaria(s), según corresponda.

Los documentos emitidos para personas beneficiarias, deberán contener su individualización y la del o la cotizante de que se trate.

No obstante lo anterior, la isapre que acepte que el carnet de identidad de una persona beneficiaria es suficiente antecedente para acreditar su identidad y para acceder a todos los beneficios del contrato, queda liberada de generar un documento identificador especial para ese efecto.

Título II. Suscripción electrónica de contratos de salud previsional⁷

1. Disposiciones generales

- a) Las presentes instrucciones regulan los aspectos necesarios para el adecuado funcionamiento del SECSP, el que se caracteriza por el uso de comunicaciones electrónicas, produciendo los mismos efectos que la suscripción por escrito establecida en el Título I anterior.

En consecuencia, el uso del medio electrónico no altera, de modo alguno, los derechos y obligaciones de las aseguradoras y personas afiliadas en la suscripción del contrato de salud, como tampoco las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud.

- b) El Modelo de SECSP es estandarizado y sus especificaciones están contenidas en el Anexo denominado "Manual de Operaciones de la Suscripción Electrónica de Contratos de Salud Previsional", a través del cual se describe la funcionalidad de cada una de las etapas del Sistema y su procedimiento, se ilustran las diferentes interfaces gráficas de usuario correspondientes a cada etapa y se especifican los requerimientos de software para el desarrollo e implementación del Sistema de suscripción electrónica.

- c) Para efectos de la aplicación de este SECSP, las isapres deben usar el Buscador de Planes regulado por esta Intendencia.

No obstante lo anterior, las isapres que adhirieron al Modelo de Información de Planes instruido a través de la Circular IF/N° 99 de 2009, podrán continuar utilizándolo, para efectos de la implementación de la SECSP.

2. Obligaciones para las isapres

El Sistema se basa en la participación de todas las isapres, por lo tanto, para efectos del funcionamiento de la SECSP, todas ellas, independiente que se adhieran o no a éste, estarán obligadas a dar cumplimiento a las siguientes instrucciones:

- a) Otorgar una clave a cada una y uno de sus cotizantes, con la finalidad que la Isapre Nueva autentique a la persona usuaria a través del método de verificación de identidad de su Isapre Actual.
- b) La Isapre Actual deberá verificar y responder a la Isapre Nueva que efectivamente el RUN, el tipo de beneficiario y la antigüedad, informados por la persona interesada, corresponden a la situación actual de la misma.
- c) La Isapre Actual deberá dar un servicio de respuesta instantáneo y en línea ante la consulta de un RUN determinado, entregando los siguientes datos: ⁸
- Nombre
 - Apellido Paterno
 - Apellido Materno
 - Identificación de cargas legales y médicas
- d) Cuando el RUN consultado corresponda a un titular de la Isapre Actual, las Instituciones de Salud deberán, además, entregar la información financiera detallada a continuación⁹:
- RUT de la(s) entidad(es) encargada(s) del pago de la cotización registrada(s) en el contrato de salud.

⁷ Circular IF/N° 147, del 31 de marzo de 2011

⁸ Letra c) modificada por Circular IF/N° 158, del 06.10.2011

⁹ Letra d) modificada por Circular IF/N° 158, del 06.10.2011

- RUT de la(s) entidad(es) que han declarado y/o pagado la cotización los últimos 6 meses.
- Número de entidades que han declarado y/o pagado la cotización los últimos 6 meses.

- Razón social de la(s) entidad(es) encargada(s) del pago de la cotización registrada(s) en el contrato de salud.
- Razón social de la(s) entidad(es) que han declarado y/o pagado la cotización los últimos 6 meses.

- Renta imponible registrada en el contrato de salud respecto de cada entidad encargada del pago de la cotización.
- Renta imponible correspondiente a las cotizaciones declaradas y/o pagadas los últimos 6 meses.

- Monto de la cotización pactada vigente.
- Monto de las cotizaciones declaradas y/o pagadas los últimos 6 meses.

Si la entidad que ha declarado y/o pagado la cotización fuera más de una, deberá ir desagregado el monto de la cotización declarada y/o pagada y la renta imponible asociada a cada entidad.

- e) La Isapre actual que reciba una carta de desafiliación, deberá aceptarla o rechazarla instantáneamente, indicando mes y año al que corresponderá la última remuneración o pensión que estará afecta a descuento y si la persona cotizante mantiene excesos de cotización y cuenta de excedentes, señalando el monto acumulado por los excedentes¹⁰, cuando corresponda.
- f) Mantener un registro de todas las desafiliaciones cursadas, por el plazo de 1 año.
- g) En el caso de las isapres que adhieran a la SECSP, durante el plazo de 1 año deberán mantener un registro de todas las suscripciones electrónicas realizadas.
- h) La Isapre Nueva debe asignar una clave de suscripción a la persona usuaria, que le permitirá proseguir el proceso de suscripción del contrato de salud¹¹."

La entrega de la información establecida en las letras b), c) y d) precedentes, deberá ser autorizada por la persona cotizante.

3. Medidas de seguridad

El tratamiento de datos personales que se desarrolle en el contexto de la SECSP, deberá cumplir con lo dispuesto en la Ley 19.628, sobre protección de la vida privada, de manera tal que se resguarde la confidencialidad y se de garantía que los datos no van a ser utilizados para fines distintos a la suscripción del contrato de salud.

La isapre que contrate los servicios de un ente externo que asegure el correcto funcionamiento del Sistema y/o monitoreo del mismo, deberá suscribir convenios de prestación de servicios informáticos en los cuales se estipulen cláusulas que resguarden los datos personales y sensibles de las personas usuarias.

¹⁰ Párrafo modificado por Circular IF/N°262 de 2016 y Resolución Exenta IF/N°136, de 15 de abril de 2016.

¹¹ Letra h) y último párrafo incorporado en Circular IF/N° 158, del 06.10.2011

Asimismo, de acuerdo a la ley N° 19.628 corresponde reiterar la prohibición del tratamiento de datos sensibles salvo por las expresas excepciones que establece la referida ley, de manera que las isapres deben velar porque los datos sensibles obtenidos a través de la SECSP sean utilizados sólo para dicho fin.

4. Adhesión y revocación al modelo de SECSP

La adhesión al modelo de SECSP es voluntaria.

Se entenderá por adhesión al modelo, la adopción e implementación del Sistema de SECSP por parte de las isapres, establecido en el “Manual de Operaciones de la Suscripción Electrónica de Contratos de Salud Previsional”.

La adhesión a la SECSP no podrá ser inferior a seis meses contado desde la fecha de su implementación, renovable por igual período.

Las Instituciones de Salud Previsional podrán adherir o revocar su adhesión al modelo de SECSP, debiendo informar por escrito de ello a esta Intendencia. La adhesión y revocación deberá comunicarse a través de sus páginas web y a esta Intendencia con a lo menos 90 días de anticipación al vencimiento del período que esté en curso.

5. Rol de fiscalización

La isapre debe permitir el acceso de esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales al Sistema de SECSP para fines de fiscalización.

Anexo

“Manual de Operaciones de la Suscripción Electrónica de Contratos de Salud Previsional” (VER MANUAL ADJUNTO)

Título III. Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de contratos de salud

El procedimiento de adecuación anual del contrato de salud a que se refiere el inciso tercero del artículo 197 del DFL N° 1, comprende la remisión de la carta de adecuación, el pronunciamiento del o la cotizante y la formalización del acuerdo.

1. Remisión de la carta de adecuación

La isapre que opte por ejercer la facultad de adecuación que le confiere la ley, deberá remitir al o la cotizante que corresponda, una carta certificada al último domicilio registrado por dicha persona, que se ajuste al contenido señalado en el Anexo N° 1 de este Título, incluyendo su título "Carta de Adecuación". En esta carta la isapre no deberá adjuntar información y/o documentos adicionales que no tengan relación con la adecuación propuesta, salvo que se trate de antecedentes directamente relacionados con la ejecución del contrato, tales como: los fundamentos técnicos de la adecuación, listado de prestadores, nuevos convenios o sucursales, lo que en ningún caso debe significar alterar el contenido de la carta de adecuación.

La carta certificada que comunica la adecuación deberá ser expedida a la persona afiliada, esto es, puesta en la oficina de Correos de Chile respectiva, con a lo menos tres meses de anticipación al vencimiento del período anual y, en ella, deberá ponerse en conocimiento del o la cotizante la adecuación de precio propuesta para el plan vigente. Asimismo, deberá ofrecer uno o más planes alternativos, que cumplan con los requisitos del N° 6 del artículo 198 del DFL N° 1, cuyo precio base sea equivalente al vigente, entre los cuales podrá optar la persona afiliada, si no está de acuerdo con la adecuación propuesta. . La señalada comunicación podrá remitirse en forma complementaria por correo electrónico¹²

En consecuencia, la isapre estará obligada a identificar en la carta respectiva el o los plan(es) alternativos que deberá ofrecer a la persona afiliada, de entre los que comercializa, cuyo precio base sea equivalente o el que más se aproxime al que tenía el plan vigente antes de la adecuación, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca, en cuyo caso deberá ofrecer el plan cuyo precio base más se acerque al precio del plan antes de la adecuación.

Se deberán ofrecer idénticas alternativas de planes alternativos a los afiliados o afiliadas de un mismo plan, salvo para aquellos cotizantes cuyo precio base sea distinto del resto de las personas afiliadas al plan al momento de la adecuación, producto de situaciones excepcionales, tales como una sentencia judicial, resolución de esta Superintendencia, u otra razón justificada, a los que deberá ofrecerles un plan alternativo equivalente a su precio base diferenciado, es decir, el que esté realmente siendo cobrado.

Cuando el afiliado o afiliada no esté de acuerdo con la adecuación propuesta recurrirá a la isapre, la que deberá entregarle, en el mismo acto, los ejemplares de los planes de salud alternativos ofrecidos en la citada carta. Además, podrá poner a su disposición otros planes en comercialización que se ajusten a su cotización pactada.

La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar la circunstancia de haber remitido las cartas de adecuación dentro del plazo previsto en el párrafo segundo de este punto. Para este efecto, deberá disponer de una nómina especial de correos, que se identifique con el título respectivo de cada carta de adecuación, debidamente timbrada en cada una de sus páginas, que certifique la remisión de las cartas, la que podrá almacenarse en medios digitales.

La contravención a los plazos y formalidades previstas en la ley y en estas instrucciones acarreará la ineficacia de la adecuación de que se trate.

2. Situaciones especiales de adecuación

a) Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 10% de la cotización legal.

¹² Incorporado por Circular IF N° 178, del 25.10.12.

Cuando corresponda, la isapre deberá remitir una carta de adecuación diferente, que reemplace a la anterior, con el título “Carta de Adecuación por ajuste de Excedentes”, cuyo contenido se ajuste a lo señalado en el Anexo N° 2 de este Título, en la cual se comunique al afiliado o afiliada la circunstancia que los fondos que se destinan a su cuenta corriente individual de excedentes superan el 10% de su cotización legal, aún en la eventualidad que se aplicare la adecuación general del precio base del plan que rige para todos los cotizantes.

En este caso, la isapre estará obligada a ofrecer un plan alternativo cuyo precio más se aproxime al plan actualmente convenido y que permita absorber la diferencia señalada en el párrafo anterior.

En ningún caso el afiliado estará obligado a suscribir el plan propuesto por la isapre.

La carta mencionada en este numeral deberá indicar los efectos del silencio del afiliado o afiliada, esto es, que ante la falta de pronunciamiento sobre la adecuación propuesta, permanecerá en el plan vigente, con el ajuste de precio base, en caso que corresponda.

b) Modificación o término del convenio con prestador cerrado o preferente¹³

De acuerdo a la legislación vigente, el proceso general de revisión de contratos debe estar circunscrito a la modificación del precio base, y ajustarse a lo regulado en los artículos 197 y 198 del DFL N°1. Tal proceso debe considerar todas las circunstancias y factores que puedan afectar la siniestralidad de los planes de salud de la isapre. No obstante, la legislación admite, de manera excepcional, la modificación de los beneficios de un plan cerrado o preferente, en caso de término o modificación de un convenio entre la Institución de Salud Previsional y el prestador institucional.

En consecuencia, de acuerdo con la interpretación armónica de las disposiciones vigentes, la adecuación de beneficios regulada en esta letra debe aplicarse en casos excepcionales, en los que, por una parte, las modificaciones al convenio con el prestador, o su término, no dependan de la mera voluntad de la isapre y tampoco le sea posible a ésta mantener los beneficios mediante la sola modificación del precio base del plan y, por otra, las modificaciones deben afectar de modo sustancial la ejecución del contrato.”

La isapre que se vea enfrentada a la modificación o término del convenio con un prestador cerrado o preferente de sus planes de salud, podrá realizar los ajustes derivados de tal eventualidad conjuntamente con el proceso de adecuación de precios en curso, en caso que se esté efectuando, o bien hacerlo en el próximo proceso de adecuación.

Para tales efectos, deberá informar en la carta de adecuación señalada en el punto precedente (“Remisión de la carta de adecuación”), la modificación de los beneficios pactados con el prestador cuyo convenio ha sido modificado o terminado. En este caso, las modificaciones propuestas pueden estar referidas al otorgamiento de las prestaciones afectas en un prestador distinto del identificado en el plan vigente antes de la adecuación.

En la comunicación señalada precedentemente la isapre deberá adjuntar el plan adecuado, con las modificaciones incorporadas, e informar el o los planes alternativos en condiciones equivalentes¹⁴.

Si la adecuación propuesta altera los beneficios en el prestador cuyo convenio se ha terminado o modificado, la isapre deberá ofrecer al o la cotizante un plan alternativo adicional al mencionado en el punto 1 precedente (“Remisión de la carta de adecuación”), con beneficios equivalentes al plan vigente, pudiendo contemplar el otorgamiento de dichos beneficios en un prestador distinto de aquél identificado en el plan antes de la adecuación.

En caso de producirse el término o modificación del convenio con prestadores cerrados o preferentes, la isapre deberá informarlo por escrito a esta Superintendencia dentro de los diez días hábiles siguientes de ocurrido el hecho que la originó o una vez que las negociaciones con el prestador se encuentren concluidas¹⁵.

La comunicación a la Superintendencia deberá informar las causales del término o modificación del convenio, según se trate. En el caso de modificación la Institución de Salud deberá explicar en qué consisten los cambios de beneficios que se proponen y cómo éstos se incorporan al plan vigente. Si se trata del término del convenio

¹³ Incorporado por Circular IFN°173, del 26/7/12.

¹⁴ Párrafo modificado por la Circular IF/N°150, del 27 de mayo de 2011.

¹⁵ Párrafo modificado por la Circular IFN°173, del 26/7/12.

con el prestador cerrado o preferente, se deberán indicar las modificaciones propuestas al plan vigente y, en caso de incluir un nuevo convenio con otro u otros prestadores, deberá señalar las diferencias entre éste y el convenio que ha finalizado. En el evento que la isapre tenga vigentes otros planes que contemplen como preferente al prestador en cuestión, deberá ponerlo en conocimiento de esta Superintendencia, indicando el precio base que ellos tienen asignado¹⁶.

La isapre deberá, aportar todos los antecedentes que acrediten y expliquen la modificación o el término del convenio con el prestador, con la finalidad de que esta Intendencia pueda tomar conocimiento y, verificar cuando lo estime pertinente, si tales modificaciones repercuten en la configuración del plan de forma sustancial, y justifican su adecuación.

Para estos efectos la isapre deberá acompañar lo siguiente:

- En caso de modificación: el convenio vigente; el documento en el que consta la modificación; el plan vigente con los ajustes propuestos con motivo de la modificación; el o los planes alternativos en condiciones equivalentes al plan vigente que se ofrecerán.
- En caso de término de convenio: el convenio que finaliza; el convenio con el nuevo prestador, si lo hubiere; el plan vigente con los ajustes que se introducirán a raíz de la modificación; el o los planes alternativos equivalentes al plan vigente que se ofrecerán en la adecuación; y sus planes vigentes que contemplen como prestador preferente precisamente a aquél cuyo convenio ha finalizado dando lugar a la adecuación que se regula.

Con todo, el proceso de adecuación especial regulado en esta letra sólo podrá comenzar a ejecutarse al mes subsiguiente de la fecha en que la isapre comunique a esta Superintendencia el término o modificación del respectivo convenio.

3. Pronunciamiento del afiliado o afiliada

Una vez que la persona afiliada reciba la carta de adecuación de la isapre, podrá pronunciarse sobre su contenido, hasta el último día hábil del mes en que se cumple la anualidad de su contrato.

En conformidad a la ley, la aceptación del o la cotizante podrá ser expresa o tácita.

Será expresa cuando el o la cotizante manifieste formalmente su intención de aceptar el plan adecuado, alguno de los planes alternativos en condiciones equivalentes que se le ofrezcan u otro plan de los que comercialice la isapre, suscribiendo todos los instrumentos contractuales que correspondan, hasta el último día del mes en que se cumple la anualidad respectiva.

Será tácita, cuando transcurrido el plazo previsto por la ley, el o la cotizante no se manifieste respecto de la oferta formulada por la Institución, ya que en este caso se entenderá que acepta el plan adecuado, efecto que deberá ser informado en la respectiva carta de adecuación.

Si el o la cotizante no acepta la adecuación propuesta ni los planes alternativos ofrecidos por la Institución u otro plan de los que comercialice la isapre, podrá poner término al contrato, suscribiendo para ello una carta de desafiliación.

4. Formalización de la adecuación

Una vez que se haya formalizado el consentimiento entre las partes según las reglas precedentes, la adecuación deberá perfeccionarse suscribiéndose o emitiéndose, según sea el caso, los documentos contractuales que correspondan.

Excepcionalmente, las partes podrán suscribir los documentos que den cuenta de la adecuación del contrato antes del mes de cumplimiento de la respectiva anualidad, siempre y cuando no se modifique el mes de cumplimiento del período anual, el mes a partir del cual rige la cotización de salud pactada y el correspondiente mes de inicio de vigencia de los beneficios. En todo caso, dichos documentos deberán dar cuenta de la fecha efectiva en que fueron suscritos.

¹⁶ Párrafos octavo, noveno, décimo y décimo primero incorporados por la Circular IFN°173, del 26/7/12.

Si la aceptación es expresa, las partes deberán suscribir el plan convenido y un FUN tipo 8, quedando en poder del o la cotizante una copia de cada documento.

Si la aceptación es tácita, la isapre deberá emitir un FUN tipo 8 y remitirlo por carta certificada o en forma alternativa por correo electrónico a la persona afiliada, antes de la entrada en vigencia del plan adecuado¹⁷.

En caso que se trate de la situación especial, contemplada en la letra b) del punto N° 2 precedente, se deberá reflejar el cambio en los beneficios a través de la notificación tipo 9.

Cualquiera sea el caso, tratándose de la modificación del precio del contrato de trabajadoras o trabajadores dependientes y/o pensionados, la copia del FUN correspondiente deberá ser notificada, personalmente, ya sea por funcionario o funcionaria de la isapre o en quien ella delegue la función o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, antes del día diez del mes siguiente a aquél en que se cumple el período anual, requiriendo su firma en el ejemplar de la isapre, en señal de recepción.

Cuando la notificación al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, no pueda efectuarse ya sea porque éstos no son habidos o bien porque se niegan a recibirla, se dejará constancia al reverso del ejemplar del FUN correspondiente a la isapre, según formato contenido en el anexo N°6 del Capítulo III del Compendio de Contratos, de las causales que impidieron su notificación, de la fecha en que dicha situación se verificó y del nombre, RUT y la firma de la persona encargada de practicar la notificación. La isapre podrá entregar una copia del mencionado F.U.N a la Inspección del Trabajo del domicilio del empleador/a y/o a la entidad fiscalizadora que corresponda, para el caso de los trabajadores y trabajadoras dependientes y para personas pensionadas.

En ningún caso, la formalización de la adecuación podrá contemplar la exigencia de una nueva declaración de salud respecto de los beneficiarios o beneficiarias vigentes del contrato.

¹⁷ Incorporado por Circular IF N° 178, del 25.10.12.

5. Definiciones relativas a la adecuación de los precios base de los contratos de salud

5.1. Planes revisados en el procedimiento de adecuación: todos los planes individuales que tienen al menos una persona cotizante con beneficios vigentes en el mes de enero de cada año, salvo aquellos cuyo precio base se encuentre expresado en el porcentaje de la cotización legal para salud.

5.2. Cartera: el total de beneficiarios y beneficiarias que se encuentran adscritos a los planes revisados en el procedimiento de adecuación y que tienen beneficios vigentes en el mes de enero de cada año.

5.3. Variación del precio: el cambio porcentual real (sobre la variación del IPC) proyectado por la isapre para el precio base de cada uno de los planes de salud revisados en el procedimiento de adecuación.

5.4. Banda de precios: el rango porcentual en el que deben encontrarse las variaciones de precios de cada uno de los planes revisados en el procedimiento de adecuación. El límite máximo de la banda se obtiene multiplicando el promedio ponderado de las variaciones de precios por 1,3 y el límite mínimo se obtiene multiplicando dicho promedio por 0,7.

6. Cálculo de la banda de precios

6.1. Información necesaria para el cálculo de la banda de precios

La isapre deberá efectuar el cálculo de la banda de precios con la información que se indica:

a) Planes revisados en el procedimiento de adecuación en trámite.

Deben incluirse todos los planes individuales que tengan, a lo menos, una persona cotizante con beneficios vigentes en el mes de enero del año correspondiente, salvo aquellos cuyo precio base se encuentre expresado en el porcentaje de la cotización legal para salud.

b) Variaciones de precios proyectadas por la isapre para cada uno de los planes señalados en la letra anterior.

Dicha variación deberá calcularse sobre precios base expresados en unidades de fomento (UF). Para expresar en UF los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, la isapre deberá utilizar el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

Las variaciones de precios deberán expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un solo decimal, utilizando el método de aproximación simétrica, por ejemplo, 2,24 debe informarse como 2,2, mientras que 2,25 debe informarse como 2,3.

Las variaciones de precios pueden ser equivalentes a cero (0%), pero, de igual forma deberán considerarse para el cálculo de la banda de precios.

c) La cartera de cada uno de los planes señalados precedentemente¹⁸.

La cartera debe estar referida a las personas cotizantes y sus cargas con beneficios vigentes en el mes de enero del año correspondiente. Cabe señalar, que los datos proporcionados por las isapres a este respecto, deberán provenir del Archivo Maestro de Cotizantes y Cargas de Isapres, fuente de datos que provee a esta Superintendencia periódicamente, de la cartera de cotizantes y cargas más sus características asociadas, información que este Organismo Fiscalizador vinculará con los datos emanados del Archivo Maestro de Contratos, a fin de obtener la referida cartera con beneficios vigentes."¹⁹

¹⁸ Letra c), modificada por la Circular IF N° 205, de 05.12.2013.

¹⁹ Los datos se obtienen utilizando la información de 2 tablas: "Cotizantes y Cargas" y "Contratos", almacenando la información de los beneficiarios vigentes de cada mes, con los atributos correspondientes.

6.2. Cálculo del promedio ponderado de las variaciones de precio base

Conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del punto 2 del artículo 198 del DFL N° 1, el promedio ponderado de las variaciones se calculará sumando las variaciones de precios de cada uno de los planes revisados en el proceso de adecuación, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en el total de la cartera.

El promedio ponderado de las variaciones se calcula como sigue:

$$\overline{PPV} = \frac{\sum_{i=1}^n V_{pi} \times b_i}{B}$$

Donde:

- \overline{PPV} = Promedio ponderado de las variaciones de precios.
- V_{pi} = Variación porcentual del precio base del plan i.
- b_i = Cartera del plan i.
- B = Cartera total equivalente a la suma de los b_i .
- n = Cantidad de planes revisados en el procedimiento de adecuación.

El promedio ponderado de las variaciones de precios deberá expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un solo decimal.

Ejemplo:

Plan	Variación	Cartera
A	2,2%	500
B	4,0%	200
C	2,0%	300
Cartera Total		1.000

$$\overline{PPV} = \frac{0,022 \times 500 + 0,04 \times 200 + 0,02 \times 300}{1.000} = 0,025$$

$$\overline{PPV} = 2,5\%$$

6.3. Determinación de la banda de precios

La variación del precio base de cada plan de salud no podrá ser superior a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones de todos ellos, ni inferior a 0,7 veces dicho promedio.

En consecuencia, la banda de precios se calcula como sigue:

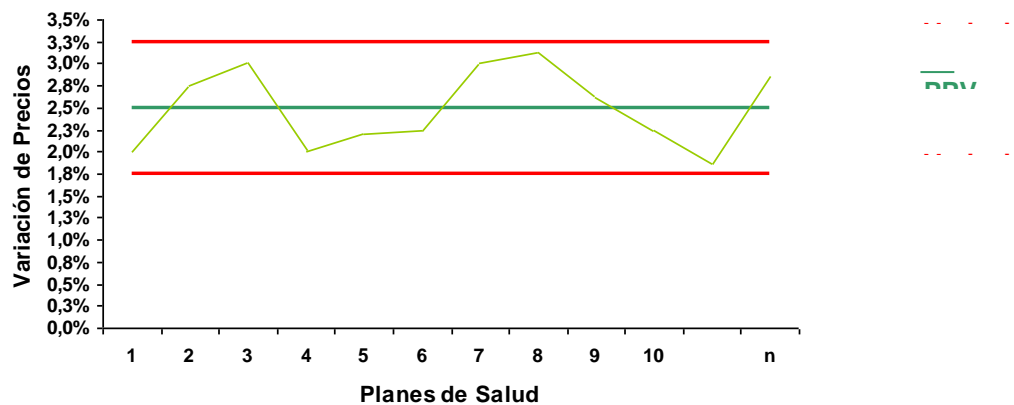
$$\text{Variación Máxima Posible} = \overline{PPV} \times 1,3$$

$$\text{Promedio Ponderado de las Variaciones} = \overline{PPV}$$

$$\text{Variación Mínima Posible} = \overline{PPV} \times 0,7$$

Ejemplo:

Si el promedio ponderado de las variaciones de precios es equivalente a 2,5%, entonces, la variación máxima posible de aplicar al precio base de cada plan de salud es de 3,3% y la variación mínima es de 1,8%.



6.4. Aplicación de la banda de precios

Las variaciones de precios ajustadas a esta regla se aplicarán a todos los contratos que cumplan anualidad entre los meses de julio del año que corresponda y junio del año siguiente, considerando el precio base que cada persona cotizante tenga al momento de la adecuación, el cual, en virtud de un dictamen judicial, resolución de la Superintendencia u otra razón justificada, puede ser distinto al precio base vigente o de lista para el plan respectivo.

7. Situación de planes creados entre febrero y junio de cada año

Conforme a lo dispuesto en el N° 3 del artículo 198 del DFL N° 1, las variaciones de precios que determine la isapre para los planes creados entre febrero y junio de cada año, ambos meses inclusive, deberán ajustarse a la regla indicada precedentemente, pero en el proceso de adecuación del período siguiente.

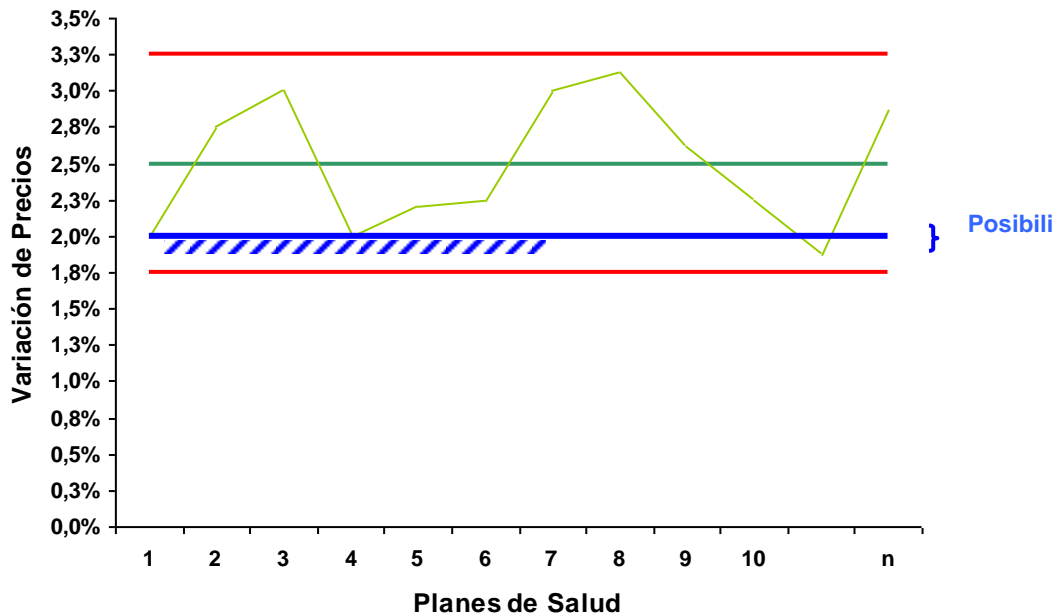
Lo anterior implica que la variación real de precios proyectada para estos planes deberá aplicarse entre febrero y junio del año subsiguiente, por cuanto no es posible que dichos planes sean considerados en el proceso de adecuación en trámite.

Esta misma regla se aplica para planes creados con anterioridad a febrero y que no tengan cotizantes con beneficios vigentes en el mes de enero de cada año.

8. Opción de no adecuar los precios base

Conforme a lo dispuesto en el número 4 del artículo 198 del DFL N° 1, las isapres podrán optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en que la variación de precios proyectada, dentro de la banda, sea igual o inferior a 2%.

Ejemplo:



9. Otras instrucciones en relación a la adecuación de los precios base

9.1. Remisión de la Selección de Prestaciones Valorizadas en los procesos de adecuación de precio base²⁰

En los procesos de adecuación del precio, se deberá enviar a los afiliados, conjuntamente con la carta respectiva, la cartilla del plan vigente.

En las adecuaciones excepcionales, en que se proponga la modificación de los beneficios, las isapres deberán remitir a los afiliados las cartillas correspondientes al plan vigente y al plan propuesto.

9.2. Prohibición de ofrecer rebajas de precio

A contar de 1 de julio de 2005, las isapres no podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto de los precios de los planes, sea a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de esos planes.

²⁰ Instrucciones relativas a la Selección de Prestaciones Valorizadas se encuentran, según su naturaleza, incorporadas al Compendio de Beneficios y a este Compendio de Procedimientos. En este último, además de esta mención, las instrucciones se encuentran en el Capítulo II.

Anexos

ANEXO N° 1

CONTENIDO DE LA CARTA DE ADECUACIÓN

La carta de adecuación que se remita a los y las cotizantes deberá contener, a lo menos, la siguiente información, la que deberá ser clara y comprensible para la persona interesada.

Las materias mínimas son:

- 1.- Lugar y fecha de emisión de la carta
- 2.- Identificación del afiliado o afiliada
- 3.- Identificación del plan actual e indicación del precio vigente antes de la adecuación
- 4.- Porcentaje de variación del precio base por adecuación
- 5.- Precio final a pagar, indicando todas las variables que lo afectan. Por ejemplo, adecuación, variación del tramo de edad, precio Ges, etc.
- 6.- Oferta de planes alternativos de acuerdo a la normativa vigente, incluyendo su precio base y precio final a pagar
- 7.- En caso de modificación de los beneficios, producto del término o modificación del convenio con prestadores cerrados o preferentes, se deberá informar respecto de los cambios en los beneficios y/o del prestador cerrado o preferente del plan, y se deberá adjuntar el plan adecuado, con las modificaciones introducidas²¹
- 8.- Plazo para pronunciarse sobre la adecuación propuesta y efectos del silencio
- 9.- Opción de desafilarse
- 10.- Identificación de quien representa a la isapre.
- 11.- La Isapre podrá agregar información sobre otros planes disponibles en la isapre
- 12.- La Isapre podrá agregar información sobre el fundamento del alza del precio base.

²¹ El N°7 de este anexo fue modificado por la Circular IF/N°150, del 27 de mayo de 2011.

ANEXO N° 2

CONTENIDO DE LA CARTA DE ADECUACIÓN POR AJUSTE DE EXCEDENTES

En aquellos casos en que, una vez aplicada la adecuación del precio, existan personas afiliadas que estén generando excedentes que superen el 10% de su cotización legal para salud, la isapre deberá remitir una carta de adecuación que contenga, a lo menos, la siguiente información:

- 1.- Lugar y fecha de emisión de la carta
- 2.- Identificación del afiliado o afiliada
- 3.- Identificación del plan actual e indicación del precio vigente antes de la adecuación
- 4.- Porcentaje de variación del precio base por adecuación
- 5.- Precio final a pagar, indicando todas las variables que lo afectan. Por ejemplo, adecuación, variación del tramo de edad, precio GES, etc.
- 6.- Oferta de planes alternativos de acuerdo a la normativa vigente, incluyendo su precio base y precio final a pagar
- 7.- Explicación breve de la situación que afecta a su contrato respecto de la generación de excedentes que superan el 10% de su cotización mínima
- 8.- Oferta de plan propuesto, incluyendo el precio base y precio final
- 9.- Plazo para pronunciarse sobre la adecuación propuesta y efectos del silencio del o la cotizante
- 10.- Opción de desafiliarse
- 11.- Identificación de quien representa a la isapre.
- 12.- La Isapre podrá agregar información sobre otros planes disponibles en la isapre

Título IV. Instrucciones sobre procedimientos de modificación de contratos de salud

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 197, inciso primero, del DFL N°1, durante la vigencia del contrato de salud la Institución deberá, a requerimiento de la persona afiliada, ofrecerle un nuevo plan de salud, en el evento que se encuentre en situación de cesantía, experimente una variación permanente en el monto de la cotización legal o en la composición de su grupo familiar.

1. Situación de cesantía

Para estos efectos, deberá entenderse que el cotizante tiene la calidad de cesante desde que se pone término a su relación laboral, cualquiera sea la causal que haya originado esta situación.

Para que el o la cotizante acredite su condición de cesante, bastará la presentación de cualquier instrumento auténtico que pruebe dicho carácter, como por ejemplo, un finiquito laboral, una carta de despido o renuncia que conste por escrito y notificada al empleador/a, una planilla de cotizaciones informada por el empleador con código de movimiento 2, u otro documento similar, por ejemplo, sentencia judicial. En caso de controversia acerca del mérito de los antecedentes presentados, deberá estarse a lo que resuelvan los Juzgados de Letras del Trabajo o Tribunales Laborales, según corresponda.

En este evento, la isapre deberá ofrecer a la persona cotizante, al menos, el plan de menor precio de entre aquéllos que comercialice. Sin perjuicio de que las partes mantengan el plan pactado u otro, en las condiciones de precio que correspondan, si así lo acordaren.

En la misma oportunidad la isapre deberá informar al afiliado o afiliada el saldo disponible en su cuenta de excedentes de cotización, en caso que corresponda, señalando el derecho que le asiste de destinar tales excedentes para cubrir cotizaciones en caso de cesantía.

2. Variación permanente de la cotización

Por variación permanente de la cotización, se entenderá aquella modificación de la cotización previsional legal de salud, derivada de un aumento o disminución de la remuneración imponible, renta declarada o de la pensión de las trabajadoras y trabajadores dependientes, independientes o pensionados, según sea el caso, con pretensiones de permanecer en el tiempo y que, en tal caso, no corresponde a una situación excepcional o transitoria.

Para acreditar esta circunstancia, bastará con que el afiliado o afiliada dependiente presente a la isapre el contrato de trabajo donde conste su nueva remuneración imponible, su última liquidación de remuneración o un certificado de su empleador/a. Tratándose de trabajadoras o trabajadores dependientes sujetos a régimen de remuneración variable, tal variación podrá acreditarse con la presentación de las tres últimas liquidaciones de remuneración.

En el caso de trabajadoras o trabajadores independientes, podrá probarse dicha modificación con la presentación de las tres últimas planillas de declaración y pago de cotizaciones previsionales ante la administradora correspondiente. Finalmente, los pensionados y pensionadas podrán presentar su última liquidación de pensión. Sin perjuicio de lo anterior, la isapre podrá aceptar otros antecedentes que den cuenta de la aludida variación, en reemplazo de los anteriormente mencionados.

En este evento, la isapre deberá ofrecer a la persona cotizante, al menos, un plan de salud, de entre aquellos que comercializa, cuyo precio más se ajuste a la nueva cotización legal acreditada.

3. Variación en la composición del grupo familiar

La isapre deberá ofrecer un nuevo plan de salud, cada vez que el afiliado o afiliada lo solicite y se fundamente en la variación de la composición del grupo familiar; sin perjuicio de que las partes mantengan el plan pactado u otro, en las condiciones de precio que correspondan, si así lo acordaren.

a) Incorporación de beneficiarios

Para efectos de formalizar la incorporación de los familiares beneficiarios, la isapre podrá exigir a la persona cotizante la documentación que los acredite como tales, de acuerdo a lo instruido en el numeral 1, del Título I del Capítulo I.²²

Tratándose de un conviviente civil, bastará con el certificado que acredite tal calidad y una declaración jurada simple del afiliado, en la que consigne que dicho familiar vive a sus expensas y no disfruta de una renta - exceptuando las pensiones de orfandad- igual o superior al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el inciso 1° del artículo 4° de la Ley N° 18.806, siempre que no provenga de labores remuneradas realizadas por un período no superior a tres meses en cada año calendario.²³

Cuando se trate de la incorporación de una persona recién nacida, los beneficios se otorgarán desde el momento de su nacimiento, siempre que se inscriba en la isapre antes de cumplir un mes de vida o en una fecha posterior, si así lo acordaren las partes. La cotización que financia estos beneficios corresponderá, como máximo, a aquélla que se descuenta de la remuneración devengada en el mes anterior al nacimiento.

Respecto del o la menor que se incorpora durante el primer mes de vida, no podrá exigirse una declaración de salud.

Tratándose de la incorporación de un nonato, la isapre deberá actualizar los datos de este beneficiario dentro de un plazo de 60 días, contado desde su nacimiento, en base a la información que dentro del mismo plazo deberá aportar la persona cotizante.

Si la inscripción del familiar beneficiario se realiza después de cumplido un mes de vida y antes de los noventa días posteriores a su nacimiento, y siempre que éste no se encuentre bajo el amparo de algún sistema previsional de salud, los beneficios se otorgarán desde el mes de su incorporación en la isapre y se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior a aquél en que se produzca la referida inscripción.

En los demás casos y tratándose de otros familiares beneficiarios y/o cargas médicas, los beneficios del contrato se harán exigibles a contar del primer día del mes subsiguiente al de su inscripción en la isapre. La cotización que financia dichos beneficios se descontará de la remuneración devengada en el mes anterior al de inicio de los mismos.

Ante cualquiera de las situaciones descritas anteriormente, la isapre deberá ofrecer a la persona cotizante un plan de salud, de entre aquellos que comercializa, cuyo precio más se ajuste al que pagaba antes de la incorporación de la nueva carga. No obstante ello, la persona cotizante podrá mantener su actual plan, en la medida que asuma la variación que experimente el precio del mismo por la incorporación de la nueva carga.

b) Retiro de beneficiarios y beneficiarias²⁴

Para que el cotizante pueda retirar a un familiar beneficiario, deberá acreditar fehacientemente la pérdida de la calidad de carga legal de éste

Lo anterior no obstará a que las partes acuerden expresamente la permanencia del beneficiario o beneficiaria como carga médica una vez extinguida su condición de familiar beneficiario.

En el evento que la Institución tome conocimiento de la pérdida de la antedicha condición, sin mediar una comunicación expresa de la persona cotizante en tal sentido, podrá hacer efectivo el retiro, desde ese momento y hasta el vencimiento de la próxima anualidad del contrato, emitiendo el FUN correspondiente y adjuntando una carta que explique la situación, ya que de lo contrario se entenderá que ha optado por mantener al beneficiario o beneficiaria como carga médica, mientras no adquiera la calidad jurídica de cotizante.

²² Párrafo modificado por Circular IF N° 250, de 2015.

²³ Párrafo incorporado por Circular IF N° 250, de 2015.

²⁴ Letra modificada por la Circular IF N° 182, 21.12.2012.

Tratándose de un beneficiario que adquiere la calidad jurídica de cotizante, la isapre no podrá hacer efectivo su retiro sino trascurrido el último día del mes subsiguiente a aquél en que haya enviado la carta a que se refiere el párrafo 5° de la letra c) de este número 3°, si ha debido efectuar dicha comunicación, o a aquél en que el afiliado le haya acreditado que su beneficiario adquirió dicha calidad, salvo que, antes del vencimiento de ese plazo, el beneficiario haya ejercido su opción de permanecer en la isapre celebrando el correspondiente contrato o le haya informado su decisión de retirarse de ésta.

Por regla general, el contrato dejará de producir efectos, respecto de las personas beneficiarias, al mes subsiguiente de formalizado el retiro. En consecuencia, la última cotización a enterar será la correspondiente a la remuneración devengada en el mes anterior al de término de beneficios.

Sin perjuicio que la persona cotizante podrá mantener su plan de salud, rebajando de la cotización pactada la parte correspondiente al beneficiario o beneficiaria que se retira, la isapre deberá ofrecerle un plan de salud, de entre aquellos que comercializa, cuyo precio más se ajuste al que pagaba antes del retiro de la carga, de tal forma que el afiliado o afiliada pueda aumentar los beneficios de su plan de salud, sin que esté obligado a aceptar la modificación propuesta.

Esta obligación sólo será exigible a la Institución en los casos que el retiro del familiar beneficiario se fundamente en la pérdida de dicha calidad, tanto respecto del o la cotizante como de su cónyuge, en su caso.

c) Derecho del beneficiario que adquiere la calidad jurídica de cotizante²⁵

Los beneficiarios que han perdido la calidad de carga legal y adquieren la de cotizante y opten por permanecer en la isapre, deberán suscribir un contrato, quedando ésta obligada a contratar y a ofrecerles los planes en actual comercialización que se ajusten a su cotización legal; aquéllos cuyos beneficios sean similares a los que tenían acceso como beneficiarios y los que, superando la cotización legal, respondan a los requerimientos que le efectúe el nuevo cotizante, de acuerdo a los parámetros que aplica la Institución en las nuevas contrataciones, no pudiendo imponerles otras restricciones que las que ya se encuentren vigentes ni exigirles una nueva declaración de salud.

Los derechos y obligaciones referidos en el párrafo precedente, no serán aplicables cuando se trate de beneficiarios de contratos de salud celebrados con isapres cuyo objeto sea otorgar prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa o institución, salvo que el nuevo cotizante tenga esa condición.

Asimismo, no serán aplicables en el caso de aquellos beneficiarios que hayan ingresado al contrato en calidad de carga médica por pacto expreso de las partes en los términos que indica el inciso 3° del artículo 202 del DFL N°1, de 2005, de Salud, quienes mantendrán esa calidad mientras éstas no acuerden expresamente su retiro o el propio beneficiario manifieste su voluntad de retirarse.

Se entenderá que no adquieren la calidad jurídica de cotizantes, aquellas personas cuyos ingresos afectos a cotización legal sean inferiores al 50% del ingreso mínimo mensual o, independientemente de su monto, provengan de una pensión de orfandad o de labores remuneradas desempeñadas por un período no superior a tres meses en cada año calendario. En tales casos, estas personas permanecerán como beneficiarios en el mismo contrato, enterando las cotizaciones que corresponda en la isapre.

En el evento de que la isapre tome conocimiento de que un beneficiario que ingresó al contrato en calidad de carga legal ha adquirido la calidad jurídica de cotizante, sin que el afiliado se lo haya acreditado, deberá informar a éste dicha circunstancia a través de una carta certificada dirigida al último domicilio registrado en la Institución, explicando el derecho que tiene aquél de permanecer en la institución suscribiendo un contrato, indicándole que, de no hacerlo, la isapre estará facultada para retirarlo, con el objeto de que se efectúen las regularizaciones contractuales respectivas. Complementariamente, la isapre podrá remitir la citada comunicación a través de correo electrónico.

²⁵ Letra introducida por la Circular IF N° 182, 21.12.2012.

El referido procedimiento será aplicable tanto respecto de los familiares beneficiarios que pierden esa calidad al adquirir la de cotizante, como a aquéllos que la habían perdido por dejar de tener alguno de los estados, requisitos o condiciones que establece el artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 150 de 1981²⁶.

Si el beneficiario que adquiere la calidad jurídica de cotizante opta por permanecer en la isapre suscribiendo un contrato de salud, se entenderá que a su respecto existe continuidad en los beneficios, hasta que entre en vigencia el plan suscrito. En este contexto, las cotizaciones que se generen en el período previo a dicha vigencia deben ser enteradas en la isapre, o recuperadas por ésta, en caso de que hayan sido pagadas en Fonasa.

4. Modificación del mes de la anualidad

Las partes podrán modificar el mes de la anualidad de sus contratos de salud previsional, utilizando al efecto el Formulario Único de Notificación tipo 5, en el caso de planes grupales y compensados, con el objeto de hacer coincidir la anualidad de todos los que pertenecen al grupo. Lo anterior, será procedente también respecto de los planes individuales, siempre que dicha notificación vaya asociada a un cambio de plan de salud.

En todo caso, el cambio del mes de la anualidad no alterará el cómputo de los meses de vigencia de los beneficios del contrato, resguardando así el tratamiento legal de las preexistencias declaradas, no declaradas, el embarazo, la desafiliación y, en general, todos los plazos y períodos de espera que dependen de éstos.

5. Modificación de precio por cambio en el tramo de edad

La isapre estará obligada a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y, de conformidad con la respectiva tabla de factores del plan de salud, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario o beneficiaria en razón de su edad. La señalada modificación se deberá informar al cotizante respectivo, conjuntamente con el alza aplicada en el proceso de adecuación, siguiendo el procedimiento a que se refiere el punto “1. Remisión de la carta de adecuación” del Título III de este Capítulo. En dicha comunicación se explicará que la causa del cambio de precio se debe a la adecuación aplicada y al cambio de tramo de edad.

En caso que el plan del o la cotizante no se vea afectado por el proceso de adecuación, la isapre deberá igualmente efectuar la comunicación en los términos señalados en el punto “1. Remisión de la carta de adecuación” del Título III de este Capítulo, indicando que la variación del precio del plan se debe al cambio del tramo de edad. En estos casos la isapre no estará obligada a ofrecer un plan de salud alternativo en la referida comunicación.

Al vencimiento del plazo con que cuenta el afiliado o afiliada para pronunciarse, se remitirá el FUN de adecuación en los términos instruidos en el punto “4. Formalización de la adecuación” del Título III de este Capítulo, el que deberá dar cuenta de la notificación Tipo 6.

Además, antes del día 10 del mes siguiente a la anualidad y sólo para el caso de personas que sean cotizantes dependientes o pensionadas, la isapre deberá notificar el FUN que refleja el cambio en el precio, al empleador/a o entidad encargada del pago de la pensión, según corresponda.

Cuando la notificación al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, no pueda efectuarse ya sea porque éstos no son habidos o bien porque se niegan a recibirla, se dejará constancia al reverso del ejemplar del FUN correspondiente a la isapre, según formato contenido en el anexo N°6 del Capítulo III del Compendio de Contratos, de las causales que impidieron su notificación, de la fecha en que dicha situación se verificó y del nombre, RUT y la firma de la persona encargada de practicar la notificación. La isapre podrá entregar una copia del mencionado F.U.N a la Inspección del Trabajo del domicilio del empleador/a y/o a la entidad fiscalizadora que corresponda, para el caso de los trabajadores y trabajadoras dependientes y para personas pensionadas

²⁶ Párrafo introducido por Resolución Exenta N° 105, 8.2.2013.

6. Casos especiales de modificación de contratos

6.1. Planes cerrados y con prestadores preferentes

En conformidad a lo dispuesto en el punto 7 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales, la isapre deberá ofrecer un nuevo plan de salud, siempre que el afiliado o afiliada así lo solicite y se fundamente en algunas de las siguientes causales:

- a) Si se modifica el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan. Se presumirá que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.
- b) Si la institución incurre en alguno de los siguientes incumplimientos:
 - Falta de atención continua y oportuna por parte del médico de cabecera o negativa de la isapre a reemplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante.
 - Falta de derivación en caso de insuficiencia del prestador, derivación a un prestador o prestadores distintos de los indicados en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.
 - En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el plan, sin perjuicio de la obligación de la isapre prevista en el número 2, letra C, del artículo 189 del DFL N° 1. La facultad regulada en este punto no priva al cotizante de la opción de solicitar el término del contrato de salud por el incumplimiento de las obligaciones por parte de la isapre, en conformidad a las reglas generales.

6.2. Planes de salud compensados

Tratándose de planes de salud compensados, cualquiera de los cotizantes podrá solicitar a la Institución el término de la referida compensación, con un mes de antelación.

En tal caso, y no existiendo la concurrencia simultánea de ambos contratantes, la Institución comunicará por escrito al otro contratante el término de la compensación, así como las opciones que le asisten de mantener el plan al cual estaba adscrito, pagando la cotización que corresponda, de suscribir un Plan de Salud Complementario que se encuentre comercializando la isapre y que tenga el precio que más se ajuste al monto de su cotización legal al momento de terminarse la compensación, o bien, de desafiliarse, si ha transcurrido más de un año de vigencia del contrato.

La persona que recibe la compensación deberá optar por alguna de las alternativas que le propone la isapre, dentro del plazo que ésta le informe en la comunicación, y que no podrá extenderse más allá del último día hábil del mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega si es personal.

Ante el silencio del afiliado o afiliada que recibe la compensación, se entenderá que acepta el plan ofrecido por la isapre que más se ajusta a su cotización legal, en cuyo caso la Isapre emitirá el FUN respectivo, firmado sólo por ésta, y lo remitirá por carta certificada a la persona cotizante antes de la entrada en vigencia de los beneficios del nuevo plan. La señalada comunicación podrá remitirse en forma complementaria por correo electrónico. El plan de salud compensado se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a aquél en que expire el plazo concedido al o la cotizante para pronunciarse sobre el Plan de salud propuesto por la isapre²⁷.

Si la aceptación es expresa, las partes suscribirán el plan convenido y el respectivo FUN, quedando en poder del o la cotizante una copia de cada documento.

En el caso del afiliado o afiliada que efectúa la compensación, podrá mantener su actual plan de salud o suscribir un plan, de entre aquellos que la isapre comercializa, cuyo precio más se ajuste al monto de la cotización legal al momento de terminarse la compensación.

²⁷ Modificado por Circular IF N° 178, del 25.10.12.

7. Alza del precio del contrato durante períodos de incapacidad laboral

Si durante los períodos de incapacidad laboral, se produce un aumento del precio del plan de salud pactado, ya sea a consecuencia de la incorporación de nuevos beneficiarios al contrato o de la aplicación del procedimiento de revisión contractual previsto en el inciso 3° del artículo 197 del DFL N° 1, las diferencias de cotizaciones que se generen deberán ser pagadas por las isapres, con cargo a la entidad pagadora del subsidio, atendiendo al tipo de licencia de que se trate.

En consecuencia, en el caso de los subsidios maternales que se financian por el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, los referidos aumentos de las cotizaciones deben ser pagados por las instituciones con cargo al mismo Fondo, en tanto que, si se trata de subsidios que no son financiados por éste - como en el caso de las licencias curativas o maternales suplementarias o de plazo ampliado- la diferencia de las cotizaciones debe ser de cargo de la propia isapre.

8. Formalización de las modificaciones

Todas las modificaciones de contrato descritas en este punto, se formalizarán mediante la suscripción de un Formulario Único de Notificación y del Plan de Salud, en los casos que procedan. El FUN deberá contemplar todos los tipos de notificación que correspondan, según sean las modificaciones contractuales que se suscriban.

Para el caso de las trabajadoras y trabajadores dependientes o pensionados, la copia del FUN correspondiente deberá ser notificada personalmente, ya sea por funcionario o funcionaria de la isapre o en quien ella delegue la función o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, antes del día diez del mes siguiente a la fecha en que se pactaron las modificaciones, requiriendo su firma en el ejemplar de la isapre en señal de recepción o, en su caso, proceder de acuerdo a lo establecido en el párrafo noveno del punto "2. Etapas de la suscripción", del Título I de este Capítulo. Excepcionalmente, si la modificación no afecta el monto de la cotización a enterar, la isapre podrá omitir la notificación antedicha.

Para la incorporación de un beneficiario o beneficiaria cotizante, esta persona deberá suscribir un FUN tipo 1, a fin de dar cuenta de ello a la entidad encargada del pago de la cotización, indicando en el formulario su condición de tal. Asimismo, cuando se elimine a un beneficiario o beneficiaria cotizante, la isapre deberá emitir un FUN tipo 2, con el objeto de informar a la entidad encargada del pago de la cotización. En ambos casos, el o la cotizante titular deberá suscribir el FUN tipo 7 que corresponda.

En ningún caso, la formalización de una modificación del contrato podrá contemplar la exigencia de una nueva declaración de salud respecto de sus beneficiarios o beneficiarias vigentes, ni podrá importar el establecimiento de restricciones de ninguna especie.

9. Ajuste de contratos de salud previsional

9.1. Tipo de notificación (Tipo de FUN)

Para proceder a ajustar los contratos de salud a las modificaciones de la Ley, se deberán utilizar los siguientes tipos de notificación en el respectivo FUN, según corresponda:

- a) Notificación tipo 3. Se utilizará en todos los casos para indicar el ajuste a la ley.
- b) Notificación tipo 5. Se agregará al N° 3 anterior, cuando el ajuste se suscriba en forma anticipada al cumplimiento de la anualidad.
- c) Notificación tipo 8. Se agregará al N° 3 y/o al N° 5, cuando en la misma oportunidad, se modifique el precio del plan pactado.

El contenido mínimo del FUN de ajuste se indica en el Anexo de este Título.

9.2. Vigencia de beneficios de los contratos ajustados

Los beneficios que correspondan comenzarán su vigencia a partir del primer día del mes subsiguiente del ajuste del contrato.

9.3. Declaración de salud

Al momento del ajuste del contrato, la isapre no podrán exigir al cotizante ni a su grupo familiar, como requisito para ello, que éste efectúe una nueva declaración de salud, salvo en los casos de incorporación de nuevos beneficiarios cuya edad supere el mes de vida.

10. Otras instrucciones en relación a la modificación de contratos de salud

10.1. Conversión de precios de planes cuyo precio está pactado en un porcentaje equivalente a la cotización legal

Los planes individuales cuyo precio se encuentre expresado en un porcentaje equivalente a la cotización legal, y que no se encuentren bajo alguna de las circunstancias señaladas en el inciso 3° del artículo 189 del DFL N° 1, se mantendrán vigentes y sólo podrán ser convertidos a unidades de fomento o a la moneda de curso legal vigente en el país si las partes así lo acuerdan expresamente o cuando se produzca un cambio de plan de salud, sea por mutuo acuerdo o a petición del afiliado cuando se funde en la cesantía, en una variación permanente de la cotización legal o de la composición del grupo familiar del cotizante o por cualquier otra causa.

10.2. Planes cuyo precio está pactado en Unidades de Fomento o en un porcentaje equivalente a la cotización legal

Todos los contratos suscritos a partir del 1 de julio de 2005, cuyo precio del plan esté pactado en unidades de fomento o en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, su equivalencia en moneda de curso legal deberá expresarse en la sección D del FUN tipo 1, a la fecha de suscripción del contrato, sin que ello signifique alterar la unidad en que se haya pactado el plan.²⁸

²⁸ Véase el Compendio de Instrumentos Contractuales.

10.3 Emisión de FUN de regularización Tipo 4²⁹

10.3.1) Por cambio de entidad pagadora de la cotización de salud

Cuando la isapre detecte o constate que el cotizante omitió la notificación de cambio de empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión y cuente con antecedentes suficientes acerca de quién pagará sus cotizaciones, confeccionará el FUN tipo 4 correspondiente, sin necesidad de la firma del cotizante, enviando copia de éste al afiliado por correo certificado, o en forma alternativa por correo electrónico³⁰.

Para acreditar esta situación, la isapre deberá contar con las planillas de pago de cotizaciones en que conste que el pago ha sido realizado, a lo menos, en dos oportunidades consecutivas, por el nuevo empleador o entidad encargada del pago de la pensión. Por otra parte, en los casos en que exista sólo cambio de nombre y RUT de un empleador, manteniendo la continuidad de sus trabajadores, será suficiente contar con una carta de dicho empleador en el que comunique estos cambios.

En cualquier caso, deberá mantener ese antecedente en el Sistema de respaldo, para eventuales fiscalizaciones.

10.3.2) Por cambio de condición laboral

Cuando la isapre detecte y verifique que el cotizante omitió la notificación de cambio de su condición laboral de trabajador dependiente a trabajador independiente o voluntario, y viceversa, podrá regularizar dicha situación con la emisión de un FUN tipo 4 sin firma del afiliado, siempre que esté en condiciones de acreditar que ha efectuado dos citaciones al afiliado, existiendo un lapso de tiempo de 15 días entre la notificación de la primera y segunda citación y que, habiendo transcurrido el plazo otorgado para ello -que no podrá ser inferior a 30 días en total- éste no concurrió a realizar el trámite requerido.

La Isapre, adicionalmente al envío por correo certificado de la copia del FUN 4 al afiliado, podrá remitirlo en forma complementaria por correo electrónico³¹.

Las citaciones antes mencionadas podrán realizarse mediante carta certificada a través de correo y/o por e-mail, en los casos que el correo electrónico del cotizante se encuentre registrado en la Isapre. En caso que la citación sea vía e-mail, la Isapre deberá estar en condiciones de acreditar el acuse de recibo por parte del afiliado. En esta citación se deberá solicitar al afiliado, cuando corresponda, lo siguiente: a) que actualice y acredite su condición laboral; b) que actualice su situación contractual en términos del financiamiento de la cotización pactada; c) otros³².

Junto con probar que efectuó las citaciones, la isapre deberá acreditar en los casos que a continuación se indican, lo siguiente:

10.3.2.1) Cambio de condición laboral de trabajador dependiente a trabajador independiente o voluntario.

Requisitos copulativos:

²⁹ Título II, punto 2 de la Circular IF/N°143, de fecha 25 de enero 2011 N° 9, 9.8.2005

³⁰ Circular IF N° 178, del 25.10.12.

³¹ Circular IF 178, del 25.10.12

³² Resolución Exenta N°331, de fecha 18 de abril de 2011.

a) Contar con alguno de los siguientes documentos: Planilla de pago de Cotizaciones del empleador en la que se encuentre registrado el código 2 correspondiente a “término de la relación laboral” del cotizante; certificado entregado por el empleador anterior, donde se indique el término de la relación laboral; finiquito del contrato de trabajo del cotizante o; cualquier instrumento auténtico que pruebe la situación de cesantía.

b) Contar con, al menos, 2 planillas de pago de cotizaciones donde conste que el entero de la cotización ha sido efectuado por el propio cotizante.

En los casos en que el cotizante ha cambiado su condición laboral de trabajador dependiente a independiente, deberá acreditarlo mediante un certificado de pago de cotizaciones de la A.F.P.

En el evento que no se acredite esta nueva condición laboral dentro del plazo otorgado por la aseguradora en las citaciones a que se refiere el segundo párrafo del punto 10.3.2) de la presente Circular, se considerará al cotizante como “Voluntario”.

10.3.2.2) Cambio de condición laboral de trabajador independiente o voluntario a trabajador dependiente:

Contar con la planilla de pago de cotizaciones donde conste que el pago de cotizaciones legales de salud del afiliado, ha sido efectuado por un mismo empleador, por un período mínimo de 2 meses consecutivos.

10.3.3) Para regularizar el financiamiento de la cotización pactada del pensionado

Cuando la isapre detecte que la pensión de un afiliado es insuficiente para cubrir la cotización pactada de su plan de salud, podrá emitir un FUN tipo 4 sin firma del afiliado para reflejar aquella diferencia de cotizaciones no cubierta por la pensión y que debe ser pagada directamente por el pensionado, siempre que pueda probar que efectuó las dos citaciones a que hace referencia el punto 10.3.2 de la presente Circular y se cumplan los siguientes requisitos:

Requisitos copulativos:

a) Que haya notificado el monto de la cotización pactada del pensionado a la respectiva entidad pagadora de la pensión;

b) Que cuente con, al menos, 2 planillas de pago de cotizaciones de la entidad pagadora de la pensión en la que conste que el monto total de la pensión se destinó al pago de la cotización.

La emisión de este FUN tipo 4 tiene por objeto notificar al pensionado de la existencia de una diferencia de cotización que no está siendo cubierta por su pensión y que, por lo tanto, debe ser financiada directamente por él.

Lo anterior, sin embargo, no faculta a la isapre para modificar la condición de pensionado a independiente o voluntario, toda vez que la calidad legal de pensionado no se ve modificada por el hecho que el cotizante deba pagar directamente eventuales diferencias de precio.

Por otra parte, la isapre estará facultada para cobrar directamente al cotizante pensionado el diferencial de cotización, sin embargo no podrá disponer el término de contrato por deuda de cotizaciones.

La Isapre, adicionalmente al envío por correo certificado de la copia del FUN 4 al afiliado, podrá remitirlo en forma complementaria por correo electrónico³³.

10.3.4.- Para regularizar la situación del trabajador dependiente que cotiza a través de dos empleadores y uno de ellos deja de pagar.

La isapre podrá emitir un FUN tipo 4 sin firma del afiliado y notificarlo al empleador que continúa cotizando, para informarle el monto de la cotización total pactada a descontar, siempre que haya efectuado las dos cotizaciones a que hace referencia el punto 10.3.2 de la presente Circular y se cumplan los siguientes requisitos:

Requisitos copulativos para la eliminación del empleador que no paga:

- a) Que cuente con alguno de los siguientes documentos: Planilla de pago de Cotizaciones de uno de los empleadores en la que se encuentre registrado el código 2, correspondiente a “término de la relación laboral” del cotizante; certificado entregado por el referido empleador donde se indique el término de la relación laboral o finiquito de contrato de trabajo del cotizante.
- b) Que entre los documentos que reciba respecto del pago de las cotizaciones del afiliado no exista una planilla a nombre de un nuevo empleador o del propio cotizante que dé cuenta del pago del monto de la cotización que ya no es enterada por el empleador que puso término a la relación laboral.”

11. Emisión Computacional del FUN

A objeto de flexibilizar los procesos operacionales, la isapre podrá confeccionar computacionalmente todos los FUN que emita y suscriba, debiendo adoptar todos los resguardos tendientes a que los datos consignados en los respectivos ejemplares computacionales sean el fiel y fidedigno reflejo de lo expresado en el documento original. La confección de estos formularios deberá ceñirse a lo instruido en el Título III del Capítulo III del Compendio de Instrumentos Contractuales.

12. Disposición Transitoria: Planes con renuncia al desahucio vigente

La renuncia a desahuciar el contrato de salud que haya pactado el afiliado y la isapre por un tiempo determinado, cuyo término sea posterior al 1 de julio de 2005, se mantendrá hasta el vencimiento del plazo respectivo.

Al vencimiento del referido plazo, el precio base que se utilice para la determinación del precio final del respectivo contrato será el que se pactó con el afiliado al suscribir dicha renuncia.

³³ Modificado por Circular IF 178, del 25.10.12.

Anexo

ANEXO

CONTENIDO MÍNIMO FUN DE AJUSTE

Toda vez que se suscriba el FUN de ajuste, se deberá consignar al menos lo siguiente:

Sección A: Antecedentes de la Notificación

- Tipo(s) de notificación: consignar el o los tipos de notificación que correspondan, señalando, en primer término, el N° 3.

Sección B: Antecedentes del Cotizante

- Tipo de Cotizante: consignar el número 1, correspondiente a cotizante titular. En los casos en que se modifique la cotización pactada de un beneficiario cotizante, se deberá llenar otro FUN en el cual se consignará el número 2, correspondiente a este tipo de beneficiario.
- Se deberá registrar la identificación del cotizante, con su cédula de identidad, domicilio particular, teléfono, tipo de trabajador, número de entidades encargadas del pago de cotizaciones, y nombre de AFP o Institución de Previsión.

Sección C: Antecedentes del Empleador o Entidad encargada del pago de la pensión

- Se deberá registrar la identificación del empleador o entidad encargada del pago de la pensión, incluyendo la dirección completa.

Sección D: Antecedentes del Contrato

- Señalar el inicio de vigencia de beneficios del contrato ajustado, correspondiente al mes subsiguiente a aquél en que las partes suscriben el referido ajuste o en que se cumpla la anualidad sin haberse suscrito los respectivos documentos.
- Indicar mes y año de la primera cotización a descontar de la remuneración o pensión, la que corresponderá al mes siguiente a aquél en que se realice el ajuste, aunque su monto no varíe.
- Registrar el mes en que se cumple el período anual del contrato. En el caso de ajustes anticipados, se debe anotar el mes en que efectivamente se realizó el respectivo ajuste, el que regirá para todos los efectos como nuevo mes de cumplimiento de la anualidad.

- Señalar el número total de beneficiarios y sólo en caso que se incorporen y/o retiren algunos de ellos, se debe llenar el recuadro correspondiente, indicando el código de movimiento, la identificación de las cargas y los demás datos requeridos en la "Nómina de Beneficiarios".
- Los demás campos de esta sección deben llenarse según las condiciones contractuales que se pacten en el ajuste.

Título V. Cumplimiento del contrato de salud

Las isapres deberán disponer de mecanismos alternativos que garanticen la continuidad del otorgamiento de los beneficios relacionados con la ejecución del contrato de salud, al momento en que éstos sean requeridos por los beneficiarios, ante contingencias de cualquier tipo que pudieran interrumpir los servicios dispuestos para ello³⁴.

Las fallas o eventos que produzcan interrupciones del servicio no podrán redundar en perjuicio de los beneficiarios, debiendo la isapre asegurar que la bonificación otorgada corresponda a la modalidad de pago de las atenciones médicas por la que ha optado el beneficiario.

En caso que la institución haya encargado la ejecución de los procesos relacionados con el otorgamiento de los beneficios a terceros, deberá velar porque los contratos establezcan cláusulas de continuidad del servicio y seguridad de la información de sus afiliados. No obstante, la institución es siempre responsable de las obligaciones que el contrato de salud le impone directamente.

Todo nuevo mecanismo implementado con la finalidad de otorgar los beneficios no puede ser excluyente en relación a las modalidades de pago de las atenciones médicas pactadas en el contrato de salud, por lo que la isapre deberá garantizar la libertad de los beneficiarios para optar por cualquiera de ellos, en especial los que le signifiquen un mejor uso de las condiciones pactadas en su contrato de salud.

No obstante la libertad de las isapres de implementar nuevos mecanismos y procedimientos para el otorgamiento de los beneficios, siempre deberán considerar entre ellos el pago de las solicitudes de reembolso en dinero efectivo, en las sucursales o puntos de atención, con la finalidad de garantizar el acceso expedito a los beneficios por parte de los afiliados y beneficiarios. Respecto de lo anterior, la isapre podrá establecer montos máximos en atención a medidas de seguridad, lo que deberá ser informado a los beneficiarios, tanto al momento en que concurra a realizar un reembolso, como en forma permanente a través de los medios de difusión con que cuente la isapre.³⁵

En conformidad a la normativa vigente, la isapre deberá informar a sus beneficiarios -a través de los medios que de que disponga- toda modificación respecto de los mecanismos utilizados para otorgar los beneficios.

1. Otorgamiento de Beneficios

Para el efecto de solicitar reembolso de prestaciones o requerir órdenes de atención, la isapre sólo podrá exigir la presentación del documento identificatorio señalado en el punto N° 4 del Título I de este Capítulo, la cédula de identidad y los documentos que acrediten el otorgamiento de la prestación (tales como el original de boleta o factura y la orden médica, u otro documento auténtico, en caso de exámenes o procedimientos), cuando éstos sean requeridos por el o la titular o un beneficiario o beneficiaria.

Lo anterior, es sin perjuicio de la facultad de la Institución de requerir antecedentes médicos adicionales a terceros -o requerir la revisión de la ficha clínica por parte de un médico cirujano independiente- para resolver sobre la solicitud de beneficios presentada, en conformidad a lo pactado en los respectivos contratos de salud.

Si el reembolso o compra de órdenes de atención es realizado por una persona mandataria del o la titular no beneficiaria del contrato, la isapre sólo podrá exigir, además de los requisitos enunciados en el párrafo anterior, una copia de la cédula de identidad del o la titular, un poder simple del o la titular autorizando al portador o portadora, y la cédula de identidad de esta última persona.

En el caso que la atención de salud sea entregada a menores de edad que están bajo el cuidado de una tercera persona que no sea titular del contrato de salud, la isapre deberá implementar los procedimientos que sean necesarios para facilitar el acceso a los beneficios del contrato a estos beneficiarios y beneficiarias.

³⁴ Modificado por Circular IF N° 213, 27.3.2014.

³⁵ Incorporado por la Circular IFN°221, 30.07.14.

2. Negativa de cobertura

Si requerida la isapre para el otorgamiento de los beneficios pactados, estima que no corresponde otorgar la cobertura solicitada, deberá manifestárselo al interesado o interesada expresamente y por escrito.

La comunicación que al efecto elabore la Institución, deberá invocar claramente los fundamentos que expliquen la determinación de la isapre, haciendo referencia específica a la o las cláusulas que justifican la no cobertura, así como alusión pormenorizada a los antecedentes médicos y de otra índole que obren en su poder y que le hayan permitido tener por establecidos los hechos en que se funda su proceder.

En el mismo documento deberá informarse a la persona afectada de su derecho a recurrir a la isapre, en primera instancia y, en caso de disconformidad con lo resuelto por la institución, solicitar la intervención de la Superintendencia de Salud, de acuerdo a las instrucciones vigentes.

La referida comunicación deberá entregarse personalmente al interesado o interesada a través de un formulario llenado al efecto, o bien, remitirse por carta certificada, al último domicilio registrado en la isapre, dentro del plazo de veinte días hábiles contado desde la presentación de la solicitud, conservando una copia en el archivo correspondiente.

No obstante lo anterior, en aquellos casos excepcionales en que la isapre no cuente con los antecedentes necesarios para resolver dentro del plazo, podrá hacer uso de 10 días hábiles adicionales, para lo cual deberá notificar por escrito al beneficiario o beneficiaria afectado, antes del vencimiento del plazo original de 20 días hábiles, informado que éste se ha extendido en 10 días hábiles más para resolver respecto de la procedencia de la cobertura solicitada, transcurrido el cual la Institución deberá pronunciarse con los antecedentes que disponga.

Excepcionalmente, en el evento que la institución deba requerir antecedentes en el extranjero que estime determinantes para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura, el plazo para responder será de sesenta días hábiles, transcurrido el cual la entidad deberá pronunciarse con los antecedentes que disponga.

3. Otorgamiento de presupuestos

A solicitud de la persona afiliada o un mandatario de ésta que cuente con un poder simple, la isapre deberá elaborar un presupuesto por escrito en el que se le informe la bonificación que le correspondería de acuerdo a su plan, por futuras prestaciones, sobre la base de los antecedentes que ésta aporte y que conozca o deba conocer la institución y será vinculante para ella en todo aquello que le conste o le deba constar.

Asimismo, la isapre deberá informar al o la cotizante, en el mismo presupuesto, las patologías o diagnósticos que -de conformidad a su plan y contrato- no tendrán cobertura, señalando claramente en el documento el fundamento de ello, esto es, por tratarse de una preexistencia declarada, una exclusión legal o contractual u otra causa que la ley permita.

En el caso que ninguna de las prestaciones tenga derecho a cobertura, la isapre deberá confeccionar una carta que indique en forma destacada que no corresponde cobertura, señalando además de los fundamentos de dicha determinación, la posibilidad de reclamar ante la isapre.

En ningún caso la isapre podrá condicionar la entrega del presupuesto a la presentación de antecedentes médicos complementarios a aquéllos en los que consta la identificación del o la paciente y prestador/a y las prestaciones que se van a realizar con su respectiva codificación. Excepcionalmente, tratándose de un presupuesto para parto, la isapre deberá requerir la presentación de un documento médico que certifique la fecha probable de dicho evento.

Las estimaciones de cobertura deberán ser preparadas por un funcionario o funcionaria autorizado por la isapre, quién tendrá la obligación de detallar en dicho documento, los porcentajes de cobertura, topes expresados en pesos y la vigencia del presupuesto, estampando, además, su nombre, firma y la fecha de elaboración del documento.

La isapre deberá señalar en forma destacada en el documento respectivo, que la cobertura informada quedará sujeta a la evaluación de eventuales preexistencias no declaradas de que tome conocimiento con posterioridad a la elaboración del presupuesto u otras exclusiones dispuestas en la normativa vigente. No obstante lo anterior, tratándose de un presupuesto para cobertura de parto, las isapres deberán verificar la fecha de incorporación de

la beneficiaria, a fin que, en ese acto y previo conocimiento de la fecha probable del parto, se establezca la cobertura a que tendrá derecho.

La isapre deberá consignar en el documento, que el presupuesto representa un valor referencial y tendrá un carácter vinculante, siempre que en él se consignen los mismos códigos de las prestaciones que efectivamente se otorgaron y que éstas se hayan efectuado en las condiciones de atención presupuestadas, por ejemplo, tipo de habitación, prestadores convenidos, etc.

Para la entrega de dicho presupuesto, la isapre tendrá un plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde la fecha de solicitud del mismo.

4. Mantención de los beneficios por muerte del o la titular

En el evento que el o la cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la isapre estará obligada a mantener, por un período no inferior a un año contado desde el fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente respecto de todos los beneficiarios y beneficiarias del contrato, incluidas las cargas médicas y el hijo o hija que está por nacer y que habría sido su beneficiario o beneficiaria legal de vivir la persona causante a la época de su nacimiento.

Para efectos de lo anterior, la isapre deberá poner término al contrato original a través de la notificación de un FUN tipo 2, y simultáneamente activar los beneficios del plan a través de la confección de un FUN tipo 1 que registre a alguna persona beneficiaria como titular del contrato, únicamente para efectos administrativos.

Se confeccionarán y notificarán tantos FUN 1 como entidades encargadas del pago de la o las pensiones que correspondan a los beneficiarios y beneficiarias, registrando en ellos la obligación de dichas entidades de enterar la cotización mínima legal para salud proveniente de las pensiones o remuneraciones devengadas por las personas beneficiarias del contrato, en caso que proceda.

En caso que el beneficiario o beneficiaria, o quien lo represente, decida renunciar al beneficio deberá así manifestarlo por escrito, debiendo la isapre mantener el documento respectivo en el archivo del o la cotizante. En ese caso la isapre debe ofrecer al beneficiario o beneficiaria un plan en actual comercialización cuyo precio se ajuste al monto que por él o ella se enteraba en la institución, de acuerdo a la tabla de factores vigente en el plan de salud del cotizante fallecido, o uno menor, si así lo solicita expresamente el beneficiario.

Asimismo, la isapre deberá enviar a las personas beneficiarias, o a sus representantes legales, con una anticipación de a lo menos tres meses al término de la vigencia del beneficio señalado precedentemente, una carta en la que se informe el derecho a permanecer en la isapre, debiendo ofrecer, a lo menos lo siguiente:

- El mismo plan de salud que el beneficiario o beneficiaria tiene actualmente contratado, debiendo pagar el valor que resulte de multiplicar el precio base del plan por el factor que corresponda a su sexo y edad o, en el caso de planes cuyo precio esté expresado al 7%, las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por el o la beneficiaria.
- La posibilidad de suscribir otro plan de salud -en actual comercialización- cuyo precio final más se ajuste al monto que se enteraba por el o los beneficiarios y beneficiarias, de acuerdo a la tabla de factores vigente en el plan del o la cotizante que ha fallecido y al precio base actual del mismo.
- Un plan cuyo precio final sea menor a las alternativas anteriores, si así lo solicita expresamente el beneficiario o beneficiaria.

En los contratos de salud que se suscriban en virtud de esta disposición no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones que las que se encontraban vigentes en el contrato que mantenía el o la cotizante que ha fallecido con la isapre, ni exigirse una nueva declaración de salud.

El beneficiario o beneficiaria tendrá plazo para ejercer su opción expresamente, hasta el último día del mes anterior al término del beneficio. El silencio de los beneficiarios ante la propuesta de la isapre debe interpretarse como manifestación de su voluntad de perseverar en el contrato, en el plan en el que se encuentran actualmente vigente, pagando el precio que corresponda al citado plan.

5. Uso de Excedentes

El afiliado o afiliada podrá hacer uso de sus excedentes de cotización para los fines previstos en el artículo 188 del DFL N° 1, en cualquier momento. Para tales efectos, deberá efectuar una solicitud a la isapre, la que resolverá a más tardar dentro de los dos días hábiles siguientes, de acuerdo al saldo disponible que tenga el o la cotizante en su cuenta corriente individual.

6. Procedimiento de cobro y pago del seguro obligatorio de accidentes personales, establecido en la Ley N° 18.490³⁶

6.1. Procedimiento

En virtud de lo establecido en el numeral 4° del inciso segundo del artículo 190 del DFL N°1, de 2005, de Salud, la isapre deberá cobrar gratuitamente, a solicitud de sus afiliados, el SOAP establecido en la Ley N°18.490, directamente en la compañía de seguros correspondiente.

1. Solicitud de cobro del SOAP por el afiliado

El afiliado o su representante que decida solicitar el cobro del SOAP a través de su isapre, deberá hacerlo por escrito ante ésta, por medio del formulario contenido en anexo, dejándose constancia de la fecha en que se suscribe. Dicho formulario deberá firmarse en triplicado, quedando una copia para la isapre, una para el solicitante y una para la compañía de seguros.

El afiliado, junto a la solicitud, deberá entregar a la isapre los documentos que ésta le requiera, de entre aquellos señalados en el punto 2 siguiente.

2. Documentación exigible por la compañía de seguros

La isapre deberá presentar a la compañía de seguros, en un plazo máximo de siete días hábiles desde que se suscribió el poder definido en el anexo de esta circular, la documentación que corresponda, señalada a continuación:

- a) Formulario que contiene la autorización de la persona afiliada o su representante para que la isapre gestione el cobro del seguro ante la compañía aseguradora.
- b) Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo al parte enviado al Tribunal competente. Este certificado incluirá la indicación del RUT del accidentado cuando conste. En este último, debe estar consignado el nombre y firma del funcionario que lo otorga y el timbre original de la entidad por la que actúa.
- c) Detalle valorizado y codificado de las respectivas atenciones brindadas al accidentado emitido en original por el prestador, donde se indique el nombre de la persona que recibió las prestaciones.
- d) Comprobantes que acrediten el valor o el precio de la atención, recuperación y rehabilitación médica y dental de cualquier orden, y de la farmacéutica a que haya debido someterse la víctima como consecuencia de las lesiones sufridas, tales como, original de recibos, boletas o facturas comprobatorias de los gastos, si corresponde, donde se indique el nombre de la persona que recibió la respectiva prestación.
- e) En caso de que se trate de gastos de rehabilitación, deberá acompañarse un certificado extendido por un médico de la especialidad que lo origina.
- f) Tratándose de gastos por atención, prestaciones o tratamientos dentales, deberá acompañarse un informe del dentista tratante, en caso de que corresponda.
- g) En caso de cobro por exámenes de laboratorio, radiografías, procedimientos de diagnóstico, reembolso de gastos farmacéuticos, tratamiento de kinesioterapia, procedimientos varios, éstos

³⁶ Incorporado por Circular conjunta IF N° 175, 12.09.2012.

deberán acompañarse de la correspondiente orden o receta médica que originó la prestación o gasto, identificando al lesionado correspondiente.

La compañía tendrá derecho a solicitar los antecedentes necesarios y a examinar a la persona accidentada, en los términos establecidos en el artículo 29 de la Ley 18.490, para establecer la procedencia del pago de la indemnización.

La compañía no podrá excusarse de concurrir al pago de sus obligaciones, por el sólo hecho de la presentación de antecedentes fuera del citado plazo.

3. Liquidación del siniestro

Una vez determinada por el asegurador su responsabilidad respecto del siniestro, éste deberá proceder a su liquidación y entregar a la isapre un documento que dé cuenta de ello, el que deberá contener la siguiente información:

- a) Código y descripción de la prestación,
- b) Valor de la prestación informada en listado emitido por el prestador,
- c) Monto indemnizado por la compañía por cada una de las prestaciones contenidas en el listado,
- d) Diferencial no cubierto por el SOAP en cada una de las prestaciones del listado,
- e) Explicación del rechazo de la cobertura solicitada, cuando corresponda.

Conjuntamente con el envío del informe de liquidación a la isapre, la compañía de seguros deberá informar al afiliado de dicha situación, al domicilio o correo electrónico señalado por el afiliado en el poder dado a la isapre.

A requerimiento del afiliado, la isapre deberá entregar a éste una copia del documento de liquidación, a más tardar dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde que se efectuó la solicitud.

4. Pago del siniestro

- a) El pago de la compañía de seguros deberá efectuarse a través de la emisión de un cheque o vale vista, o mediante transacciones electrónicas, a nombre de quien hubiere efectuado el pago de las prestaciones otorgadas por el prestador, sea la isapre o el beneficiario.
- b) Si las prestaciones aún no hubieren sido pagadas, podrá realizar el pago directamente al prestador.
- c) La compañía deberá entregar el documento de pago a la isapre -de los citados en la letra a) de este numerando 4- o una copia del comprobante de pago si hubiese pagado directamente al prestador.
- d) La isapre deberá entregar el documento de pago emitido por la compañía al beneficiario, en el plazo de cinco días hábiles contados desde que lo recibió.

5. Bonificación Isapre

- a) Recibidos los documentos de liquidación y pago del siniestro de parte de la compañía de seguros, la isapre deberá otorgar la cobertura del plan al afiliado, en un plazo no superior a aquel estipulado en el contrato de salud, por la parte no cubierta por el SOAP.

- b) Si la isapre hubiese efectuado una bonificación antes de cobrar el SOAP estará obligada a reliquidarla e informar al beneficiario acerca del saldo que a su favor se genere, en el mismo plazo establecido precedentemente.

6.2. Comunicaciones entre la isapre y la compañía de seguros

Siempre que con ello no se vulneren las formalidades de que trata esta norma, las partes podrán convenir medios electrónicos de comunicación para el envío de documentos y transferencia de dinero, generando los elementos necesarios que permitan la verificación de la transferencia con la finalidad de evitar el repudio o el desconocimiento de las comunicaciones y transacciones electrónicas realizadas.

ANEXO

PODER ESPECIAL

DE _____ A ISAPRE _____

AUTORIZACIÓN COBRO SOAP DE GASTOS MÉDICOS

En _____, a _____, comparece don(ña) _____, cédula nacional de identidad número _____, con domicilio en _____, en adelante el (la) mandante, expone:

PRIMERO: CONFIERE PODER ESPECIAL: Que por el presente acto e instrumento y debidamente facultado para ello, designa como mandatario y otorga poder especial al señor (a) _____ cédula nacional de identidad número _____, en representación, según se acreditará, de Isapre _____, giro de su denominación, rol único tributario número _____, con domicilio para estos efectos en _____, en adelante referido como el mandatario.

SEGUNDO: FACULTADES: De conformidad a lo dispuesto en el Artículo 190, inciso segundo, número 4, del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el mandatario podrá realizar en representación del mandante, todas las gestiones administrativas ante las Compañías de Seguros, Carabineros de Chile, Registro Civil e Identificación, Municipalidades, Juzgados de Garantía o Policía Local, Ministerio Público, Centros Asistenciales de Salud; Clínicas u Hospitales a los que el mandante pudiese haber recurrido por causas de un accidente de tránsito, con mención a las siguientes facultades: a) tramitar el cobro del seguro obligatorio de accidentes personales (SOAP) - en relación a los gastos médicos - a que se refiere la Ley N°18.490, directamente en la Compañía de Seguros.....;b) solicitar certificados y documentación necesaria para la activación del seguro obligatorio de accidentes personales y c) requerir a los prestadores institucionales o independientes de salud los informes médicos o clínicos u otros semejantes que le requiera la compañía de seguros para la liquidación del SOAP.

TERCERO: FORMA DE NOTIFICACIÓN: En este acto solicito que las notificaciones que la Isapre me debe efectuar, y que sean necesarias para el fiel cumplimiento de la gestión, me sean realizadas al domicilio: _____, o al correo electrónico: _____.

Toda información y/o comunicación que la Isapre me deba proporcionar podrá realizarla al teléfono número _____.

Firma afiliado

Rut afiliado:

Título VI: Reglas en materia de terminación de contratos

1. Por incumplimiento de las obligaciones contractuales

La isapre podrá poner término al contrato de salud cuando el o la cotizante incurra en alguno de los incumplimientos contractuales señalados en el artículo 201 del DFL N° 1.

1.1 Procedimiento general

Para efectos de ejercer las facultades de término de contrato contempladas en la ley, la isapre deberá cursar un FUN tipo 2, cuya copia respectiva será remitida al o la cotizante, adjunta a una carta certificada que indique claramente la causal de término de contrato, lo que implica que la isapre no podrá referirse a la sola mención de cláusulas contractuales y/o legales; en caso de preexistencia, se deberá indicar la o las enfermedades, patologías o condiciones de salud que le sirven de fundamento. En dicha carta, la que podrá ser remitida en forma complementaria por correo electrónico junto con el FUN 2, la isapre deberá señalar que los beneficios, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas, seguirán siendo de cargo de la isapre, hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral en su caso. Finalmente, se deberá informar de la existencia de excesos de cotización y de la cuenta de excedentes; el monto acumulado por ambos conceptos, en caso que corresponda, y también la posibilidad que le asiste a la persona afectada de reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de vigencia de los beneficios indicados precedentemente^{37 38}.

Si el o la cotizante reclama en contra del término de contrato dentro del plazo indicado precedentemente, éste se mantendrá vigente hasta la resolución del reclamo con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas. En este caso, la isapre dispondrá de diez días hábiles, contados desde que se le notifique el reclamo respectivo, para comunicar esta situación, por carta certificada, a las entidades encargadas del pago de la cotización, para efectos del correcto entero de las cotizaciones y el acceso a los beneficios pactados.

En caso que la Superintendencia considere que el término del contrato de salud dispuesto por la Isapre se ajustó a la normativa vigente, la Institución deberá, dentro del plazo de 10 días hábiles, contado desde la notificación de la resolución respectiva, comunicar al empleador que el contrato de salud ya no está vigente, con el objeto que no siga enterando las cotizaciones de salud en la isapre.

Para el caso de trabajadoras y trabajadores dependientes o pensionados, la copia del FUN tipo 2 correspondiente deberá ser notificada al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, personalmente, por correo certificado o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, antes del día diez del mes siguiente a la fecha de comunicación del término de contrato.

En el caso de trabajadoras y trabajadores independientes y afiliadas y afiliados voluntarios (artículo 193 del DFL N° 1), la copia del FUN que corresponde al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, deberá inutilizarse.

En caso que el contrato tenga incorporado a un beneficiario o beneficiaria cotizante, éste y su respectivo empleador/a deberán ser notificados mediante la emisión de un segundo FUN tipo 2, conforme al procedimiento y plazo señalados precedentemente.

El derecho de la isapre a poner término al contrato caducará después de noventa días contados desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación. Para estos efectos, en el caso de las enfermedades preexistentes, el plazo se contará desde el momento que la isapre haya recibido los antecedentes clínicos que demuestren el carácter de preexistente de la enfermedad, patología o condición de salud. En el caso de no pago de la cotización, dicho plazo se contará desde los treinta días siguientes a la fecha en que

³⁷ Modificado por Circular IF N° 178, del 25.10.12.

³⁸ Modificado por Circular IF N°241, del 19.02.2015

comunicó la deuda en los términos del inciso undécimo del artículo 197; en cuanto a la obtención indebida de beneficios, desde que a la isapre le conste dicho acto, y la omisión de un familiar beneficiario, desde que la institución tome conocimiento de ella.

1.2. Procedimiento en caso de incumplimiento en el pago de cotizaciones

En el caso del incumplimiento en el pago de las cotizaciones de salud por parte de las trabajadoras y trabajadores independientes, cotizantes voluntarios y voluntarias, o afiliados y afiliadas en situación de cesantía, tanto aquellos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral, la isapre estará facultada para:

a) Poner término al contrato de salud, siempre que haya comunicado al afiliado el no pago de cotizaciones, dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización. Esta facultad deberá ejercerse una vez vencido el plazo otorgado por la isapre en dicha comunicación para pagar las obligaciones pendientes -sin que ello haya ocurrido- y hasta los noventa días posteriores al vencimiento del citado plazo.

b) Ejercer las acciones ordinarias de cobro, respecto de las cotizaciones adeudadas. Esta facultad se puede ejercer en forma independiente de la señalada en la letra precedente.

Cabe señalar, que dentro de los procedimientos de cobro, queda expresamente prohibido emplear el que contempla la Ley N° 17.322.

c) Condonar parcial o totalmente las cotizaciones adeudadas, o establecer algún tipo de acuerdo respecto a la deuda. Dicho acuerdo, en ningún caso, podrá condicionarse a la renuncia de beneficios de salud o a la desafiliación previa del afiliado o afiliada o al retiro de alguno de sus beneficiarios o beneficiarias.

2. Por muerte del afiliado o afiliada

La isapre pondrá término al contrato por muerte del afiliado o afiliada, debiendo cursar el correspondiente FUN tipo 2, en los siguientes casos:

a) Cuando el o la titular no tenga beneficiarios o beneficiarias.

b) Cuando la muerte se produzca antes de transcurrido el primer año de vigencia de los beneficios contractuales

c) Cuando teniendo derecho al beneficio dispuesto en el artículo 203 del DFL N° 1 el o los beneficiarios o beneficiarias renuncian expresamente a la extensión del contrato.

d) En el evento que habiéndose extendido el contrato, en virtud del citado artículo 203, dicho beneficio hubiera cumplido su vigencia y la persona beneficiaria o su representante legal, cuando corresponda, hubiera renunciado al derecho de permanecer en la isapre.

3. Por pérdida de la relación laboral con una empresa

La isapre utilizará el FUN tipo 2, a fin de regularizar la pérdida de la relación laboral con una determinada empresa y, en este último caso, siempre que se trate de instituciones a las que alude el inciso final del artículo 200 del DFL N°1.

Para el caso que el término del contrato de salud entre un afiliado o afiliada y una isapre cerrada se origine en la pérdida de la relación laboral del o la cotizante con una determinada empresa, los beneficios del plan de salud se extenderán hasta el último día del mes siguiente a la fecha de dicho término, a menos que a ese día se encuentre en situación de incapacidad laboral, caso en el cual el contrato se mantendrá vigente hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y mientras no se declare su invalidez.

4. Desahucio o desafiliación

Transcurrido el primer año de vigencia de los beneficios contractuales, el afiliado o afiliada podrá poner término al contrato de salud, en cualquier época, bastando para ello con una comunicación escrita dirigida a la isapre, dada con una antelación de, a lo menos, un mes al cumplimiento del primer año de vigencia de beneficios contractuales o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación.

a) Contenido de la carta de desafiliación

La intención de desafiarse de la isapre podrá ser manifestada a través de cualquier documento que exprese inequívocamente la voluntad de la persona afiliada de desahuciar el contrato de salud. Esta comunicación deberá contener, además, el nombre completo del o la cotizante, el número de su cédula de identidad, su número de teléfono, su domicilio actual y la Institución de Salud a la que se trasladará, la fecha y su firma. Para el caso que la carta sea presentada por un agente de ventas, ésta deberá contener la huella digital del afiliado o afiliada y el RUN y firma del o la agente de ventas. En el evento que la carta no contenga toda la información relativa al o la cotizante o no se acompañen las copias que correspondan, ésta deberá ser devuelta a la persona interesada para que proceda a completarla.

En todo caso, las isapres deberán mantener permanentemente en todas las oficinas de atención de público y a disposición inmediata de los afiliados y afiliadas, formularios de la carta de desafiliación, cuyo formato se define en el Anexo de este Título, el que deberá constar en tres ejemplares.

b) Procedimiento de desafiliación

La carta de desafiliación y sus respectivas copias, podrán presentarse en cualquiera de las oficinas de atención de público de la isapre, durante su horario habitual de funcionamiento. La carta podrá ser presentada personalmente por el afiliado o afiliada, por un agente de ventas de isapre, remitirse por correo certificado o a través de otros medios que la isapre disponga para ello.

Cuando la carta de desafiliación sea tramitada por un agente de ventas, ésta deberá ajustarse al formato definido en el Anexo de este Título. Asimismo, para que la isapre receptora certifique la firma puesta en el original de la carta, se deberá adjuntar fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad del afiliado o afiliada, la que puede ser obtenida por cualquier medio que el avance tecnológico permita.

Cuando la carta de desafiliación haya sido enviada por correo certificado, se entenderá como fecha de presentación de la misma, aquélla en que es recibida en las oficinas de la isapre.

c) Visación de la carta de desafiliación por la isapre

Las isapres deberán aceptar o rechazar todas las cartas de desafiliación que se le presenten al momento de su recepción, entregando en ese mismo acto una copia de la carta al afiliado o afiliada o al agente de ventas, debidamente fechada y timbrada.

Si el envío de la carta es por correo, la isapre deberá timbrarla y fecharla al momento de su recepción, debiendo notificar su aceptación o rechazo, por este mismo medio, al día hábil siguiente de la presentación de la misma, entendiéndose para estos efectos el sábado como día inhábil. En este caso, la fecha del desahucio corresponderá a la fecha de recepción de la carta en las oficinas de la isapre.

La única causal de rechazo de una carta de desafiliación es el incumplimiento de un año de vigencia de beneficios contractuales.

La isapre deberá consignar en la carta de desafiliación el mes y el año al que corresponderá la última remuneración o pensión que estará afecta a descuento. Además, deberá indicar si el afiliado o afiliada mantiene

excesos y cuenta de excedentes y señalar el monto acumulado de excedentes³⁹, cuando corresponda. En el caso de rechazo de la desafiliación, la isapre deberá registrar la concurrencia de la causal de rechazo antes señalada.

d) Notificación de las desafiliaciones cursadas

La isapre deberá notificar personalmente o por correo certificado, la desafiliación del o la cotizante a las entidades encargadas del pago de la cotización, antes del décimo día del mes siguiente a aquél en que recibieron la respectiva carta.

e) Extensión del contrato con desafiliación visada

Si a la fecha de término de los beneficios, el o la cotizante se encuentra en situación de incapacidad laboral, el contrato se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad.

En todo caso, de haberse suscrito contrato con una nueva isapre, el cumplimiento del período anual con ésta, seguirá siendo el mes en que se haya firmado el contrato de salud, independientemente de la fecha en que se comenzarán a percibir los beneficios.

5. Desafiliación en caso de cesantía

El o la cotizante que se encuentre en situación de cesantía, debidamente acreditada ante la Institución en conformidad a lo instruido en el N° 1 del Título IV de este Capítulo, podrá solicitar su desafiliación. En ese evento, la desafiliación surtirá efecto el primer día del mes siguiente de suscrita la carta de desafiliación ante la isapre o, cuando corresponda, el primer día del mes siguiente a aquél en que se encuentren financiados los beneficios del contrato por efecto de cotizaciones devengadas.

6. Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud.

Aun cuando no se haya cumplido el año de vigencia de beneficios, el afiliado o afiliada podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, la persona afiliada sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas generales contenidas en el N° 4 precedente.

7. Por mutuo acuerdo

La terminación del contrato por acuerdo de las partes se materializará mediante la suscripción de un documento donde conste inequívocamente la intención de ponerle término al contrato. Para tal efecto, las partes podrán utilizar la carta de desafiliación debidamente autorizada por la isapre. El empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, deberá ser notificado conforme al procedimiento y plazo instruidos en la letra d) del N° 4 precedente.

En todo caso, la terminación del contrato por mutuo acuerdo, producirá plenos efectos el primer día del mes subsiguiente de suscrita la carta correspondiente, salvo acuerdo expreso en contrario.

8. Por mutuo acuerdo con efecto retroactivo

A petición expresa del o la cotizante y para regularizar su situación ante el Fonasa, las partes podrán poner término al contrato por mutuo acuerdo, con efecto retroactivo, a contar del primer día del mes siguiente a aquél en que la isapre recibió la última cotización de salud.

³⁹ Párrafo modificado por Circular IF/N°262 de 2016 y Resolución Exenta IF/N°136, de 15 de abril de 2016.

El señalado procedimiento de excepción, procederá respecto de aquellas personas que habiendo suscrito un contrato de salud con una isapre, han dejado, por un lado, de enterar cotizaciones en dicha institución, y por otro, de recibir beneficios de ella, sin haber puesto término a la relación contractual, dándose la circunstancia, además, que se encuentran cotizando en el Fonasa.

Para formalizar la desafiliación por mutuo acuerdo con efecto retroactivo, las partes deberán suscribir un documento de desafiliación especial, el que deberá ser presentado ante el Fonasa para requerir las prestaciones correspondientes.

En dicho documento se dejará claramente consignada la fecha a partir de la cual surtirá plenos efectos el término de contrato, y que será el primer día del mes siguiente al que corresponda la última cotización de salud enterada en la isapre.

Las disposiciones anteriormente señaladas serán plenamente aplicables en el caso del retiro de un beneficiario o beneficiaria cuando de mutuo acuerdo se le quiera dar efecto retroactivo.

9. Reincorporación a la isapre

Cuando un afiliado o afiliada se desafilie de su isapre por un período determinado, manifestando su voluntad de reincorporarse posteriormente a la misma, las isapres podrán comprometerse con la persona interesada, por un tiempo determinado, debiendo mantener las condiciones contractuales originalmente pactadas, es decir, sin la obligación de suscribir una nueva declaración de salud, manteniendo además la antigüedad de la afiliación del o la cotizante y los beneficiarios y beneficiarias consignados en el respectivo Formulario Único de Notificación.

El mecanismo operativo que se empleará para implementar esta opción, será necesariamente una desafiliación por mutuo acuerdo de las partes y la suscripción de una promesa, mediante la cual la Institución de Salud exprese su voluntad de reincorporar al o la cotizante, en las mismas condiciones. En consecuencia, la Isapre deberá ofrecer, como primera opción la posibilidad de contratar el mismo plan de salud vigente al momento de la promesa. En caso de no estar aquél disponible para la venta, la isapre deberá ofrecer, como mínimo, un plan equivalente en beneficios, otro en precio y uno que se ajuste a la cotización mínima legal del afiliado o afiliada que se reincorpora a la isapre.

Dicha promesa deberá establecer claramente el tratamiento o condiciones particulares que se aplicarán a los nuevos familiares beneficiarios que el cotizante tenga al momento de la reincorporación a la isapre.




Anexo Carta de desafiliación

CARTA DE DESAFILIACIÓN⁴⁰

Fecha:
DE: NOMBRE DEL O LA COTIZANTE: R.U.T.:
DOMICILIO: N° TELÉFONO:
A ISAPRE:

IMPORTANTE:

Antes de firmar esta carta, el afiliado o afiliada debe tener presente que la isapre a la que desea incorporarse:

-  *le hará llenar una nueva Declaración de Salud por usted y sus beneficiarios y beneficiarias,*
-  *puede rechazar su afiliación, o*
-  *puede imponerle restricciones a la cobertura respecto de embarazos en curso y/o enfermedades y condiciones preexistentes.*

Comunico a ustedes que, habiendo transcurrido el plazo mínimo de permanencia que establece la ley o el contrato, procedo a desahuciar el contrato de salud que he suscrito con esa Institución, en los términos que establece el artículo 197 del DFL N° 1.

Por otra parte, informo a ustedes que me incorporaré al siguiente organismo de salud previsual: (indicar nombre de la isapre o FONASA).....

.....
FIRMA COTIZANTE

.....
HUELLA DIGITAL COTIZANTE
(Si la carta es presentada por agente de ventas)

La última cotización a enterar en la isapre corresponde a la remuneración o pensión de: (indicar mes y año).....

Excesos de cotización Si.... No....	Excedentes de Cotización Si..... No....
Monto por Concepto de Excedentes \$.....	
(Información de carácter provisoria)	

.....
FIRMA AGENTE DE VENTAS

.....
R.U.T. AGENTE DE VENTAS

1. Esta carta -con las copias que corresponda- podrá presentarse en cualquier oficina de la isapre en que se atienda público, durante su horario habitual de funcionamiento.
2. No se podrá exigir que esta carta contenga información adicional a la establecida en este formato para ser aceptada por la isapre receptora.
3. La isapre deberá pronunciarse sobre la carta en forma inmediata.

⁴⁰ Formato de carta de desafiliación modificado por Circular IF/N°262, de 2016 y Resolución Exenta IF/N°136, de 15 de abril de 2016.

Título VII. Comunicaciones entre las partes en relación al contrato de salud

1. Comunicaciones del afiliado o afiliada a la isapre respecto al cambio de domicilio o de empleador

A fin de dejar constancia del cumplimiento por parte de las personas afiliadas de su obligación de informar los cambios de domicilio y/o de su empleador/a, la isapre debe ceñirse a los procedimientos que a continuación se indican:

a) Comunicación en las oficinas de la isapre

Cuando el aviso de cambio de domicilio se efectúe en una oficina de la institución en que se atienda público y durante su horario habitual de funcionamiento, la isapre deberá tener a disposición de sus afiliados y afiliadas, un documento que les permita consignar los siguientes antecedentes: nombre y R.U.T. del o la cotizante, nuevo domicilio (del afiliado o afiliada y/o del empleador/a), fecha y firma del o la cotizante.

La isapre, a su vez, deberá entregar en el mismo acto una copia de la comunicación antes mencionada, debidamente timbrada y fechada, que acredite la gestión realizada, dejando una segunda copia en la carpeta del afiliado o afiliada.

b) Comunicación por medios tecnológicos

La isapre podrá implementar los medios que la tecnología actual permite (electrónicos, telefónicos u otros), para que el afiliado o afiliada pueda dar cumplimiento a su obligación de dar aviso del cambio de su domicilio y/o el de su empleador/a, de teléfono y/o de correo electrónico.

En el caso de habilitar los medios señalados en el párrafo anterior, la isapre deberá implementar los mecanismos de seguridad que correspondan y las medidas que permitan al afiliado o afiliada obtener un comprobante por el trámite efectuado, a más tardar al tercer día hábil siguiente de la recepción del aviso.

La isapre, empleando los mecanismos de difusión que estime convenientes, deberá poner en conocimiento de sus afiliados y afiliadas los medios dispuestos para cumplir con las obligaciones indicadas en el presente punto, esto es, señalar la existencia de los formularios a utilizar en las oficinas de atención de público de la institución como también, el número de fax y la dirección del correo electrónico y sitio WEB habilitados para recibir las comunicaciones en comento, en caso que corresponda.

La isapre deberá registrar en su base de datos todas las comunicaciones que hubiere recibido por los conceptos indicados, dentro del mismo plazo señalado en el párrafo segundo de esta letra b). Asimismo, deberá estar en condiciones de respaldar las antedichas comunicaciones, independientemente del medio utilizado.

2. Comunicación de la isapre al afiliado o afiliada

La isapre deberá informar al afiliado o afiliada de todas aquellas notificaciones de FUN que no haya podido efectuar al empleador/a.

Para tales efectos, la isapre deberá enviar una carta al domicilio vigente de la persona afiliada, explicando el motivo que impidió la notificación, a más tardar el último día del mes siguiente a aquél en que no se haya podido efectuar la respectiva notificación.

3. Instrucciones respecto a las cartas certificadas

Cuando la ley dispone el envío de correspondencia certificada, ésta debe hacerse a través de la Empresa de Correos de Chile y no a través de un medio alternativo, por cuanto la reglamentación legal vigente, sólo rige respecto a la Empresa mencionada.

Sin perjuicio de lo anterior, cuando la obligación de enviar una carta certificada no emane de la ley, sino que de instrucciones impartidas por este Organismo, ésta se entenderá cumplida, sea que las isapres utilicen el servicio de correo certificado que presta la Empresa de Correos de Chile o el de otras empresas privadas de ese mismo giro.

La isapre, ya sea que utilice a la Empresa de Correos de Chile o a una empresa de correo privado para efectuar una notificación a través de carta certificada, deberá encontrarse, en cualquier tiempo y en todos los casos, en condiciones de acreditar tanto su remisión como su entrega en el domicilio del destinatario⁴¹.

La remisión se acreditará de acuerdo a la nómina de envío que para cada caso se ha regulado, o bien con una creada al efecto que dé cuenta del envío.

La entrega se acreditará mediante la certificación efectuada por la empresa de correos, en que conste el domicilio, identificación y firma de quien recibe, y la fecha en que la carta fue entregada.

4. Instrucciones respecto de la notificación por correo electrónico⁴².

Se autoriza a las Isapres para que las actuaciones que en cada caso se indican sean notificadas a sus afiliados a través de correo electrónico, en forma complementaria o alternativa según corresponda, entendiendo por estas modalidades lo siguiente:

- Notificación complementaria: la isapre podrá remitir un correo electrónico, además de la notificación por correo certificado -privado o a través de Correos de Chile- que la normativa contemple. En todo caso, para efectos de la contabilización de los plazos, regirá la notificación por correo certificado.
- Notificación alternativa: la isapre podrá remitir un correo electrónico con la notificación de que se trate, en reemplazo de la notificación por correo certificado.

Requisitos para la validez de la notificación a través de correo electrónico.

1. Debe existir la autorización expresa del afiliado o afiliada en el sentido de que acepta, en forma personal o debidamente representado a través de un poder simple que deberá mantener la isapre para su respaldo, el hecho de ser notificado al correo electrónico por él indicado en un documento que la isapre debe diseñar al efecto. Tal documento deberá contener a lo menos, la siguiente información:

- a) La individualización del afiliado, nombre, cédula de identidad, su dirección física y su dirección de correo electrónico;
- b) La aceptación expresa del correo electrónico como forma de comunicación con la isapre, para recibir ciertas notificaciones que la normativa vigente permite.
- c) La aceptación de adquirir la obligación de mantener actualizada su dirección de correo electrónico y con capacidad suficiente y operativa para recibir las comunicaciones electrónicas que se le envíen.
- d) La declaración de aceptar y conocer que la notificación se entiende practicada el mismo día en que se hubiere verificado la comunicación electrónica, de tal manera que en caso que se trate de una notificación alternativa, los plazos comenzarán a correr al día siguiente, según lo señalado precedentemente.

⁴¹ Modificada por Circular IF/N° 189, 20.05.2013, impartió instrucciones sobre la carta certificada.

⁴² Incorporado por Circular IF N° 178, del 25.10.12.

La autorización señalada en este punto puede ser otorgada por el afiliado por medios tecnológicos que lo autentiquen debidamente, tales como la obtención de una clave en la página web de la isapre, o una grabación en el call center, para lo cual la Institución deberá tomar todos los resguardos que permitan contar con la información señalada en este numeral.

2. Las comunicaciones que en cualquier ámbito realicen las Aseguradoras a sus afiliados utilizando técnicas y medios electrónicos, deberán cumplir los siguientes requisitos técnicos:

- a) Que aseguren su disponibilidad y acceso para uso posterior.
- b) Que mantenga un registro en la página web de la isapre para que el afiliado pueda acceder, previa identificación, a las comunicaciones que le hayan sido enviadas por correo electrónico.
- c) Que los sistemas utilizados por el emisor sean programas de uso generalizado, de modo que permitan que las comunicaciones sean técnicamente compatibles con el destinatario.
- d) Que tengan medidas de seguridad tendientes a evitar la interceptación, obtención, alteración y otras formas de acceso no autorizado a las comunicaciones electrónicas.
- e) En caso de requerirse visores o aplicaciones adicionales para el acceso al contenido de las comunicaciones, éstas deberán ser puestas a disposición del afiliado gratuitamente en la misma comunicación que las requiera.
- f) Deberá quedar constancia de la transmisión de las comunicaciones efectuadas por medios electrónicos e identificarse el remitente, destinatario, fecha y hora de las mismas. Para efectos de lo anterior, la isapre podrá acreditar el envío del correo electrónico a través del LOG del servidor que utiliza o, mediante algún mecanismo alternativo que dé cuenta de su ingreso a un servidor distinto.
- g) Las Aseguradoras deberán conservar los registros de estas comunicaciones por un período de tiempo que no podrá ser inferior a 18 meses, a objeto de asegurar la constancia de la transmisión y recepción ante un eventual requerimiento del afiliado o un órgano administrativo o judicial.
- h) El registro deberá garantizar el no repudio e integridad, bajo la responsabilidad de la Isapre, independientemente del operador de correo electrónico que haya utilizado.
- i) Para el caso en que el correo electrónico remita un archivo adjunto, éste deberá encontrarse en formato PDF.

5.- Comunicación y registro de datos de los afiliados para la transferencia electrónica⁴³

La isapre deberá proveer en un lugar destacado de su portal web institucional una aplicación que permita al cotizante registrar aquellos datos necesarios para efectuar transferencias electrónicas de los beneficios y obligaciones derivados del contrato de salud, tales como, devoluciones de cotizaciones percibidas en exceso.

Asimismo, la institución deberá informar a sus afiliados sobre la posibilidad de registrar los antedichos datos a través de cualquiera de los medios de que disponga, tales como, el servicio continuo de atención telefónica, comunicaciones a las direcciones de correos electrónicos que tenga registradas, la concurrencia de los interesados a las oficinas de atención de público a hacer algún trámite y por cualquier otra vía de difusión que estime conveniente.

En cualquier caso, la isapre debe informar a sus cotizantes que la entrega de estos datos es voluntaria y que, si acceden a su registro, se obligan a mantenerlos actualizados, dado que ello supone la aceptación de los pagos a través de transferencias electrónicas.

⁴³ Incorporado según Circular IF/N° 236 de 2014.

Sin perjuicio de lo señalado, el afiliado siempre podrá optar por un medio de pago distinto para un caso particular, sin que esto último signifique una revocación de su aceptación al sistema de pago antedicho.

Habiendo el afiliado efectuado el registro de estos datos, la isapre le deberá entregar una copia del comprobante, electrónico o en papel, que certifique dicha gestión.

Capítulo II Selección de Prestaciones Valorizadas

La Selección de Prestaciones Valorizadas, también denominada “cartilla”, es un instrumento que tiene por finalidad facilitar a las personas la comparación entre los diferentes planes ofrecidos por las isapres.

Este instrumento está constituido por un conjunto de prestaciones médicas que han sido seleccionadas por la Superintendencia considerando su alto impacto sobre el gasto, mayor frecuencia y/o alto costo, que deberán ser valorizadas por las isapres en una unidad común, de acuerdo a la cobertura que a ellas se les otorgue en los planes de salud con que cuentan las referidas instituciones.⁴⁴

1. Formato de la cartilla

Las isapres deberán ajustarse estrictamente al formato de la selección de prestaciones valorizadas definido en el Anexo N° 1 de este Capítulo y no podrán incorporar otras prestaciones y/o información no considerada por esta Superintendencia, a excepción de las notas a pie de página definidas en el Anexo N° 3 de este Capítulo, si la estructura del plan de que se trate así lo amerita.

Las prestaciones contempladas en la selección de prestaciones valorizadas deberán corresponder a las identificadas con los códigos del Arancel del Fondo Nacional de Salud, que se señalan en el Anexo N° 4 de este Capítulo. La referencia a dichos códigos sólo tiene por finalidad permitir a las isapres la correcta identificación de las prestaciones seleccionadas y, por lo tanto, no deberán explicitarse en el documento que se entregará a los afiliados, consistente en la Cartilla contenida en el Anexo N° 1, mencionado.

2. Normas generales de valorización de las prestaciones

Los montos máximos de bonificación (topes) de las prestaciones contenidas en la selección de prestaciones valorizadas correspondiente a cada plan, deberán estar expresados en pesos, independientemente de las unidades que utilice cada isapre en la determinación de las bonificaciones de sus planes de salud.

Para establecer la equivalencia en pesos de los topes que se encuentran expresados en Unidades de Fomento, las isapres deberán emplear el valor que tenga asignada dicha unidad en los contratos respectivos, como si las prestaciones se hubiesen otorgado el 1 de mayo de cada año.

Asimismo, para establecer la equivalencia en pesos de los topes expresados en función del arancel, las isapres deberán utilizar los valores que las prestaciones respectivas tengan asignados en el o los aranceles vigentes a la fecha indicada en el inciso anterior.

3. Valorización de las prestaciones que se otorgan por determinados prestadores individualizados en el plan

Las instituciones deberán consignar en la selección de prestaciones valorizadas los beneficios que se otorgarán a las prestaciones respectivas cuando éstas se otorguen por los prestadores individualizados en el plan.

Para estos efectos, las isapres deberán completar la valorización de aquellas prestaciones respecto de las cuales el plan contempla determinados beneficios cuando se requieren de dichos prestadores, dejando en blanco las líneas correspondientes a las prestaciones para las que no se establezcan beneficios asociados a prestadores determinados.

4. Existencia de más de un convenio

En caso de existir más de un prestador asociado al otorgamiento de beneficios, las isapres deberán seleccionar sólo uno de ellos para cada prestación, lo que será informado en la selección de prestaciones valorizadas, identificando a dicho prestador con el número correspondiente en la respectiva columna.

⁴⁴ Véase el Compendio de Información.

5. Inexistencia de convenio

De no contar la isapre con planes que contemplen el otorgamiento de beneficios asociados a determinados prestadores, deberá dejar en blanco las columnas de la selección de prestaciones valorizadas correspondientes a tales beneficios.⁴⁵

6. Actualización de la Selección de Prestaciones Valorizadas

Las isapres podrán actualizar las cartillas que utilicen a contar del 1 de diciembre de cada año, valorizando las prestaciones como si éstas se hubiesen otorgado el 1 de noviembre del mismo año.

7. Valorización de cartillas correspondientes a planes nuevos

Las cartillas correspondientes a los planes que se comiencen a comercializar a partir del 1 de junio de cada año, podrán ser valorizadas como si las prestaciones se hubiesen otorgado el primer día del mes en que se inicie su comercialización.

8. Utilización de la selección de prestaciones valorizadas

Las isapres deberán entregar a quienes lo soliciten -tanto en sus sucursales como a través de sus agentes de venta- la selección de prestaciones valorizadas correspondiente a los planes de salud en comercialización que, de acuerdo a la información proporcionada por los solicitantes, mejor se ajusten a los requerimientos y condiciones de éstos.

Con todo, las isapres no estarán obligadas a entregar más de tres cartillas por cada solicitud.

Del mismo modo, las instituciones deberán estar en condiciones de proporcionar, a requerimiento de sus afiliados y, a más tardar, dentro del tercero día hábil siguiente a la fecha de la solicitud, la selección de prestaciones valorizadas correspondiente a los planes a que se encuentren adscritos, aún cuando éstos no estén en actual comercialización.

Asimismo, tanto en las suscripciones de contratos como en los cambios de plan, las isapres deberán entregar a los afiliados la selección de prestaciones valorizadas correspondiente al plan suscrito.

Para los efectos señalados en los dos párrafos precedentes la firma del interesado estampada en el documento será suficiente prueba de su entrega, debiendo quedar copia de éste a disposición de la Superintendencia en el Archivo de Cotizantes⁴⁶.

⁴⁵ Véase el Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.

⁴⁶ Véase el Compendio de Información.

FORMATO DEL REVERSO DE LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS (REVERSO DEL ANEXO N°1 DE LA CIRCULAR N°43)

TABLAS DE RESULTADOS DE LAS ACREDITACIONES Y CERTIFICACIONES DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALIZADOS EN PLANES CERRADOS Y PLANES CON PRESTADORES PREFERENTES

TABLA N°1

RESULTADO DE LA ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (PCIH) DEL MINISTERIO DE SALUD, DE CLÍNICAS Y HOSPITALES INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN

Nombre del Prestador	Año última acreditación	Resultado en el PCIH			
		Acreditado	Condicional	No acreditado	No evaluado

- **Acreditado:** El prestador cumple con todas las condiciones para asegurar la calidad en el control de infecciones y realiza actividades permanentes para este fin. La certificación es entregada por un periodo de 3 años.
- **Condicional:** El prestador cumple con condiciones para asegurar la calidad en el control de infecciones pero debe hacer algunos ajustes. Será evaluado antes de un año.
- **No Acreditado:** El prestador no cuenta con las condiciones mínimas para asegurar la calidad en el control de infecciones. Debe hacer correcciones. Será evaluado antes de seis meses.
- **No Evaluado:** El prestador está en espera de ser evaluado por el programa.

TABLA N°2

ÁREAS CON CERTIFICADO DEL PROGRAMA EXTERNO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD (PEEC) DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA, EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN

Nombre Prestador	Áreas con certificado del PEEC							
	Química Clínica	Hematología	Bacteriología	Virología	Imunología	Microscopía	Parasitología	Serología

- El prestador no entrega servicios en las áreas achuradas.
- Las áreas en blanco son áreas otorgadas, pero con evaluación insatisfactoria o aún no evaluadas.
- Las cruces marcan las áreas certificadas.

TABLA N°3

MÉDICOS SEGÚN CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD, DEL TOTAL QUE FORMA PARTE DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN (en porcentaje)

Nombre del Prestador	Con especialidad certificada	Sin especialidad

*Se considerarán médicos especialistas aquellos cuyos certificados hayan sido otorgados por CONACEM (Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas) y/o por las facultades de medicina de universidades chilenas adscritas a SOFAMECH (Asociación de Facultades de Medicina de Chile) y/o por las facultades de medicina de universidades chilenas no adscritas a este organismo.

Anexo N° 2 Instrucciones para el llenado de la Selección de Prestaciones Valorizadas

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL ANEXO N° 1

Para efectos de completar la información consignada en el Anexo N° 1 de la selección de prestaciones valorizadas, las isapres deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

ANVERSO DEL ANEXO N° 1

MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

Columnas 1 y 2: En ellas se debe consignar el porcentaje de bonificación y el tope en pesos, respectivamente, para cada prestación, de acuerdo a lo contemplado el plan de salud. En caso que dicho plan no contemple tope, deberá consignarse en la columna 2, frente a la prestación respectiva, la expresión: "Sin Tope".

BENEFICIOS ASOCIADOS A DETERMINADOS PRESTADORES.

Los beneficios asociados a determinados prestadores individualizados en el plan, podrán estar expresados en un copago fijo o en un porcentaje de bonificación con determinado tope, debiendo, en todo caso, completarse sólo la (s) columna(s) que corresponda(n) a la modalidad definida en el plan de salud.

Respecto de aquellas prestaciones para las que no se establezcan beneficios asociados a determinados prestadores, deberán dejarse en blanco las columnas 3 a la 6.

Columnas 3 y 4: En ellas se debe consignar el porcentaje de bonificación y el tope en pesos, respectivamente, para cada prestación, de acuerdo a lo contemplado en el plan de salud, en caso que la atención se efectúe por los prestadores individualizados en éste. Si el plan no contempla topes, deberá consignarse en la columna 4, frente a la prestación respectiva, la expresión: "Sin tope".

Columna 5: En esta columna sólo se deberán consignar los beneficios asociados a los prestadores individualizados en el plan, que se expresen en la modalidad de copagos fijos. En tales casos, el uso de esta quinta columna es excluyente al de las columnas 3 y 4.

Columna 6: En ella se deberá indicar el número del prestador que otorga las atenciones para las que se contemplan los beneficios que se informan. Dicho prestador se individualizará en las tablas contenidas al dorso.

REVERSO DEL ANEXO N° 1

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LAS TABLAS Y SU INCORPORACIÓN EN LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS

Para efectos de completar la información consignada en las tablas contenidas en el reverso del anexo N° 1 -que resumen los resultados de las acreditaciones y certificaciones de los prestadores individualizados en los planes cerrados y en los planes con prestadores preferentes- las isapres deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

TABLA N° 1

Esta tabla resume los resultados obtenidos por las clínicas y hospitales individualizados en el plan, en el **Programa de Control de Infecciones Intrahospitalarias** del Ministerio de Salud (PCIIH).

Columna 1: En ella deben detallarse todos los prestadores (clínicas y hospitales) que estén individualizados en el plan, indicando el número que se asigna a cada uno de ellos en el anverso de la Selección Valorizada de Prestaciones.

Columna 2: Para toda institución que haya sido evaluada por el PCIIH, en esta columna debe detallarse el año de la última evaluación. En el caso de instituciones que no han sido calificadas por este programa, la casilla correspondiente se dejará en blanco.

Columnas 3 a 5: En ellas se resumen los resultados obtenidos por los prestadores en el PCIIH. La columna 3 corresponde a la categoría de Acreditado, por lo que deberá marcarse con una cruz el casillero correspondiente a toda institución que, en la evaluación del programa PCIIH, obtenga una Acreditación Destacada o Acreditación. La columna 4 corresponde a la categoría de Condicional, por lo que deberá marcarse con una cruz el casillero correspondiente a toda institución evaluada con Acreditación Provisional o Acreditación Condicional. Por último, la columna 5 corresponde a la categoría No Acreditado; en este caso corresponde marcar con una cruz el casillero correspondiente a toda institución que obtenga una No Acreditación Preliminar o No Acreditación.

Columna 6: Esta columna corresponde a la categoría de No Evaluado, por lo que deberá marcar una cruz en el casillero correspondiente a toda institución que no ha sido calificada por este programa.

TABLA N° 2

Esta tabla resume las áreas de los laboratorios clínicos que cuentan con un certificado del Programa de Evaluación Externa de Calidad (PEEC) del Instituto de Salud Pública. Las áreas en que dicho programa entrega certificados son: Bacteriología, Hematología, Inmunología, Microbacterias, Parasitología, Química Clínica, Serología de Sífilis y Virología. Cada laboratorio puede otorgar servicios asociados a una, varias o todas las áreas. Considerando que los laboratorios adhieren al programa por área, la certificación puede realizarse en un número parcial de éstas.

Columna 1: En ella deben detallarse todos los prestadores (laboratorios clínicos) que estén individualizados en el plan, indicando el número que se asigna a cada uno de ellos en el anverso de la Selección Valorizada de Prestaciones.

Columna 2 a 9: Corresponde a las distintas áreas en las que el PEEC entrega certificados. Para cada prestador, deberá marcarse con una cruz cada columna que corresponda a un área del laboratorio que cuenta con certificado PEEC. Deberán achurarse las áreas en que el prestador no entrega servicios y dejar en blanco las áreas que han obtenido evaluación insatisfactoria o aún no han sido evaluadas.

TABLA N° 3

Esta tabla resume el porcentaje de médicos, del total que forma parte de los prestadores individualizados en el plan y está adscrito al otorgamiento de las prestaciones que integran su oferta cerrada o preferente, que cuenta con especialidad certificada.

Se considerarán médicos especialistas aquéllos cuyos certificados hayan sido otorgados por CONACEM y/o por universidades chilenas adscritas a ASOFAMECH y/o por aquellas no adscritas a ASOFAMECH.

Columna 1: En ella deben detallarse todos los prestadores institucionales que estén individualizados en el plan, indicando el número que se asigna a cada uno de ellos en el anverso de la Selección Valorizada de Prestaciones.

Columna 2: En ella se debe anotar el porcentaje que resulte de dividir el número total de médicos que cuentan con certificado de especialidad por el número total de médicos que, formando parte de los prestadores individualizados en el plan, estén adscritos al otorgamiento de las prestaciones que integran su oferta cerrada o preferente.

Columna 3: En ella se debe anotar el porcentaje que resulte de dividir el número total de médicos sin certificación de especialidad por el número total de médicos que, formando parte de los prestadores individualizados en el plan, estén adscritos al otorgamiento de las prestaciones que integran su oferta cerrada o preferente.

Por lo tanto, deberá verificarse que la suma de los porcentajes por filas alcance al 100%.

Anexo N° 3 Instrucciones para el llenado de las notas explicativas

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE NOTAS DEL ANEXO N° 1

Las Notas Explicativas que las isapres podrán agregar a la Selección de Prestaciones Valorizadas (Anexo N° 1), deberán ajustarse al formato y contenido detallado más adelante.

De acuerdo a las características específicas de cada plan, se podrán utilizar todas o algunas de las Notas Explicativas, dependiendo de la información que sea necesario complementar.

Las isapres podrán incluir en la Cartilla de la Selección de Prestaciones Valorizadas, notas específicas, si éstas se refieren a ciertas prestaciones contenidas en la cartilla, o notas generales, si tratan de factores que afectan las condiciones de todo el plan de salud asociado a la misma.

A) NOTAS ESPECÍFICAS:

Las siguientes notas están referidas a prestaciones específicas contempladas en la cartilla, que se ven afectadas por una situación particular, como son los topes anuales o la forma en que se establecen dichos topes. Cuando las isapres hagan uso de estas notas, deberán consignar, a continuación del título de cada prestación o grupo de prestaciones, el número de la nota correspondiente.

A.1) Se asignará la Nota (A), a aquellas prestaciones que usualmente tienen tope anual y que, en este caso, corresponden a Consulta Psiquiátrica y Medicina Física. En el espacio destinado al efecto, la isapre deberá indicar el tope anual y la unidad en que éste se expresa, que corresponda a una o todas las prestaciones señaladas a continuación:

Nota (A): Prestación (es) sujeta (s) al siguiente Tope Anual:

- Consulta Psiquiátrica (\$ o UF)
- Ejercicios Respiratorios (\$ o UF)
- Reeducción Motriz (\$ o UF)

A.2) Se utilizará la Nota (B) para especificar la modalidad en que se expresa el tope por Medicamentos y Materiales Clínicos en hospitalización y el evento de que dicha prestación contemple un tope anual. Las alternativas a utilizar para referirse a la modalidad en que se aplica el tope son: por evento, día de hospitalización o año contrato, según corresponda de acuerdo al plan.

Nota (B): El tope de medicamentos y materiales clínicos se determina de acuerdo a la siguiente modalidad _____.

Esta prestación considera, adicionalmente, el siguiente tope anual _____ (\$ o UF).

B) NOTAS GENERALES:

Las siguientes notas están referidas a situaciones que afectan a todo el plan y no sólo a prestaciones específicas.

B.1) Se utilizará la Nota (C) para aclarar, en los casos que corresponda, que la valorización de la cartilla podrá variar por efecto de los mecanismos de reajustabilidad contemplados en el contrato. En el espacio a completar por la isapre se mencionarán los factores de reajustabilidad, entendiendo por tales, los siguientes:

- Los topes por prestación están expresados en Unidades de Fomento
- El Arancel está expresado en Unidades de Fomento
- El Arancel en pesos se reajustará (períodos de aplicación)

Nota (C): Reajustabilidad. Los valores contemplados en esta cartilla fueron calculados al 1 de de, por lo que podrán experimentar variaciones de acuerdo al mecanismo de reajustabilidad contemplado en su contrato. En la especie, _____.

B.2) En caso que el plan que dio origen a la valorización de la cartilla, contemple, en la modalidad libre elección, coberturas restringidas respecto de algunos prestadores o establecimientos o, si varía la cobertura por el lugar geográfico en que se efectúen las prestaciones, se utilizará la nota (D), según sea el caso. Ejemplo: Plan AA, sin tope en hospitalización, salvo en la Clínica X.

Nota (D): Cobertura Restringida: Los valores establecidos en esta cartilla disminuirán si la atención es realizada en _____ (Mencionar las excepciones).

B.3) La nota (E) deberá indicar que la individualización del prestador que otorga las prestaciones para las que se contemplan beneficios determinados, se encuentra en las tablas contenidas al reverso del Anexo N° 1.

Nota (E): Individualización del prestador en las tablas contenidas al dorso.

Anexo Nº 4 Descripción de las prestaciones comprendidas en la Selección de Prestaciones Valorizadas

DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES COMPRENDIDAS EN EL ANEXO Nº 1

El presente anexo describe las prestaciones comprendidas en la selección con la sola finalidad de establecer parámetros comunes para su identificación y para la determinación de la cobertura que a éstas debe ser asignada en la Selección de Prestaciones Valorizadas correspondiente a cada plan.

PARTO NORMAL

Es equivalente a la prestación definida con el código 20.04.003 del FONASA, corresponde a un parto en presentación cefálica o podálica, con o sin episiotomía, con o sin sutura, con o sin fórceps, con o sin inducción, con o sin versión interna, con o sin revisión, con o sin extracción manual de placenta, con o sin monitorización. (Único o múltiple)

Derecho de pabellón 6 (equivalente al código 20.04.003 del FONASA)

Corresponde al recinto definido con el código adicional 6, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar la prestación. Incluye el uso de la sala de parto, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

Honorarios médicos (equivalentes al código 20.04.003 del FONASA)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano y un anestesista.

Honorarios matrona (equivalente al código 20.04.004 del FONASA)

Corresponde al honorario de la matrona por la atención integral del parto (incluye atención en sala de pre-parto y parto, con o sin atención en período expulsivo, recepción y preparación del R.N. para la atención del neonatólogo, además incluye 3 controles prenatales y 2 controles en el puerperio, hasta 15 días después del alumbramiento).

Atención inmediata recién nacido (equivalente al código 01.01.007 del FONASA)

Es la atención médica otorgada al recién nacido durante el período de observación, por un Médico Cirujano, Pediatra o Neonatólogo. Incluye la atención inmediata del recién nacido en la sala de parto con o sin reanimación cardio-respiratoria, el examen físico completo y el diagnóstico.

Visita neonatólogo (equivalente al código 01.01.008 del FONASA)

Corresponde a la visita o atención médica realizada por el médico tratante, a un recién nacido internado en una clínica u hospital.

PARTO POR CESÁREA

Es equivalente a la prestación definida con el código 20.04.006 del FONASA, corresponde a una operación cesárea con o sin salpingoligadura o salpingectomía uni o bilateral.

Derecho de pabellón 7 (equivalente al código 20.04.006 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 7, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

Honorarios médicos (equivalentes al código 20.04.006 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, un médico ayudante y un anestesiista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

Honorarios matrona (equivalente al código 20.04.004 del FONASA)

Corresponde al honorario de la matrona por la atención integral del parto (incluye atención en sala de pre-parto y parto, con o sin atención en período expulsivo, asistencia a pabellón quirúrgico, recepción y preparación del R.N. para la atención del neonatólogo, además incluye 3 controles prenatales y 2 controles en el puerperio, hasta 15 días después del alumbramiento).

Atención inmediata recién nacido (equivalente al 01.01.007 del FONASA)

Es la atención médica otorgada a un recién nacido durante el período de observación, por Médico Cirujano, Pediatra o Neonatólogo. Incluye la atención inmediata del recién nacido en el pabellón quirúrgico, con o sin reanimación cardio-respiratoria, el examen físico completo y el diagnóstico.

Visita neonatólogo (equivalente al código 01.01.008 del FONASA)

Corresponde a la visita o atención médica realizada por el médico tratante, a un recién nacido internado en una clínica u hospital.

APENDICECTOMÍA

Es equivalente a la prestación definida con el código 18.02.053 del FONASA, corresponde al procedimiento autónomo de una apendicectomía y/o drenaje de un absceso apendicular.

Derecho de pabellón 7 (equivalente al código 18.02.053 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 7, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

Honorarios médicos (equivalentes al código 18.02.053 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, un médico ayudante y un anestésista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Es equivalente a la prestación definida con el código 18.02.081 del FONASA, corresponde al procedimiento completo de una colecistectomía por videolaparoscopia.

Derecho de pabellón 10 (equivalente al código 18.02.081 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 10, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

Honorarios médicos (equivalentes al código 18.02.081 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, dos médicos ayudantes y un anestésista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

HISTERECTOMÍA TOTAL

Es equivalente a la prestación definida con el código 20.03.010 del FONASA, corresponde a una histerectomía por vía abdominal, con o sin anexectomía uni o bilateral, total o ampliada.

Derecho de pabellón 8 (equivalente al código 20.03.010 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 8, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

Honorarios médicos (equivalentes al código 20.03.010 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, dos médicos ayudantes y un anestésista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

AMIGDALECTOMÍA

Es equivalente a la prestación definida con el código 13.02.029 del FONASA, corresponde a una amigdalectomía con o sin adenoidectomía, uni o bilateral.

Derecho de pabellón 5 (equivalente al código 13.02.029 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 5, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

Honorarios médicos (equivalentes al código 13.02.029 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano y un anestesista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

CIRUGÍA CARDÍACA DE COMPLEJIDAD MAYOR

Es equivalente a la prestación definida con el código 17.03.061 del FONASA, corresponde a una operación cardíaca con circulación extracorpórea y de complejidad mayor. Incluye reemplazo valvular múltiple; tres o más puentes aortocoronarios y/o anastomosis con arteria mamaria; corrección de cardiopatías congénitas complejas (por ejemplo: Fallot; atresia tricuspídea; doble salida del ventrículo derecho; transposición grandes vasos; ventrículo único o similares); aneurisma aórtico torácico, trasplante cardíaco o cualquier operación cardíaca en lactantes.

Derecho de pabellón 14 (equivalente al código 17.03.061 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 14, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

Honorarios médicos (equivalentes al código 17.03.061 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, tres médicos ayudantes, un anestesista, un perfusionista y un cardiólogo. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

EXTIRPACIÓN DE TUMOR Y/O QUISTE ENCEFÁLICO Y DE HIPÓFISIS ⁴⁷

⁴⁷ Se reemplazó la prestación "Extirpación de tumor y/o quiste cerebral", código 11.02.013, por "Extirpación de tumor y/o quiste encefálico y de hipófisis", código 11.03.026, ambos del Arancel FONASA.

Es equivalente a la prestación definida con el código 11.03.026 del FONASA, corresponde a una extirpación de tumores y/o quistes.

Derecho de pabellón 12 (equivalente al código 11.03.026 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 12, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

Honorarios médicos (equivalentes al código 11.03.026 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, dos médicos ayudantes y un anestesista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

DÍAS CAMA

Medicina (equivalente al código 02.02.104 del FONASA)

Corresponde al día cama de hospitalización en medicina y especialidades (pieza individual).

Incluye:

- el uso de un catre clínico con la respectiva ropa de cama y todos los materiales y elementos de enfermería no descartables y útiles fungibles de uso general.
- la alimentación oral diaria, prescrita por el médico tratante.
- la atención completa de enfermería, incluyendo las curaciones, colocaciones de sondas, inyecciones, enemas, tomas de muestra, administración de fleboclisis, etc.
- la administración de transfusiones de sangre y/o hemoderivados, cuando sea efectuada por personal diferente del médico o tecnólogo médico del Banco de Sangre o Servicio de Transfusión.
- la atención propia del médico residente cuando sea necesaria.

Sala cuna (equivalente al código 02.02.004 del FONASA)

Corresponde al día cama de hospitalización en sala cuna

Incluye:

- el uso de una cuna con la respectiva ropa de cama y todos los materiales y elementos de enfermería no descartables y útiles fungibles de uso general.
- la alimentación oral diaria, prescrita por el médico tratante.
- la atención completa de enfermería.
- la atención propia del médico residente cuando sea necesaria.

U.T.I. adulto (equivalente al código 02.02.201 del FONASA)

Corresponde al día cama de hospitalización en U.T.I. o U.C.I. Adulto.

Ubicado en dependencias únicas y centralizadas de una clínica u hospital, dotadas de profesionales médicos y de enfermería en forma permanente y preferente durante las 24 horas, así como de equipos especializados para atender enfermos con alto riesgo vital.

Incluye:

- las atenciones del personal profesional residente en la Unidad durante las 24 horas, médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.
- el uso de las instalaciones, instrumentos y equipos que debe tener la Unidad que como mínimo son los siguientes: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua, etc.
- el acceso a procedimientos habituales, tales como denudación venosa, sondeos, punción subclavia, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxigenoterapia, etc.

U.T.I. pediatría (equivalente al código 02.02.202 del FONASA)

Corresponde al día cama de hospitalización en U.T.I. o U.C.I. Pediatría.

Ubicado en dependencias únicas y centralizadas de una clínica u hospital, dotadas de profesionales médicos y de enfermería en forma permanente y preferente durante las 24 horas, así como de equipos especializados para atender enfermos con alto riesgo vital.

Incluye:

- las atenciones del personal profesional residente en la Unidad durante las 24 horas, médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.
- el uso de las instalaciones, instrumentos y equipos que debe tener la Unidad que como mínimo son los siguientes: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua, etc.
- el acceso a procedimientos habituales, tales como denudación venosa, sondeos, punción subclavia, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxigenoterapia, etc.

U.T.I. neonatal (equivalente al código 02.02.203 del FONASA)

Corresponde al día cama de hospitalización en U.T.I. o U.C.I. Neonatal.

Ubicado en dependencias únicas y centralizadas de una clínica u hospital, dotadas de profesionales médicos y de enfermería en forma permanente y preferente durante las 24 horas, así como de equipos especializados para atender enfermos con alto riesgo vital.

Incluye:

- las atenciones del personal profesional residente en la Unidad durante las 24 horas, médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.
- el uso de las instalaciones, instrumentos y equipos que debe tener la Unidad que como mínimo son los siguientes: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua, etc.
- el acceso a procedimientos habituales, tales como denudación venosa, sondeos, punción subclavia, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxigenoterapia, etc.

MEDICAMENTOS Y MATERIALES CLÍNICOS

Corresponde a todos los medicamentos, insumos y materiales clínicos utilizados durante una hospitalización.

La modalidad de bonificación quedará definida en nota de pie de página, conforme lo señala el Anexo N°3. En el caso de planes que relacionen medicamentos con día-cama, se considerará, para efectos de este ejemplo, los siguientes estándares:

Apendicectomía: 3 días - cama

Neumonía: 7 días - cama

CONSULTAS

Consulta médica electiva o de urgencia (equivalente al código 01.01.001 del FONASA)

Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en su Consultorio Privado o en un local destinado para estos efectos en un Hospital, Clínica, Centro de Salud o Servicio de Urgencia.

Consulta psiquiátrica (equivalente al código 09.01.009 del FONASA)

Corresponde a la atención profesional otorgada por un médico psiquiatra.

EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS

Hemograma (equivalente al código 03.01.045 del FONASA)

Incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación.

Estudio de lípidos sanguíneos (equivalente al código 03.02.034 del FONASA)

Incluye colesterol total, colesterol HDL, LDL, VLDL, triglicéridos.

Perfil bioquímico (equivalente al código 03.02.075 del FONASA)

Corresponde a la determinación automatizada de 12 parámetros bioquímicos en sangre.

Urocultivo (equivalente al código 03.06.011 del FONASA)

Incluye recuento de colonias y antibiograma, con cualquier técnica.

Orina completa (equivalente al código 03.09.022 del FONASA)

Incluye los procedimientos autónomos definidos con los códigos 03.09.023 y 03.09.024. El primero, incluye un estudio físico-químico de la orina, de aspecto, color, densidad, pH, proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos, urobilinógeno, bilirrubina, hemoglobina y nitritos; todos o cada uno de los parámetros. El segundo, incluye el sedimento urinario.

Densitometría ósea (equivalente al código 05.01.030 del FONASA)

Es un estudio dinámico dentro de un procedimiento diagnóstico efectuado con medicina nuclear, que incluye el valor de los radioisótopos correspondientes. Corresponde a una densitometría ósea a fotón doble, de columna y cadera, uni o bilateral.

Citodiagnóstico corriente (equivalente al código 08.01.001 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico de anatomía patológica que incluye un citodiagnóstico corriente, exfoliativa (papanicolau y similares). Uno por cada órgano.

Estudio histopatológico corriente (equivalente al código 08.01.008 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico de anatomía patológica que incluye un estudio histopatológico corriente de biopsia diferida. Uno por cada órgano.

Exploración vitreorretinal (equivalente al código 12.01.019 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico que incluye la exploración vitreorretinal de ambos ojos.

Electrocardiograma de reposo (equivalente al código 17.01.001 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico que incluye un electrocardiograma de reposo con un mínimo de 12 derivaciones y 4 complejos por derivación.

Ecocardiograma Doppler (equivalente al código 17.01.007 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico definido como ecocardiograma Doppler con registro. Incluye el procedimiento autónomo del código 17.01.008 que consiste en un ecocardiograma bidimensional con registro modo M, papel fotosensible y fotografía. En adultos o niños.

Gastroduodenoscopia (equivalente al código 18.01.001 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico que incluye una endoscopia por vía oral con o sin biopsia, además de una esofagoscopia. Considera honorarios profesionales y derecho de pabellón 3.

Hemodiálisis con insumos incluidos (equivalente al código 19.01.023 del FONASA)

Corresponde a una sesión del procedimiento terapéutico que incluye, la aplicación de la técnica, la atención profesional, el control clínico permanente, el tratamiento de las complicaciones médicas y todos los insumos.

Rodillera, bota larga o corta de yeso (equivalente al código 21.05.004 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento de inmovilización que incluye el honorario médico.

IMAGENOLOGÍA

Radiografía de tórax (equivalente al código 04.01.070 del FONASA)

Corresponde a un examen radiológico simple de tórax, frontal y lateral, 2 proyecciones panorámicas y 2 exposiciones.

Mamografía bilateral (equivalente al código 04.01.010 del FONASA)

Corresponde a un examen radiológico simple de las glándulas mamarias, bilateral, 4 exposiciones.

Radiografía de brazo, codo, muñeca o similares (equivalente al código 04.01.054 del FONASA)

Corresponde a un examen radiológico simple de brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie o similar, frontal y lateral, cada uno, 2 exposiciones.

Tomografía axial computarizada de cerebro (equivalente al código 04.03.001 del FONASA)

Corresponde a una tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro, con o sin medio de contraste, 30 cortes de 8-10 mm.

Ecotomografía abdominal (equivalente al código 04.04.003 del FONASA)

Corresponde a una ultrasonografía con equipos de mediana a alta resolución, con un mínimo de 12 imágenes diferentes. Incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos.

Ecotomografía ginecológica (equivalente al código 04.04.006 del FONASA)

Corresponde a una ultrasonografía con equipos de mediana a alta resolución, con un mínimo de 12 imágenes diferentes. Incluye ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u obstétrica con estudio fetal.

MEDICINA FÍSICA

Ejercicios respiratorios (equivalente al código 06.01.017 del FONASA)

Corresponde al valor de la prestación de un procedimiento terapéutico autónomo de kinesiterapia.

Reeducación motriz (equivalente al código 06.01.024 del FONASA)

Corresponde al valor de la prestación de un procedimiento terapéutico autónomo de kinesiterapia.

APÉNDICE DEL ANEXO Nº 4

DERECHO DE PABELLÓN

El Arancel del Derecho de Pabellón o Quirófano, incluye el uso de todos los elementos que a continuación se indican:

- a) Uso de Sala de Operaciones o Quirófano y anexos, inclusive Sala de Recuperación postanestésica, aprobados por el Servicio de Salud correspondiente para su funcionamiento como tal y por el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con la Resolución que regula el procedimiento para establecer convenios en la Modalidad de Libre Elección.

b) Uso de muebles, equipos y elementos no fungibles.

- Mesas quirúrgicas y de instrumental.
- Vitrinas y muebles para guardar el instrumental.
- Cajas con instrumental básico y especial completo para todo tipo de intervenciones.
- Lámpara central y lámparas móviles.
- Equipos de iluminación de emergencia.
- Calefacción adecuada y aire acondicionado.
- Aspiración y bombas de aspiración de emergencia, portátiles o no.
- Oxígeno e implementos de emergencia para oxígeno.
- Máquinas de anestesia y equipos de entubación traqueal.
- Equipos para control cardiorrespiratorio, resucitadores y monitores de todo tipo. Incluye conexiones y accesorios.
- Electrobisturí o láser quirúrgico.
- Equipos de Rayos X (no incluye medios de contraste, ni placas).
- Microscopio.
- Equipo completo de cirugía videolaparoscópica y similares.
- Equipos de endoscopias.
- Equipos de ventilación mecánica.

c) Utilización de insumos, implementos y útiles fungibles de uso limitado. Éstos se dividen en insumos desechables y recuperables.

Insumos desechables:

- Hojas de bisturí.
- Catéteres corrientes y/o similares, de cualquier tipo.
- Equipo completo de ropa estéril o no para intervenciones.
- Jeringas desechables, agujas de todo tipo.
- Equipos de fleboclisis. Incluye todo tipo de accesorios (bránulas, conexiones, tapas o tapones, etc.).
- Guantes quirúrgicos o de procedimientos, estériles o no.
- Drenajes de todo tipo.
- Cánulas y sondas desechables.

Insumos recuperables:

- Cánulas y sondas.
 - Paños esterilizados para campo operatorio, para cubrir mesas y otros.
 - Uniformes esterilizados para el equipo de médicos, personal paramédico y auxiliares.
 - Jeringas de vidrio, agujas metálicas y guantes quirúrgicos.
- d) Utilización de elementos y útiles fungibles de uso general.
- Gasa, algodón, tómulas, apósitos y otros.
 - Tela adhesiva y similares, de todo tipo.
 - Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo, aerosol, etc.) y formalina.
 - Jabones para lavado quirúrgico y escobillas esterilizadas.
 - Todo tipo de material de sutura.
- e) Gases: Oxígeno y aire comprimido.
- f) Anestésicos de cualquier tipo.

Capítulo III Cotizaciones

Título I: Declaración y pago de cotizaciones de salud ⁴⁸

Considerando la necesidad de establecer criterios uniformes en el proceso de declaración y pago de cotizaciones de salud, que faciliten un efectivo control y funcionamiento de las isapres, se ha estimado necesario establecer un procedimiento para la entrega, uso, archivo e informe sobre la “Planilla de Declaración y Pago de Cotizaciones de Salud a isapre”.

El instructivo que las isapres entreguen a los empleadores, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente y cotizante voluntario deberá señalar, a lo menos, la información que se indicará.

1. Planillas de cotizaciones

Las isapres deberán utilizar las “Planillas de Declaración y Pago de Cotizaciones de Salud a Isapre”, cuyo formato e instructivo se adjunta en Anexo N° 1 de este Título.

En el caso de trabajadores independientes o cotizantes voluntarios, se podrá utilizar el formulario “Declaración y Pago de Cotizaciones de Salud a Isapre”, cuyo formato se detalla en Anexo N° 2 de este Título.

En adelante, se hará referencia a la Planilla, para referirse a los formularios de declaración y pago.

Los documentos mencionados deberán ser emitidos por las isapre, con la obligación de proveer de ellos a los declarantes.

2. Situaciones posibles en los procesos de declaración y pago de cotizaciones

En el proceso de declaración y pago se distinguirán los siguientes casos:

a) Si el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente y cotizante voluntario, en adelante “Encargado del Pago de la Cotización”, declara y paga dentro del plazo.

En este caso se utilizará la Planilla, la que constará de un original y una copia.

El original está destinado a la isapre y la primera copia al encargado del pago de la cotización. Podrá utilizarse una segunda copia, para uso de la entidad recaudadora.

En el momento del pago, el empleador o entidad encargada del pago de la pensión podrá, en caso que el número de cotizantes informado supere a los diez afiliados, adjuntar la “Planilla de Detalle de Cotizaciones”, la cual puede ser estructurada por medios computacionales. El cajero verificará que lo declarado en la planilla sea lo que efectivamente se pague y timbrará las copias en señal de recepción y conformidad.

b) Si el encargado del pago de la cotización declara y no paga

En este caso, deberá presentar en forma similar a lo indicado en la letra a) “Planilla de declaración y pago de cotizaciones de salud a isapre”, la cual será recibida por la isapre certificando su “Declaración y No Pago”. La citada planilla constará de un original y una copia.

⁴⁸ La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2014, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento, a contar de enero de 2014.

La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2013, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 70,3 Unidades de Fomento, a contar de enero de 2013.

La Resolución Exenta N°16, 5.1.2012, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 67,4 Unidades de Fomento, a contar de enero 2012.

La Resolución Exenta N° 27, 6.1.2011, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 66 Unidades de Fomento, a contar de enero 2011.

El original estará destinado a la isapre y la primera copia al encargado del pago de la cotización. Podrá utilizarse una segunda copia para el uso de la entidad recaudadora.

Al momento de ser presentada esta planilla, la isapre timbrará los ejemplares en señal de recepción de la declaración y no pago.

Si el empleador efectúa en forma posterior el pago, deberá completar la Planilla señalando en el recuadro N° 2 de la Sección C, el número de serie de la “Planilla de Declaración y No Pago”, en la forma que establece el instructivo del Anexo N° 1 de este Título.

c) Si el encargado del pago de la cotización declara en el plazo y paga posteriormente.

En este caso, se utilizará el mismo procedimiento señalado en la letra a), pero deberá adjuntarse además, su copia de la Planilla de Declaración de Cotizaciones de Salud, que fue devuelta conforme a lo señalado en la letra b) anterior, debiendo en este evento, efectuar la isapre el cálculo y cobro de los intereses y reajustes que correspondan.

d) Si el encargado del pago de la cotización no declara y paga fuera de plazo.

En este caso se utilizará el mismo procedimiento señalado en la letra a), debiendo la isapre efectuar el cálculo y cobro de los reajustes e intereses que correspondan.

Anexo N° 1

ANEXON°1

PLANILLA DE DECLARACIÓN Y PAGO DE COTIZACIONES DE SALUD A ISAPRE

TIPO DE PAGO: Declaración y Pago 1 Declaración y No Pago 2 Pago de Decl. Anterior 3 Gratificaciones 4 Otras 5

SECCIÓN A: Identificación del ente pagador: EMPLEADOR ENTIDAD ENCARGADA DEL PAGO DE LA PENSIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO FOLIO N°

1 Razón Social o Nombre _____ 2 R.U.T. _____ 3 Dirección Calle _____ 4 Teléfono _____ 5

Dpto. _____ Comuna _____ Ciudad _____ 6 R.U.T. Repr. Legal _____ 7 Cambio en el Repr. _____ 8 Dirección del empleador _____ 9 Teléfono _____ 10 III Cambio R.U.T. empleador _____

SECCIÓN B: Detalle de Cotizaciones

Identificación del Afiliado _____ Mov. del Personal _____ 11

N°	R.U.T. o C.I. (Con dig. verif.)	N° DE FUN. o Interno	Apellidos Paterno Materno	Nombres	REMUNERACIÓN IMPONIBLE PENSIÓN O RENTA	COTIZACI COTIZACIÓN 7%	LEY 18.566 7%	COTIZACIÓN ADICIONAL VOLUNTARIA	COTIZACIÓN A PAGAR	COTIZACIÓN PACTADA	COD.	FECHA INICIO	FECHA TERMINO
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
				TOTAL PAGINA									
				TOTAL ACUMULADO									

NOTA: Si el N° de trabajadores es mayor a 10 adjunte las hojas de detalle necesarias.

1. Contre. 4. Accidentes del trabajo
 2. Retiro. 5. Permiso sin goce
 3. Susisc. de sueldo.

SECCIÓN C: Antecedentes de la cotización

1 Detalle de Cotización declarada y otros. VALORES

CONCEPTO CODIGO

Cotiz. legal 01

Cotiz. Art. 8° Ley 18.566 02

Cotiz. Adicional Voluntaria 03

Total Cotización a pagar 04

Regalistas 05

Intereses 06

SUB-TOTAL 07

TOTAL A PAGAR 08

2 Antecedentes sobre el pago.

Efectivo Cheque N° _____

Banco _____ Plaza _____

Declaro que los datos consignados son expresión fiel a la realidad

Firma Rep. Legal _____

Espero para indicar oficinas de pago/horario y forma de presentar cheques

N° de Folio _____

Planilla de Declaración _____

SECCIÓN D: Antecedentes Generales

1 NORMAL 2 ATRASADA ADELANTADA

4 Fecha de Pago DIA MES AÑO N° de Afiliados

6 Periodo de Pago Gratificaciones desde: MES AÑO

7 N° de Hojas anex. Hasta MES AÑO

V° B° Recepción y Cálculo _____ V° B° Y TIMBRE CAJERO _____

INSTRUCTIVO AL ANEXO N° 1

La “Planilla de Declaración y Pago de Cotizaciones de Salud a isapre”, deberá contener al reverso las siguientes instrucciones como mínimo.

ANTECEDENTES:

El artículo 30° de la Ley N° 18.933⁴⁹ establece que el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o imponente y cotizante voluntario, deberán declarar y pagar las cotizaciones de salud a la isapre, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas.

Los pagos deberán hacerse efectivos en los lugares que la Institución de Salud Previsional determine, los cuales se informan con su horario al final del presente instructivo.

I. DEDUCCION DE LA COTIZACION DE SALUD:⁵⁰

a) El empleador y entidad encargada del pago de la pensión, deberá deducir de la remuneración imponible o pensión del cotizante la cotización de salud pactada entre éste y la isapre, por un monto no inferior al de la cotización legal, cuyo valor corresponderá al notificado en su oportunidad al empleador o entidad encargada del pago de la pensión, a través del Formulario Único de Notificación.

b) La cotización de salud convenida, podrá tener un valor superior al de la cotización legal; estará exenta del impuesto a la renta, hasta un tope de 4,529 U.F. y el empleador deberá deducirla en forma íntegra de las remuneraciones del trabajador y enterarla en la isapre respectiva.

En todo caso, la suma de la cotización legal de salud y de la cotización adicional que se establece, no podrá ser superior a 4, 529 Unidades de Fomento.

En relación a lo indicado en el párrafo anterior, los trabajadores que tengan sus contratos vigentes en la Institución de Salud Previsional, deberán comunicar por escrito a sus empleadores su deseo que esta cotización sea enterada en la isapre en que se encuentra afiliado. El empleador deberá comunicar en la Planilla de Pago de Cotización la referida decisión.

c) La cotización de salud pactada entre la isapre y el trabajador independiente, no podrá ser por un monto inferior al de la cotización legal, de acuerdo a su renta declarada para efectos previsionales.

II. DECLARACION Y PAGO DE LAS COTIZACIONES:

El encargado del pago de la cotización que pague oportunamente las cotizaciones de sus trabajadores pensionados en la isapre, deberá enviar la “Planilla de Declaración y Pago de Cotizaciones de Salud a isapre” que se adjunta o Planilla Computacional que contenga similar información, de acuerdo al procedimiento establecido por la Superintendencia, cuyo texto se encuentra a disposición de los encargados del pago de la cotización en la Oficina de la isapre.

⁴⁹ Corresponde al artículo 185 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

⁵⁰ La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2014, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento.

La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2013, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 70,3 Unidades de Fomento.

La Resolución Exenta N° 16, 05.01.2012, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 67,4 Unidades de Fomento.

La Resolución Exenta N° 27, 06.01.2011, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 66 Unidades de Fomento.

III. DECLARACION Y NO PAGO DE COTIZACIONES:

Para la declaración y no pago de las cotizaciones de salud, el encargado del pago de la cotización deberá utilizar la “Planilla de Declaración y Pago de Cotizaciones de Salud a isapre”, o Planilla Computacional que contenga similar información, también de acuerdo al procedimiento establecido por la Superintendencia de Salud.

IV. PLAZO LEGAL PARA ENTERAR LAS COTIZACIONES:

Las cotizaciones deberán ser declaradas y pagadas en los centros de recaudación establecidos por la isapre, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se devengan, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente, si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

V. SANCIONES LEGALES PARA QUIENES NO DECLAREN O NO PAGUEN DENTRO DEL PLAZO LEGAL ESTABLECIDO:

COTIZACIONES NO DECLARADAS, INCOMPLETAS O ERRONEAS: El empleador o entidad estará afecto a una multa de beneficio fiscal, consistente en media Unidad de Fomento por cada trabajador, cuyas cotizaciones no se declaren o cuyas declaraciones sean incompletas o erróneas, la cual se aplicará según lo dispuesto en el artículo 30° de la Ley N° 18.933.⁵¹

REAJUSTES: Las cotizaciones que no se paguen oportunamente por el encargado del pago de la cotización, se reajustarán entre el último día del plazo legal y el día en que efectivamente se paguen. Lo anterior, considerando la variación diaria del IPC, según lo dispuesto en el artículo 31° de la Ley N° 18.933.⁵²

INTERESES: La deuda reajustada devengará un interés penal, equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables que fije la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, aumentada en un veinte por ciento (20%).

Si el reajuste e interés penal aumentado resultare inferior al interés para operaciones no reajustables que fije la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, aumentada en un veinte por ciento (20%), se aplicará esta última tasa de interés incrementada en igual porcentaje, caso en el cual no corresponderá aplicación de reajuste.

VI. PLANILLA DE DECLARACIÓN Y PAGO DE COTIZACIONES DE SALUD A ISAPRE

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

1.- General:

Deberá ser confeccionada en duplicado, un original y una copia, entregando en el lugar de recaudación el original.

En este formulario se deben completar los casilleros en blanco, escritos a máquina o con letra imprenta, claramente legible.

Los encargados del pago de la cotización que paguen cotizaciones de salud atrasadas, deberán llenar por cada mes de atraso una planilla de cotizaciones. No deben mezclarse pagos de períodos diferentes en una misma planilla.

Los montos en pesos deberán ser registrados sin uso de decimales. Si el primer decimal resulta igual o superior a cinco, las cifras deberán aproximarse al número superior. En caso contrario, al número inferior.

⁵¹ Corresponde al artículo 185 del DFL N° 1, 2005, de Salud.

⁵² Corresponde al Artículo 186 del DFL N° 1, 2005, de Salud:

2.- Específicas:

Tipo de Pago:

Deberá indicarse con una cruz, en el recuadro que corresponda, si se trata de: Declaración y Pago; Declaración y No Pago; Pago de Declaración y No Pago anterior; Gratificaciones u Otras.

Sección A: Identificación del Ente Pagador:

Los datos que se señalan, deben ser exactos para su correcta identificación. Se deberá indicar, marcando con una cruz el recuadro correspondiente.

En esta Sección se deberá colocar:

Recuadro N° 1 - Razón Social o Nombre: Se deberá registrar la razón social o el apellido paterno, apellido materno y nombres, según corresponda.

Recuadro N° 2 - RUT: Deberá anotarse el número de RUT del encargado del pago de la cotización con dígito verificador.

Recuadro N° 3 - Dirección: Se deberá consignar la dirección del encargado del pago de la cotización.

Recuadro N° 4 - Teléfono: Deberá anotarse el número telefónico del encargado del pago de la cotización.

Recuadro N° 5 - Nombre del Representante Legal: Deberá anotarse el nombre del Representante Legal de la empresa o entidad encargada del pago de la pensión.

Recuadro N° 6 - RUT Representante Legal: Deberá anotarse el N° de RUT del Representante Legal con dígito verificador.

Recuadro N° 7 - Cambios en el Representante Legal, en la Dirección o en el RUT del Empleador: Deberá consignarse con una cruz, sólo si existiera un cambio en alguno de los datos indicados, respecto al último mes declarado en la isapre.

Sección B: Detalle de Cotizaciones:

Los datos que se señalan en esta Sección, deberán indicar los antecedentes de cada cotizante a la isapre. Si el número de cotizantes es mayor a diez, se deberán llenar tantas planillas como sea necesario, sólo en lo que se refiere a la Sección B (Detalle del Cotizante).

Las Planillas de Detalle de Cotizaciones podrán ser estructuradas computacionalmente, incorporando la información que se indica:

COLUMNA 1: Corresponde a un número de secuencia de los trabajadores que conforman la planilla.

COLUMNA 2: Debe anotarse el N° de RUT o Cédula de Identidad con dígito verificador del cotizante.

COLUMNA 3: Espacio que corresponde al N° de Folio de Contrato o Formulario Único de Notificación emitido por la isapre en la suscripción del contrato.

COLUMNA 4: Deberá anotarse el apellido paterno, apellido materno y nombres del afiliado, en ese mismo orden.

COLUMNA 5: Deberá anotarse la remuneración imponible, pensión o renta declarada.

COLUMNA 6: Debe anotarse el monto en pesos (\$) del 7% de Cotización Legal mínima de Salud, calculado sobre la Columna N° 5.

COLUMNA 7: **No vigente.**

COLUMNA 8: Debe informarse el monto en pesos de la cotización adicional voluntaria.

COLUMNA 9: Debe anotarse la cotización a pagar en pesos a la Institución de Salud Previsional.

COLUMNA 10: Deberá anotarse el monto de la cotización pactada en pesos.

COLUMNA 11: Se deberá informar el movimiento del personal. Si el afiliado señalado en la línea respectiva está afecto a algún tipo de movimiento en el mes que se está informando, se debería indicar con el código:

Código 1: Contratación del mes y/o incorporación a isapre.

Código 2: Retiros del mes de la isapre y/o de la empresa donde trabaja.

Código 3: Indicar si el trabajador estuvo afecto a subsidio de enfermedad o maternidad en el mes informado.

Código 4: Informar si el trabajador estuvo afecto a subsidio por Ley de Accidentes del Trabajo.

Código 5: Indicar si el trabajador estuvo con permiso sin goce de sueldo.

Fecha Inicio: Indicar el día, mes y año en que se produce el inicio del movimiento, en caso de contratación o subsidio. (Se deberá dejar en blanco en caso de retiros).

Fecha de Término: Indicar el día, mes y año en que se produce el término del movimiento, en caso de subsidios o retiros. (Se deberá dejar en blanco en caso de contrataciones).

Si se contrata a un afiliado y se produce el retiro de él en el mismo mes, se deberá registrar con el código 1 y se deberá colocar la fecha de iniciación y de término. Si el trabajador está acogido a subsidio por enfermedad, o maternidad, se deberá registrar siempre la fecha de inicio y término efectivo, aunque la fecha de término exceda el mes informado, comunicándose por una vez en la Planilla correspondiente al mes de inicio del subsidio.

Total Acumulado: En la primera hoja de la Planilla (carátula), se deberá registrar los totales de toda la Planilla. En las demás hojas de Detalle, se deberán indicar los totales acumulados hasta cada una de ellas.

Sección C: Antecedentes de la Cotización:

En los recuadros del N° 1 al N° 7 de esta Sección, se deberá consignar lo siguiente:

Recuadro N° 1: Detalle de cotizaciones Declaradas y otros.

Código 01: Corresponde anotar el total de cotizaciones legales en pesos (\$) que se descontó a los trabajadores, pensionados o la cotización legal en pesos (\$) del trabajador independiente o voluntario.⁵³

⁵³ **Código 02:** Corresponde anotar el total de cotización adicional solicitada por el trabajador, en virtud de la Ley N° 18.566 y que actualmente **no se encuentra vigente**.

Código 03: Se debe registrar el total de cotizaciones adicionales voluntarias.

Código 04: Corresponde anotar el total de las cotizaciones a pagar.

Código 05 - 06: Reajustes e intereses a ser calculados por la isapre, en caso de haber retardado el pago de la cotización de salud.

Código 07: Si se trata de cotizaciones cuyo pago se realiza dentro del plazo legal, se repite la cifra anotada en el código 04; en caso contrario se debe dejar en blanco para que su monto lo determine la isapre.

Código 08: Total de cotizaciones a pagar a la isapre.

Señalar con una "X" si el pago se efectúa bajo la modalidad de efectivo.

Si el pago se efectúa con cheque, se deberá registrar el número del cheque, el nombre del Banco y la plaza a que corresponde el cheque.

El representante legal deberá firmar la Planilla de Declaración y Pago de Cotizaciones de Salud. En el caso de los trabajadores independientes y voluntarios, la Planilla deberá ser firmada por éstos.

Recuadro Número de Folio Planilla de Declaración: En este recuadro deberá colocarse el Número de Serie de la Planilla de Declaración y No Pago, en caso de que la Planilla de Declaración y Pago se utilice para cancelar cotizaciones declaradas anteriormente.

Sección D: Antecedentes Generales:

En esta Sección se deberá consignar la siguiente información en los recuadros.

Recuadro N° 1 Normal: Este espacio se debe llenar con una "X", si la cotización está siendo pagada entre el 1° y el 10 del mes siguiente al cual se devengaron las remuneraciones, pensiones y rentas declaradas que le dieron origen.

Recuadro N° 2 Atrasado: Este espacio se debe llenar con una "X" si la cotización está siendo pagada con atraso.

Recuadro N° 3 Adelantada: Este espacio se debe llenar con una "X" si la cotización está siendo pagada en forma anticipada a la fecha normal de pago.

Recuadro N° 4 Fecha de Pago: Deberá llenarse indicando el día, mes y año en que se pagan las cotizaciones.

Recuadro N° 5 Número de Afiliados: Se deberá anotar el número de cotizantes informados en el DETALLE DE COTIZACIONES.

Recuadro N° 6 Período de Pago Remuneraciones, Rentas o Pensiones y Gratificaciones: Corresponde al mes y año en que se devengaron las remuneraciones, rentas o pensiones, cuyas cotizaciones se están pagando. Asimismo, se deberá indicar, en el caso de cotizaciones derivadas de gratificaciones, el período durante el cual ellas se devengaron.

Recuadro N° 7 Número de Hojas Anexas: Se deberá anotar el número de hojas de DETALLE DE COTIZACIONES que se adjuntan, cuando el número de afiliados informados es mayor a 10. Las hojas anexas pueden tener una estructura computacional.

V° B° Recepción y Cálculo: Para ser utilizado por la isapre cuando se paguen cotizaciones atrasadas. Se registrará, en caso de Declaración y No Pago, con V° B° de recepción y timbre de Declaración y No Pago.

V° B° y Timbre del Cajero: Para ser utilizado por la isapre o entidad recaudadora al momento de recibirse el pago.

Anexo Nº 2

DECLARACION Y PAGO DE COTIZACIONES DE SALUD A ISAPRE TRABAJADOR INDEPENDIENTE O VOLUNTARIO						
TIPO DE COTIZANTE:		INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	VOLUNTARIO <input type="checkbox"/>	FOLIO		
NOMBRE				R.U.T.		
CALLE	N°	DEPTO.	COMUNA	CIUDAD	REGION	
PERIODO DE COTIZACION	RENTA DECLARADA	COTIZACION PACTADA	FECHA DE PAGO			
COTIZACION LEGAL		EFFECTIVO		NORMAL	1	
COTIZACION ADICIONAL		CHEQUE N°		ATRASADA	2	
TOTAL DECLARADO		BANCO		ADELANTADA	3	
REAJUSTES		PLAZA		FECHA, V°B° Y TIMBRE CAJERO		
INTERESES		ESPACIO PARA INDICAR OFICINAS DE PAGO, HORARIO Y FORMA DE PRESENTAR CHEQUES				
TOTAL A PAGAR						

Título II: Emisión computacional de planillas de declaración y pago

Sin perjuicio de las instrucciones precedentes, las isapres podrán recibir la primera hoja de la declaración (carátula) a través de formularios computacionales, debiendo cumplir estrictamente con los siguientes requisitos:

- 1.** Tanto las carátulas como las hojas de detalle deberán ajustarse exactamente al formato, orden y contenido que se instruye en el Anexo N° 1 del Título I de este Capítulo y su instructivo.
- 2.** La isapre deberá instruir a los empleadores que utilicen esta modalidad, en el sentido que es necesario imprimir con caracteres destacados el nombre de la isapre, en el extremo superior de la carátula.
- 3.** Dicha modalidad podrá ser utilizada por cualquier empleador o entidad encargada del pago de la pensión, que deba declarar y pagar cotizaciones a la isapre, a su propia elección, no pudiendo la institución obligar a adoptar su aplicación.
- 4.** La isapre debe asignar un folio a cada una de las carátulas computacionales que reciba. La asignación de este folio deberá permitir una perfecta singularización de la planilla, evitando su duplicación, ya sea respecto de las demás carátulas computacionales, como de las preimpresas, de manera de asegurar su inequívoca identificación.

Título III: Declaración y pago de cotizaciones de salud mediante la transmisión electrónica de información a través de Internet⁵⁴

Las instrucciones de que trata este número contienen las normas de funcionamiento, con los formatos y estructuras de mensajes a ser utilizados por las isapres y los encargados del pago de la cotización en la “Declaración y pago de cotizaciones de salud mediante la transmisión electrónica de información a través de Internet”, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Superintendencia sobre comunicaciones mediante transmisión electrónica de datos.⁵⁵

1. Definiciones

Los siguientes conceptos tendrán el sentido y alcance que en cada caso se indica:

1.1. Sistema electrónico de declaración y pago: es aquella modalidad de declaración y pago de cotizaciones de salud que se realiza íntegramente mediante transferencias electrónicas de información e instrucciones de pago entre el encargado del pago de la cotización de salud y el sitio web.

1.2. Sistema mixto de declaración y pago: Es aquella modalidad en la cual la declaración de la cotización de salud se realiza en forma electrónica y el pago de la misma se realiza por alguno de los sistemas tradicionales de pago de cotizaciones.

1.3. Sitio Web: Centro de procesamiento de información que provee de servicios de recaudación electrónica de las cotizaciones de salud.

1.4. Declaración: **Es la transferencia electrónica de información para el pago de las cotizaciones de salud por Internet que es generada por cada empleador, encargado del pago de la pensión, trabajador independiente o cotizante voluntario. El formulario para la declaración se contiene en el Anexo N° 1 de este Título.**

1.5. Encargado del pago de la cotización: **Usuario con las atribuciones legales necesarias para cursar el pago de la cotización de salud, esto es, el empleador del cotizante dependiente, la entidad encargada del pago de la pensión, el cotizante independiente o el voluntario.**

1.6. Autorización para transferencias electrónicas de fondos: Convenio que autoriza al Banco donde el Encargado del Pago de la Cotización mantiene su cuenta corriente para que realice las transferencias electrónicas de fondos suficientes para el pago de la cotización de salud a la isapre.

El convenio respectivo deberá garantizar que las diferentes etapas del proceso se realicen por el Banco en los plazos previstos en este Título.

1.7. Orden de pago: Es la transferencia electrónica de información que es generada por cada encargado del pago de la cotización para definir la modalidad y fecha de pago de la declaración. El formulario a utilizar para emitir órdenes de pago se contiene en el Anexo N° 2 de este Título.

1.8. Crédito: Es la transferencia electrónica de información que es generada por el banco para comunicar a la isapre el abono efectuado en la cuenta corriente de recaudación de la isapre por el valor de las cotizaciones de salud señalado en la declaración. El formulario a utilizar para comunicar el crédito se contiene en el Anexo N° 3 de este Título.

1.9. Débito: Es la transferencia electrónica de información que es generada por el banco para comunicar al encargado del pago de la cotización el débito o cargo efectuado en su cuenta corriente por el valor de las cotizaciones de salud señalada en la declaración. El formulario a utilizar para comunicar el débito se contiene en el Anexo N° 4 de este Título.

1.10. Comprobante de pago: Documento que acredita el pago de la cotización de salud en el Sistema Mixto de Declaración y Pago. El formulario a utilizar para extender el comprobante de pago se contiene en el Anexo N° 6 de este Título.

⁵⁴ Inciso segundo al artículo 185 del DFL N° 1, de 2005.

⁵⁵ Instrucciones se contienen en el Capítulo VI “Procedimientos operativos de las isapres”, de este Compendio.

1.11. Confirmación: Es la transferencia electrónica de información que es generada por la isapre y que tiene como destinatario al encargado del pago de la cotización, para certificar que las cotizaciones de salud declaradas han sido pagadas a la isapre. El formulario a utilizar para extender la confirmación se contiene en el Anexo N° 5 de este Título.

2. Modelos operativos

2.1. Registro del encargado del pago en una empresa administradora de sitios web

Los encargados del pago de cotizaciones de salud que decidan realizar la declaración y pago de éstas por Internet, deberán registrarse en alguna de las empresas administradoras de sitios web destinadas al servicio de recaudación electrónica de cotizaciones previsionales, las que podrán corresponder a una empresa externa a la que la Institución de Salud haya delegado total o parcialmente la función de recaudar⁵⁶.

El registro deberá efectuarlo el encargado del pago de la cotización mediante la inscripción en el sitio web encargado de la recaudación de cotizaciones, aportando la siguiente información, de acuerdo al tipo de cotizante que se trate, esto es, dependiente, pensionado, independiente o voluntario:

- Identificación del Encargado del Pago de la Cotización (nombre o razón social o, en su caso, apellido paterno, apellido materno y nombres).
- RUT
- Código de actividad económica, cuando corresponda (según el clasificador del Servicio de Impuestos Internos).
- Dirección (calle, número, departamento, comuna, ciudad y Región).
- Teléfono.
- Nombre del representante legal.
- RUT del representante legal.
- Banco y número de la cuenta corriente asociada a la Autorización para Transferencias Electrónicas de Fondos.
- Dirección de correo electrónico.

La inscripción deberá ser confirmada por la empresa administradora del Sitio Web al Encargado del Pago de la Cotización a través de la entrega de las claves de identificación y seguridad de uso exclusivo, entrega que deberá realizar una vez que haya verificado que el registro contenga la información requerida.

2.2. Sistema electrónico de declaración y pago

a. Inicio de la operación del sistema

Una vez que se encuentre perfeccionado el procedimiento de inscripción en el sitio web y se haya celebrado por el encargado del pago de la cotización un convenio con su Banco para la realización de transferencias electrónicas de fondos desde su cuenta corriente a la de la isapre, éste se encontrará en condiciones de iniciar sus pagos por Internet en la modalidad del Sistema Electrónico.

⁵⁶ Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.

El Sistema Electrónico de declaración y pago comienza con el envío por parte del encargado del pago de la cotización de dos transferencias electrónicas simultáneas de información al sitio web. La primera corresponde a la Declaración y la segunda a la Orden de Pago.

El sitio web enviará la Orden de Pago al Banco para que éste verifique la existencia de fondos en la cuenta corriente del encargado del pago de la cotización y envíe una confirmación de este hecho al sitio web.

Una vez verificada la existencia de fondos, el sitio web procederá a transmitir la Declaración a la isapre correspondiente.

En todo caso, el sitio web siempre deberá comprobar que la Declaración haya sido llenada en todos sus campos por el encargado del pago de la cotización y que la Orden de Pago sea consistente con el monto declarado.

b. Confirmación de la isapre

Una vez recibida la Declaración, la isapre confirmará al sitio web que la acepta.

En caso de no aceptarla, la operación de declaración y pago quedará sin efecto y el encargado del pago de la cotización tendrá la facultad de proceder de acuerdo a lo previsto en la letra g) del N° 5.2.2 de este Título.

c. Envío de la orden de pago al banco

Una vez recibida la confirmación de la isapre, el sitio web deberá enviar la Orden de Pago al Banco, dentro de un plazo que permita que el cargo en la cuenta corriente del encargado del pago de la cotización y el abono correspondiente en la cuenta corriente de la isapre se realice en el plazo legal establecido para el pago de las cotizaciones previsionales.

La Orden de Pago contendrá el valor total registrado en la Declaración.

d. Débito y crédito

El Banco, al recibir la Orden de Pago, procederá a realizar el cargo en la cuenta corriente bancaria del encargado del pago de la cotización por el monto total de las cotizaciones declaradas y abonará dicho monto en la cuenta corriente de recaudación de la o las isapres, a las que corresponda la operación.

El Banco, a través del sitio web, notificará al encargado del pago de la cotización de la materialización de las transferencias electrónicas de fondos descritas en el párrafo anterior, las cuales se realizaron mediante el Débito y el Crédito correspondiente.

e. Conciliación de datos y confirmación

A más tardar el tercer día hábil siguiente a la recepción del Crédito, la isapre deberá conciliar los datos ésta contiene con los de la Declaración correspondiente. Una vez realizada dicha conciliación y comprobado que no existen diferencias, la isapre pondrá a disposición del encargado del pago de la cotización, a través del sitio web, una Confirmación que certificará el resultado de la operación.

f. Inconsistencia entre la declaración y el monto pagado

En caso que la isapre detecte con posterioridad alguna inconsistencia entre la Declaración presentada y lo que efectivamente se debió pagar por concepto de cotizaciones de salud, podrá informar al respecto al sitio web para que notifique al encargado del pago de la cotización de tal inconsistencia, a fin que éste realice las correcciones necesarias en la Declaración que se presente el próximo mes al sitio web.

g. Rechazo de la orden de pago por el banco

En el evento que el Banco determine que el encargado del pago de la cotización no dispone en su cuenta corriente de fondos suficientes para financiar las cotizaciones de salud declaradas, rechazará la Orden de Pago y, en el mismo acto, dará aviso de esa situación a la isapre y al encargado del pago de la cotización, a través del sitio web.

En este caso, toda la operación de declaración y pago quedará sin efecto. El encargado del pago de la cotización podrá, nuevamente, dar cumplimiento a sus obligaciones a través de este sistema, en la medida que cuente con fondos suficientes en su cuenta corriente.

En caso que el plazo legal hubiere vencido, el cumplimiento de la obligación deberá efectuarse a través de los procedimientos tradicionales vigentes para el pago de cotizaciones atrasadas, sin que pueda homologarse la operación electrónica fallida a una declaración y no pago de las cotizaciones de salud.

h. Confirmación

El pago de las cotizaciones de salud mediante la modalidad de declaración y pago electrónico se tendrá como efectivamente realizado, sólo una vez que se haya emitido la Confirmación respectiva.

2.3. Sistema mixto de declaración y pago y su funcionamiento

El pago de cotizaciones previsionales a través de esta modalidad también supone la inscripción del encargado del pago de la cotización en el sitio web y se realiza mediante la Declaración electrónica de las cotizaciones y un medio de pago tradicional (vale vista, pago por caja de la isapre, Caja de Compensación, etc).

El sitio web, deberá considerar una aplicación computacional que permita al encargado del pago de la cotización optar por la modalidad mixta, esto es, que pueda imprimir en su propio sistema computacional un formulario denominado Comprobante de Pago, el cual resume la información contenida en la Declaración, con un número de folio único que permite realizar el pago de la cotización a través de alguno de los medios de pago tradicionalmente utilizados en el sistema isapre.

a. Este sistema comienza con el envío por parte del encargado del pago de la cotización de una Declaración al sitio web, el cual deberá transmitirla a la isapre para que ésta confirme si acepta tal declaración, en los mismos términos referidos en la letra b. del punto 5.2.2 precedente.

b. La isapre, una vez que acepte la Declaración, confirmará al sitio web la pertinencia de la misma para que éste emita el Comprobante de Pago, con el cual el encargado del pago de la cotización podrá llevar a efecto el pago respectivo.

c. El Comprobante de pago, cuyo diseño está definido en el Anexo N° 6 de este Título, constará a lo menos de tres ejemplares con la siguiente distribución:

- Original isapre.
- Primera copia encargado del pago de la cotización.
- Segunda copia agente recaudador tradicional (caja).

d. El encargado del pago de la cotización deberá concurrir con el Comprobante de Pago, a las oficinas de algún agente recaudador que tenga convenio vigente con la isapre para recibir el pago de las cotizaciones de salud, quien lo timbrará y entregará su copia al encargado.

Luego lo enviará a la isapre dentro del plazo establecido en la normativa vigente para el pago de las cotizaciones previsionales, para que ésta pueda conciliar la recaudación bajo esta modalidad, comparando la Declaración con el Comprobante de Pago y el respectivo abono en su cuenta corriente.

e. El pago de las cotizaciones de salud, de acuerdo a la modalidad del Sistema Mixto, se tendrá como efectivamente realizado, cuando el agente recaudador estampe su timbre en el Comprobante de Pago.

f. En el evento que el encargado del pago de la cotización no efectúe el pago dentro del plazo legal establecido para tales efectos, la transmisión electrónica de la Declaración no podrá homologarse a una declaración y no pago de las cotizaciones de salud.

2.4. El sitio Web

El Sitio Web deberá poseer una certificación digital otorgada y emitida por una autoridad certificadora u otro Organismo competente que la Superintendencia de Salud determine⁵⁷.

El certificado digital deberá cumplir con los estándares nacionales e internacionales de encriptación que garanticen la integridad, confidencialidad y seguridad de las transferencias electrónicas de información que se realicen.

Las medidas de seguridad que deberá cumplir la empresa administradora del Sitio Web son aquellas que están definidas en este punto y en las instrucciones sobre comunicaciones mediante transmisión electrónica de datos, contenidas en el Título V del Capítulo VI de este Compendio de Procedimientos.

2.5. Mecanismos de control

El número único de folio que se asigne a la operación de declaración y pago electrónico de cotizaciones de salud, será la única referencia de control válida que reconocerá la Superintendencia de Salud a objeto de asociar en forma inequívoca la transacción con las distintas transferencias electrónicas de información que la conforman. En consecuencia, éste debe ser obligatoriamente referenciado en todos los documentos involucrados en la operación de declaración y pago de cotizaciones de salud, a saber, la Declaración, Orden de pago, Débito, Crédito y Confirmación.

Cuando exista más de un sitio web para efectos de la recaudación electrónica, la isapre deberá adoptar todas las medidas de control necesarias para que el folio de las transferencias electrónicas de información cumpla con la condición de ser único en todo el sistema, para lo cual su estructura deberá contener caracteres de codificación exclusiva que identifiquen al sitio web.

2.6. Respaldos y seguridad

La isapre deberá establecer los mecanismos tendientes a verificar que el sitio web en el que delegue su función de recaudación, implemente un sistema para el registro y custodia de la información generada en las operaciones de declaración y pago electrónico de cotizaciones de salud, cualquiera sea la modalidad utilizada.

La custodia que ha de realizar el sitio web de la mencionada información, deberá mantenerse por un plazo de, a lo menos, cinco años y deberá estar siempre a disposición de la Superintendencia de Salud para el cumplimiento de sus funciones de supervigilancia y control.

2.7. Responsabilidad de la isapre

La isapre será responsable de la función de recaudar que delegue en el sitio web, debiendo ejercer permanente un control adecuado y diligente. En este sentido, todos los contratos o convenios que celebre con las empresas administradoras de sitios web de recaudación deberán constar por escrito y los gastos en que incurra la isapre originados en su celebración serán de su cargo exclusivo y en ningún caso podrán representar un costo adicional para sus afiliados.

La celebración de estos contratos no exime en caso alguno de responsabilidad a la isapre frente a la Superintendencia de Salud respecto de los actos de las empresas administradoras de sitios web que puedan afectar a los cotizantes, ni en las materias objeto de estas instrucciones, ni en los restantes aspectos de su funcionamiento, cuya fiscalización la ley encarga a este Organismo, tales como irregularidades relacionadas con la pérdida de información y de fondos recaudados a través de los medios electrónicos definidos precedentemente.

⁵⁷ Modificado por la Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.

Anexo N° 1

Declaración: Es la transferencia electrónica de información para el pago de las cotizaciones de salud por Internet que es generada por cada empleador, encargado del pago de la pensión, trabajador independiente o cotizante voluntario.

Emisión de la transferencia electrónica	Encargado del pago de la cotización
Receptor de la transferencia electrónica	Isapre

Registro de Encabezado

Item	Obligatorio o Condicional
Nombre de la transferencia electrónica	O
Fecha operación	O
Hora operación	O
Identificación isapre de destino	O
Número de folio de la DECLARACIÓN	O
RUT (con el dígito verificador) del Encargado del Pago de la Cotización	O
Código tipo de pagador	Debe completarse con alguno de los siguiente códigos: 1= Empleador 2= Entidad encargada del pago de la pensión 3= Trabajador independiente 4= Cotizante voluntario
Código tipo de pago	1= Declaración y pago 2= Pago de declaración anterior 3= Gratificaciones 4= Otras
E-mail del encargado del Pago de la Cotización	O

Registro de Antecedentes (Identificación del ente pagador)

Item	Obligatorio o Condicional	Observaciones
Razón social o nombres – apellido paterno – apellido materno del Encargado del Pago de la Cotización	O	
Domicilio: Calle, avenida	O	

Número	O	
Número depto, oficina, local, población	C	
Comuna	O	
Ciudad	O	
Región	O	
Número teléfono		
Nombre representante legal	O	
RUT (con dígito verificador) del Representante legal	C	
Cambio en el Representante legal	C	
Cambio dirección del empleador	C	
Cambio RUT empleador	C	

Registro de Detalle de Cotizaciones de Salud

Ítem	Obligatorio o Condicional	Observaciones
Número de folio de la DECLARACIÓN	O	
RUT o Cédula nacional de identidad (con dígito verificador) del cotizante	O	
Apellido paterno	O	
Apellido materno	O	
Nombres	O	
Remuneración imponible, pensión o renta declarada (con topo de 60 UF)	C	
Cotización legal de salud	C	
<i>Derogada (cotización Ley 18.566)</i>		
Cotización adicional voluntaria	C	
Cotización a pagar	O	
Cotización pactada	O	
Total a pagar	O	
Código movimiento personal	C	Debe completarse, cuando sea procedente, con alguno de los siguientes códigos: 1= Contrataciones 2= Retiros 3= Subsidios 4= Accidentes del trabajo 5= Permiso sin goce de sueldo

Fecha inicio	C	Debe registrarse la fecha de inicio del movimiento de personal de que se trate, con formato ddmmaaaa
Fecha término	C	Debe registrarse la fecha de término del movimiento de personal de que se trate, con formato ddmmaaaa
Rut entidad pagadora subsidio (con dígito verificador)	C	Debe completarse cuando el trabajador se encuentre con subsidio por incapacidad laboral

Registro Resumen de Declaración

Item	Obligatorio o Condicional	Observaciones
Número de folio de la DECLARACIÓN	O	
Cotización legal de salud	C	
<i>Derogada (cotización Ley 18.566)</i>		
Cotización adicional voluntaria	C	
Total Cotización a pagar	C	
Reajustes	C	
Intereses	C	
Subtotal	C	
Total a pagar	O	
Código del período de pago	O	Debe completarse con alguno de los siguientes códigos: 1= Normal 2= Atrasada 3= Adelantada
Período del pago de remuneraciones	O	Formato mmaaaa
Gratificaciones desde	C	
Gratificaciones hasta	C	
Fecha de pago (mmaaaa)	O	
Número de cotizantes informados	O	

Anexo N° 2

Orden de Pago: Es la transferencia electrónica de información que es generada por cada Encargado del Pago de la Cotización para definir la modalidad y fecha de pago de la Declaración.

Emisor de la transferencia electrónica	Encargado del Pago de la Cotización
Receptor de la transferencia electrónica	Banco

Registro

Ítem	Obligatorio o Condicional
Nombre de la transferencia electrónica	O
Fecha operación	O
Hora operación	O
Número de folio de la DECLARACIÓN	O
RUT (con el dígito verificador) del Encargado del Pago de la Cotización	O
Nombre o Razón Social del Encargado del Pago de la Cotización	O
Número de cuenta corriente del Encargado del Pago de la Cotización	O
Identificación del Banco destinatario	C
Período de pago	O
Fecha de cargo en la cuenta corriente	O
Identificación Isapre destinataria del pago	O
Total a pagar a la isapre	O
Número de afiliados	O

Anexo N° 3

Crédito: Es la transferencia electrónica de información que es generada por el banco para comunicar a la isapre el abono efectuado en la cuenta corriente de recaudación de la isapre por el valor de las cotizaciones de salud señalado en la Declaración.

Emisor de la transferencia electrónica	Banco
Receptor de la transferencia electrónica	Isapre

Registro

Ítem	Obligatorio o Condicional
Nombre de la transferencia electrónica	O
Fecha operación	O
Hora operación	O
Nombre del banco que realizó la operación de abono	O
Número de folio de la DECLARACIÓN	O
Identificación Isapre destinataria de la transferencia electrónica (Códigos establecidos por la Superintendencia de Salud)	C
Fecha de los abonos	O
Hora de los abonos	O
Período de pago	O
Monto abonado en la cuenta corriente de la isapre	O
Número cuenta corriente de la isapre	O
RUT (con dígito verificador) del Encargado del Pago de la Cotización	O
Número de afiliados	O
Número de convenio entre Isapre y Banco	C

Anexo N° 4

Débito: Es la transferencia electrónica de información que es generada por el banco para comunicar al Encargado el Pago de la Cotización el débito o cargo efectuado en su cuenta corriente por el valor de las cotizaciones de salud señalado en la Declaración.

Emisor de la transferencia electrónica	Banco
Receptor de la transferencia electrónica	Encargado del Pago de la Cotización

Registro

Item	Obligatorio o Condiciona
Nombre de la transferencia electrónica	O
Fecha operación	O
Hora operación	O
Nombre del banco que realizó la operación	O
Número de folio de la DECLARACIÓN	O
RUT (con dígito verificador) del Encargado del Pago de la Cotización	C
Fecha de los cargos	C
Hora de los cargos	O
Período de pago	O
Monto cargo en cuenta corriente por Cotizaciones de Salud	O
Número cuenta corriente del Encargado del Pago de la Cotización	O
Nombre de la isapre a la que se hizo el abono en cuenta corriente	O
Número de cuenta corriente de la isapre en que se efectuó el abono	O
Número de afiliados	O

Anexo N° 5

Confirmación: Es la transferencia electrónica de información que es generada por la isapre y que tiene como destinatario al Encargado el Pago de la Cotización, para certificar que las cotizaciones de salud declaradas han sido pagadas a la isapre.

Emisor de la transferencia electrónica	Isapre
Receptor de la transferencia electrónica	Encargado del Pago de la Cotización

Registro

Item	Obligatorio o Condicional
Nombre de la transferencia electrónica	O
Identificación isapre que origina la transferencia electrónica	O
Fecha operación	O
Hora operación	O
Número de folio de la DECLARACIÓN	O
RUT (con dígito verificador) del Encargado del Pago de la Cotización	O
Nombre del Encargado del Pago de la Cotización titular de la cuenta corriente	O
Número cuenta corriente del Encargado del Pago de la Cotización	O
Monto pagado por cotizaciones de salud	O
Período de pago	O
Número de afiliados	O
Fecha de los cargos en cuenta corriente	O
Identificación institución bancaria que efectuó el cargo	O

Anexo N° 6

COMPROBANTE DE PAGO

IDENTIFICACIÓN ISAPRE		NÚMERO DE FOLIO	
IDENTIFICACIÓN DEL ENCARGADO DEL PAGO DE LA COTIZACIÓN			
RAZÓN SOCIAL	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT CON DV
DIRECCIÓN	CALLE N°	DEPTO. COMUNA CIUDAD REGIÓN	TELÉFONO
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL			CAMBIO EN EL REPRESENTANTE LEGAL EMPLEADOR
			CAMBIO DIRECCIÓN EMPLEADOR
			CAMBIO RUT EMPLEADOR

RESUMEN DE COTIZACIONES PREVISIONALES	VALORES (\$)
DETALLE	
COTIZACIÓN LEGAL DE SALUD	
COTIZACIÓN LEGAL PREVISIONAL	
COTIZACIÓN LEGAL VOLUNTARIA	
TOTAL COTIZACIÓN A PAGAR	
REAJUSTES	
INTERESES	
SUBTOTAL	
TOTAL A PAGAR	

ANTECEDENTES GENERALES	
GRATIFICACIONES	BASES
MES	DIA MES AÑO
AÑO	DIA MES AÑO
PERÍODO PAGO	CÓDIGO DE PARTICIPANTE
REMUNERACIONES	NÚMERO DE DECLARACIÓN
FECHA DE PAGO	N° DE ATILADOS INFORMADOS

ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO A LA ISAPRE	
ISAPRE: EFECTIVO <input type="checkbox"/>	CHEQUE <input type="checkbox"/>
CHEQUE N°	BANCO PLAZA
EXTENDER CHEQUE NOMINATIVO A:	
ISAPRE	

ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO	
TOTAL A PAGAR A ISAPRE	VALORES (\$)

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON FIEL EXPRESIÓN DE LA REALIDAD

FIRMA DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

V° B° RECEPCIÓN Y CÁLCULO

V° B° Y TIMBRE DE CAJERO

Título IV: Cobranza extrajudicial de deudas de cotizaciones de salud

1. Normas comunes a todo procedimiento extrajudicial de cobro de cotizaciones

1.1 Deber de información general

La isapre deberá informar a los afiliados si la cobranza extrajudicial de cotizaciones la realiza directamente o la ha encargado a una empresa de cobranza u otra entidad distinta de la isapre que le presta dicho servicio. En este último caso, deberá identificar a los encargados de la gestión; los horarios en que se efectuará y la eventual información sobre la cobranza que podrá proporcionar a terceros de conformidad a la Ley N° 19.628, sobre protección de los datos de carácter personal.

Esta información deberá suministrarse a los afiliados junto con la primera comunicación a que se refiere el número siguiente.

1.2 Contenido mínimo de la primera comunicación

La primera comunicación escrita que las instituciones envíen a sus afiliados con la finalidad de llevar a cabo cobros extrajudiciales de cotizaciones de salud impagas, deberá señalar expresamente que se trata de una cobranza extrajudicial e incluir, al menos, la siguiente información:

- a) Todos los antecedentes que permitan a los afiliados verificar, por sí mismos, el origen, período y monto de la deuda que se cobra, precisándose el mes en el cual se originó la obligación, el monto pactado, el monto enterado y las diferencias generadas;
- b) Los montos máximos que, por concepto de gastos de cobranza extrajudicial se encuentran autorizadas a cobrar en virtud de la Ley N° 19.496.

1.3. Prohibiciones

En las actuaciones de cobranza extrajudicial estará estrictamente prohibido:

- a) El envío al cotizante de documentos que aparenten ser escritos judiciales;
- b) Comunicaciones a terceros ajenos a la obligación en las que se dé cuenta de la morosidad;
- c) Visitas o llamadas telefónicas a la morada del deudor durante días y horas que no sean los que declara hábiles el artículo 59 del Código de Procedimiento Civil y
- d) Hacer referencia en las comunicaciones, directa o indirectamente, de la eventual aplicación del procedimiento de cobro previsto en la Ley 17.322; de los efectos o consecuencias que pudiera acarrear el eventual ejercicio de acciones judiciales, civiles o penales, en contra de los afiliados ni de la posible incorporación de sus antecedentes a una empresa administradora de datos -DICOM o Boletín de Informaciones Comerciales- sin advertir previa y expresamente los requisitos y limitaciones legales a las que está sujeta la interposición de dichas acciones o la incorporación a esos registros.
- e) En general, realizar conductas que afecten la privacidad del hogar, la convivencia normal de sus miembros ni la situación laboral del deudor.

1.4. Cobro de cotizaciones prescritas

Si la cobranza comprende deudas de cotizaciones generadas en períodos que exceden el plazo de prescripción general establecido en el artículo 2.515 del Código Civil, en la primera comunicación al deudor deberá, además, informarse de esa circunstancia al cotizante, indicándole el monto exacto de la deuda generada durante dicho lapso y el derecho que le asiste, en caso que se le requiera judicialmente el pago de la misma, de solicitar se declare judicialmente la extinción de su obligación por prescripción.

2. Normas aplicables a los cotizantes que detentan la calidad de trabajadores dependientes o pensionados

2.1. Obligación de notificación al empleador o ente pagador de la pensión del monto a descontar

En conformidad a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud sobre procedimientos de suscripción, adecuación, modificación y terminación de contratos, es obligación de la isapre notificar la suscripción y toda modificación de precio al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, según corresponda.

2.2. Incumplimiento de la obligación de notificación al empleador o ente pagador de la pensión

En el evento que la isapre no hubiese dado cumplimiento a la obligación referida en el párrafo anterior, no tendrá acción de cobro en contra del cotizante ni en contra del empleador.

La isapre que retarde el cumplimiento de la obligación referida, sólo podrá exigir el pago a contar de la fecha en que haya notificado debidamente el monto total a descontar y enterar para el período informado.

Todo lo anterior debe entenderse sin perjuicio de lo instruido sobre la notificación del F.U.N. a los pensionados del Instituto de Normalización Previsional,⁵⁸ de Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744 y a las Compañías de Seguros y de las AFP.⁵⁹

2.3. Obligación de comunicar al cotizante el no pago de la cotización por parte del empleador o ente pagador de la pensión

La circunstancia de no haberse enterado por el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, en su caso, el monto total de la cotización pactada, deberá ser informada al cotizante, mediante la remisión a su domicilio de una carta por correo certificado o en forma alternativa por correo electrónico⁶⁰.

El plazo para enviar la comunicación se extenderá hasta el último día del tercer mes siguiente a aquél en que no se pagó la cotización.

La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar el envío de la mencionada comunicación, para lo cual deberá disponer de una nómina de correos que se identifique con el título "Aviso deuda de cotizaciones", debidamente timbrada en cada una de sus páginas.

2.4. Contenido de la comunicación al cotizante

En la comunicación que se remita al cotizante con el objeto de cumplir con la obligación instruida en el punto precedente, se deberá consignar la siguiente información:

a) La circunstancia que el empleador o entidad encargada del pago de la pensión fue debidamente notificado del monto total a descontar y enterar para el período informado, en conformidad a las instrucciones de la Superintendencia sobre procedimientos de suscripción, adecuación, modificación y terminación de contratos.⁶¹ Para dichos efectos, se deberá hacer referencia al FUN respectivo y explicitar el monto de la deuda, mes en el cual se originó la obligación, precisando, el monto pactado, el monto enterado y las diferencias generadas;

b) La aclaración que el incumplimiento del empleador o entidad encargada del pago de la pensión de su obligación de declarar y pagar la cotización pactada y notificada habilitará al trabajador para ejercer las acciones previstas en el artículo 4° de la Ley N° 17.322, reclamando el ejercicio de las acciones de cobro de las cotizaciones por parte de la isapre, sin perjuicio de las demás acciones legales que correspondan.

c) La indicación de que si el incumplimiento de pago informado deriva de una situación de cesantía que no ha sido debidamente informada a la isapre, el cotizante deberá concurrir a la Institución a regularizar su situación contractual, siendo de su responsabilidad el pago de las cotizaciones devengadas con posterioridad al término de su relación laboral.

2.5. Efectos de la omisión de la comunicación al cotizante

En el evento que la isapre omita la carta que comunica al cotizante el no pago de cotizaciones por parte de su empleador o ente pagador de la pensión, deberá inhibirse del cobro de reajustes, intereses y gastos de

⁵⁸ Artículo 54 de la Ley N° 20.255, publicada en el Diario Oficial de 17.3.2008.

⁵⁹ Estas instrucciones se contienen en el Título IV del Capítulo III de este Compendio.

⁶⁰ Circular IF N° 178, del 25.10.12.

⁶¹ Instrucciones contenidas en el Capítulo I de este Compendio.

cobranza que se pudieran originar en virtud de la deuda y su recuperación, cuando éstos sean de cargo del cotizante.

3. Normas aplicables a los cotizantes que detentan la calidad de trabajadores independientes o cotizantes voluntarios

3.1. Situación del trabajador independiente o cotizante voluntario⁶²

El no pago de las cotizaciones pactadas por los afiliados que detentan la calidad de trabajadores independientes o cotizantes voluntarios, deberá ser formalmente representado a los deudores, mediante la remisión a su domicilio de una carta por correo certificado, la que deberá enviarse hasta el último día del tercer mes siguiente a aquél en que no se pagó la cotización. Adicionalmente a dicho envío, la Isapre podrá remitir la citada comunicación en forma complementaria a través de correo electrónico.

En la referida carta la isapre deberá indicar las posibles consecuencias del no pago de la deuda y fijar una fecha cierta hasta la cual el deudor debe solucionar su situación de morosidad. El plazo que se otorgue no podrá ser inferior a treinta días, contado desde la fecha en que la carta sea entregada por el servicio de correos al domicilio registrado por el afiliado en la isapre, resultando así posible verificar que éste contó con ese plazo para cumplir la referida obligación⁶³.

La nómina de correo que acredite el envío de la mencionada comunicación, deberá identificarse con el título "Aviso deuda de cotizaciones trabajadores independientes o cotizantes voluntarios" y deberá encontrarse debidamente timbrada en cada una de sus páginas.

3.2. Efectos de la falta de notificación

En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, con el contenido indicado en el párrafo 2° del 3.1, precedente, impedirá a la Institución de Salud Previsional poner término al contrato por no pago de la cotización ni cobrar intereses, reajustes y multas, por el periodo correspondiente.

4. Cotizantes en situación de cesantía

Si durante la vigencia del contrato de salud, sobreviene una situación de cesantía del cotizante, se observarán las siguientes instrucciones:

- a) El cotizante deberá informar la situación de cesantía a la isapre dentro del plazo que se hubiere convenido en el respectivo contrato, pudiendo solicitar a la isapre la modificación de su plan de salud, destinar los excedentes de cotización para cubrir las cotizaciones, salvo que dicho efecto se hubiere pactado previamente en el contrato, o bien desafiliarse.
- b) Para ejercer cualquiera de estos derechos, la situación de cesantía deberá ser acreditada ante la Institución, para lo cual bastará la presentación de cualquier instrumento auténtico que pruebe dicho carácter, como por ejemplo, el finiquito laboral, una carta de despido, renuncia que conste por escrito y notificada al empleador.
- c) La situación de cesantía informada por el afiliado, en la forma y plazos convenidos, deberá ser registrada y formalizada por la isapre, a través de la suscripción de un FUN tipo 4 o de la correspondiente carta de desafiliación, según cuál sea la opción del cotizante.

De incumplirse esta instrucción, no se generará para el cotizante obligación de pago de las cotizaciones devengadas con posterioridad a la fecha en que se materializó el aviso correspondiente, a menos que haya hecho uso de los beneficios pactados.

⁶² Circular IF N° 178, 25.10.12.

⁶³ Circular IF N°204, 04.12.2013

Cuando la situación de cesantía sea comunicada personalmente por el cotizante en la respectiva Institución de Salud, ésta deberá adoptar las medidas tendientes a informarle, en ese mismo acto, que esa sola condición no constituye una causal de término del contrato de salud, por lo que de no mediar una modificación del plan vigente o la desafiliación de la Institución, el contrato de salud se mantendrá inalterado en las mismas condiciones pactadas originalmente, quedando el cotizante obligado al pago de las cotizaciones de salud y la isapre a financiar las prestaciones de salud que éste y sus beneficiarios requieran.

5. Eliminado⁶⁴

⁶⁴ Eliminado por Circular IF N° 152, del 30 de junio de 2011.

Título V: Regularización de cotizaciones mal enteradas⁶⁵

I. Definiciones

Para efecto de las presentes instrucciones, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se señala:

- 1) **Cotizaciones mal enteradas o CME:** Son aquellos montos que, correspondiendo a la cotización legal de salud, cotización adicional voluntaria y/o aporte adicional del empleador, son percibidos por el FONASA o una isapre determinada, en circunstancias que su destino era otra aseguradora.

Las cotizaciones mal enteradas representan una obligación de la isapre o del Fondo Nacional de Salud frente a los cotizantes del sistema de salud previsual y/o frente a los responsables del pago de la cotización.

- 2) **Aseguradora de origen:** es aquella entidad - isapre o FONASA - que recibe las cotizaciones mal enteradas y sobre la cual pesa la responsabilidad de su oportuno y correcto traspaso.
- 3) **Aseguradora de destino:** es aquella entidad - isapre o FONASA - que debe percibir efectivamente las cotizaciones mal enteradas. Esta aseguradora tiene la responsabilidad de confirmar la información de las cotizaciones que son consultadas por la aseguradora de origen, de acuerdo al proceso de regularización contemplado en el numerando III siguiente.

II. Origen de las cotizaciones mal enteradas

Los valores percibidos por una aseguradora en calidad de CME pueden provenir de cotizantes que nunca han estado afiliados en esa aseguradora, de aquéllos que habiendo estado afiliados a una isapre han dejado de pertenecer a ella, o de los que, habiendo suscrito un contrato de salud, aún no les es exigible la obligación de pago de la cotización. Cualquiera sea el caso, dichos valores deberán ser traspasados a la entidad que corresponda, según lo dispuesto en el numerando III siguiente.

III. Proceso de regularización masiva de CME

A. Devolución masiva de CME en isapres

La regularización de los saldos que se originen por cotizaciones mal enteradas en los procesos de recaudación mensual de las isapres, constará de las siguientes etapas:

1) Etapa de Confirmación

- a) La isapre de origen enviará, hasta el último día hábil del mes siguiente al de su recaudación mensual, al resto de las isapres registradas en esta Superintendencia, una comunicación escrita por medio electrónico y un archivo, según los Anexos N° 2 y N° 3, respectivamente, con el inventario de las CME recibidas durante el mes anterior, a fin de que cada isapre de destino identifique si dichos montos corresponden a afiliados y beneficiarios cotizantes vigentes en el período consultado.
- b) Las isapres de destino deberán dar respuesta al requerimiento citado precedentemente, hasta el día 15 del mes siguiente de recibida la información de la isapre de origen, mediante comunicación escrita -según el

⁶⁵ Circular IF/N° 164, del 3 de enero de 2012, que "Imparte instrucciones sobre la regularización de cotizaciones mal enteradas"

Anexo N° 4- informando si la persona se encontraba vigente en su isapre como titular o beneficiario cotizante, en el período consultado, según el archivo del Anexo N° 3, llenando los campos pertinentes para acreditar su propiedad.

En el evento que la isapre de destino no tenga ningún afiliado por confirmar bastará que le informe a la isapre de origen dicha situación, a través de un correo electrónico, en el mismo plazo indicado precedentemente.

2) Etapa de Traspaso

- a) Una vez recibida la totalidad de las respuestas incluidas en la comunicación mensual, la isapre de origen deberá efectuar los traspasos de las CME, hasta el último día hábil del mes en que se reciba la confirmación de la isapre de destino, a las isapres que hayan informado que las personas consultadas eran afiliados vigentes en el período indicado. Para estos efectos, la isapre de origen deberá utilizar el archivo y la comunicación escrita, detallados en los Anexos N° 3 y N° 5, respectivamente.

Las isapres deben adoptar todas las medidas tendientes a identificar correctamente la isapre destinataria de dichos fondos, agotando todas las gestiones para la debida regularización de las CME, pudiendo valerse, a lo menos, de los siguientes medios: a través del mecanismo de confirmación de que trata el número 1) de este numerando III y mediante otros procedimientos y tecnologías de consulta e intercambio de información que se puedan desarrollar y estén disponibles, que aseguren la debida confidencialidad de datos y la oportunidad de las confirmaciones.

- b) Las cotizaciones mal enteradas de las personas que no fueron confirmadas como afiliadas en alguna de las isapres consultadas y que correspondan a la cotización legal para salud, deberán ser traspasadas por la isapre de origen, en forma íntegra al FONASA, según el archivo y la comunicación escrita definidos en los Anexos N° 3 y N° 5, respectivamente.

Lo anterior, por cuanto, habiéndose puesto término a un contrato de salud previsional, ya sea por decisión del cotizante, de la isapre o por mutuo acuerdo de las partes, sin haberse suscrito un nuevo contrato con otra isapre, la cotización legal de salud correspondiente a dicho cotizante debió enterarse en el Fondo Nacional de Salud.

Todas aquellas CME que no fueron confirmadas por la isapre de destino deberán traspasarse al FONASA hasta el último día hábil del mes en que vence el plazo para recibir la confirmación de las Instituciones.

En cuanto a las cotizaciones adicionales voluntarias y aportes del empleador, su devolución se sujetará a lo establecido en el punto 4 de esta letra A.

- c) Corresponde a la isapre de destino el derecho a cobrar los intereses y reajustes, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 186 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Para el efecto descrito, dicha institución podrá, en caso que así lo determine, cobrar directamente a la entidad encargada del pago de la cotización correspondiente al afiliado involucrado, los intereses y reajustes que correspondan, según la tabla que emite mensualmente esta Superintendencia.

3) Etapa de notificación al afiliado y entidad encargada del pago de la cotización

- a) Comunicación a efectuar por la isapre de Origen

La isapre de origen deberá enviar a la entidad encargada del pago de la cotización, por correo certificado, correo privado o correo electrónico, una carta explicativa comunicándole la circunstancia de haberse

enterado erróneamente la cotización de salud correspondiente a uno o más de sus trabajadores y pensionados, y la aseguradora a la cual fueron traspasadas, según el formato contenido en el Anexo N° 7.

El plazo que tiene la isapre para comunicar dicha situación es hasta el último día hábil del mes subsiguiente al de la recaudación.

La isapre de origen deberá comunicar dicha eventualidad una sola vez a aquella entidad encargada del pago de la cotización que entere CME durante dos o más meses seguidos, dentro de un año calendario.

Con todo, por un período de seis meses, deberá poner a disposición de las entidades encargadas del pago de la cotización y cotizantes, a través de su página web, una consulta sobre las CME que han sido traspasadas durante los últimos seis meses, conforme las precisiones que se indican en el numerando V "Disposiciones Varias".

b) **Comunicación a efectuar por la isapre de Destino**

La isapre de destino, durante los 10 días hábiles posteriores a la fecha de recibido el traspaso de sus cotizaciones desde la aseguradora de origen, deberá comunicar dicha situación a sus afiliados vigentes, a través de un envío simple o certificado por medio de Correos de Chile o correo privado o correo electrónico, utilizando el formato de la comunicación establecida en el Anexo N° 7, que deberá adaptar a esta situación.

Con todo, por un período de seis meses, deberá poner a disposición de las entidades encargadas del pago de la cotización y cotizantes, a través de su página web, una consulta sobre las CME que han sido recibidas durante los últimos seis meses, conforme las precisiones que se indican en Disposiciones Varias.

4) Devolución de Cotizaciones Adicionales Voluntarias y Aportes Adicionales correspondientes a personas afiliadas en FONASA

Las isapres deberán efectuar, por lo menos una vez al año, devoluciones de los montos adeudados por concepto de cotizaciones de salud mal enteradas correspondientes a la cotización adicional voluntaria de personas afiliadas al FONASA y/o los aportes adicionales de sus empleadores que excedían la cotización mínima legal traspasada al FONASA, según las siguientes reglas:

- a) Los valores enterados en la isapre por este concepto, deberán ser devueltos por éstas a las personas involucradas antes del 30 de abril de cada año, respectos de los montos acumulados al 31 de diciembre del año anterior.
- b) Para hacer efectiva la devolución de los montos adeudados por concepto de cotizaciones de salud mal enteradas correspondientes a la cotización adicional voluntaria y/o a los aportes adicionales de sus empleadores, la isapre de origen deberá extender un cheque nominativo a nombre del cotizante o el empleador, según corresponda, y remitirlo por correo certificado, o poner a disposición de éste un vale vista para ser cobrado en cualquier sucursal del Banco que lo emitió, indicándole el plazo para retirar y cobrar el documento, o efectuar un depósito o transferencia electrónica en una cuenta corriente, en una cuenta vista bancaria o en una cuenta de ahorro, cuyo titular sea la persona cotizante o el empleador, según corresponda.
- c) La modalidad de pago que la institución adopte en cada situación, deberá ser comunicada al interesado mediante una carta que indique los motivos y el detalle de la devolución.
- d) En el evento que la isapre no cuente con el domicilio de la persona cotizante, deberá comunicar al empleador sobre la situación y, además, informar a través de su página web, por un período de seis meses, acerca de esta devolución masiva, señalando los RUN de cada uno de las personas a quienes

adeuda y los mecanismos para hacer efectivo su cobro, ajustándose al plazo dispuesto en la letra a) precedente.

- e) No obstante lo anterior, las isapres podrán efectuar voluntariamente devoluciones masivas extraordinarias para regularizar los saldos pendientes a otras fechas, debiendo comunicar esta devolución hasta el último día hábil del mes en que ésta se efectúa.

El proceso de regularización de cotizaciones mal enteradas en isapres se grafica en el Anexo N° 1.

B. Devolución masiva de CME en FONASA

El FONASA, de acuerdo a la información que se encuentre disponible en sus sistemas de información, remitirá a las isapres, a lo menos cada seis meses, un inventario con las cotizaciones mal enteradas que fueron identificadas en cada ejercicio, acompañando una comunicación y un archivo conforme a las definiciones de los Anexos N° 2 y N° 3.

Las isapres dispondrán de los mismos plazos descritos en la letra A precedente para confirmar la titularidad sobre las cotizaciones consultadas y deberá contar con los respaldos digitales que justifiquen su pretensión, adjuntando el archivo y la carta definidos en los Anexos N° 3 y N° 4, respectivamente.

El FONASA por su parte, una vez recibidas las respuestas incluidas en la consulta semestral, cuyo envío es obligatorio para la totalidad de las isapres, deberá efectuar los traspasos de las CME, hasta el último día hábil del mes en que se recibió la confirmación de la isapre utilizando el archivo y la comunicación escrita, detallados en los Anexos N° 3 y N° 5, respectivamente.

Para estos efectos los procesos correspondientes a cada semestre considerarán los siguientes plazos:

Semestre Año XX0	Fecha Consulta Año XX0	Fecha Traspaso
Enero- Junio	30 de septiembre	31 de octubre XX0
Julio - Diciembre	31 de marzo	30 de abril XX1

IV. Proceso de regularización de CME por solicitud directa

- 1) La aseguradora de destino podrá solicitar a la aseguradora de origen, mediante comunicación escrita señalada en el Anexo N° 6, el traspaso de CME, ya sea a petición del responsable del pago de la cotización y/o el afiliado o por antecedentes que disponga la propia aseguradora.

Si la aseguradora de origen detecta que hay montos pendientes de cobro que no fueron detallados en la solicitud, deberá informarlos e incluirlos en la devolución correspondiente, previa confirmación de la aseguradora de destino.

El plazo máximo para el reintegro de las CME será hasta el día 15 del mes subsiguiente de recibida la respectiva solicitud en la aseguradora de origen.

- 2) Las solicitudes de devolución de CME que efectúen las isapres al FONASA, deben acompañarse de un archivo computacional con firma electrónica avanzada, de acuerdo al formato definido en el Anexo N° 3 (el mismo usado para la confirmación pero indicando el FUN vigente durante el periodo correspondiente a la cotización).

Tratándose de cotizaciones que no han sido reportadas al FONASA por la institución recaudadora, esto es, aquellas cotizaciones que fueron pagadas dentro de los tres meses anteriores a la fecha de la solicitud, las

isapres deberán enviar el archivo descrito en el Anexo N°3, informando además el campo “Número de Serie”, “RUT entidad recaudadora” y “DV entidad recaudadora”.

Una vez recibida la confirmación y cargada la recaudación en la cuenta corriente de FONASA, se procederá al traspaso de las CME. Si la entidad recaudadora responde y traspasa las cotizaciones dentro de los primeros 15 días de un mes, FONASA devolverá dentro de los 15 días siguientes del mismo mes. Si la entidad recaudadora responde los últimos 15 días de un mes, FONASA devolverá dentro de los 15 primeros días del mes siguiente.

- 3) Respecto de las solicitudes que efectúa el FONASA, la isapre de origen deberá traspasar a dicho Fondo los valores correspondientes a la cotización legal obligatoria equivalente al 7% de la remuneración o renta imponible o pensión del cotizante.

Las cotizaciones adicionales voluntarias y aportes adicionales deberán ser devueltos por la isapre al afiliado o a la entidad encargada del pago de la cotización, según corresponda, en la oportunidad establecida en el numerando III, A. punto 4, anteriormente señalado.

V. Disposiciones varias

1) Formalidades del traspaso

El traspaso de las CME podrá efectuarse mediante transferencia electrónica de fondos o a través de un cheque nominativo y cruzado a nombre de la aseguradora de destino.

2) Plazos

Para todos los efectos previstos en esta normativa, los plazos son de días hábiles, considerándose inhábil el día sábado, domingo y festivos. Si un plazo recayese en un día inhábil, éste vencerá el día hábil siguiente.

3) Archivos

Para efectos de facilitar las fiscalizaciones que eventualmente se practiquen sobre esta materia, las aseguradoras deberán mantener a disposición de la Superintendencia de Salud, la información que dé cuenta de los traspasos de fondos efectuados por las aseguradoras de origen y las confirmaciones de las aseguradoras de destino en cada ejercicio y los respaldos de correo y/o de comunicaciones electrónicas.

Por su parte, las aseguradoras deberán conservar copia de la documentación que permita acreditar el cumplimiento de las notificaciones efectuadas a las entidades encargadas del pago de la cotización y personas cotizantes.

4) Medios de transmisión de la información

Las aseguradoras deben usar medios de transmisión electrónica para remitir archivos digitales con todos los elementos de seguridad que sean necesarios para garantizar la recepción oportuna e íntegra de la información. Por su parte, deberán confirmar y resolver las diferencias detectadas, directamente con los responsables y encargados de cada etapa en el proceso, en las respectivas entidades.

Para dar cumplimiento a las formalidades que trata esta norma, las aseguradoras deberán generar los elementos necesarios que permitan la verificación del traspaso de la información con la finalidad de evitar el repudio y/o el desconocimiento de las transacciones electrónicas realizadas.

En este sentido las aseguradoras serán recíprocamente responsables de definir las unidades y personal encargado para gestionar el envío y recepción de la información, así como también los medios por los cuales se tomará contacto utilizando, a modo de ejemplo, el portal web institucional de cada entidad, lo que deberá ser formalmente comunicado entre ellas previo al inicio de cada proceso, previniendo cualquier aspecto que pueda afectar la oportunidad e integridad de las operaciones.

En caso de habilitar para tal efecto sus portales web institucionales, se deberán considerar las opciones que permitan dar cuenta de los archivos remitidos y las comunicaciones contenidas en los Anexos N° s 2, 3, 4, 5 y 6, permitiendo también el acceso en caso de procesos de fiscalización.

5) Registro contable en las isapres

Desde el momento que la institución constata que ha recibido cotizaciones que no le pertenecen, deberá registrar dichos montos en una cuenta de pasivos, específicamente, en la subcuenta “Cotizaciones Mal Enteradas” de la F.E.F.I.

6) Controles del Proceso

En el evento que sea disputada la propiedad de las cotizaciones por más de una entidad, ya sea en el proceso de devolución masiva o por solicitud directa, dicha propiedad será resuelta por las propias aseguradoras, de acuerdo a los antecedentes contractuales ajustados a la normativa vigente.

7) Información en Portal Web Institucional

Para efectos de lo dispuesto en el numerando III, A, puntos 3 y 4 de las presentes instrucciones, las isapres deberán publicar en sus páginas web, en un lugar destacado y de fácil acceso -según formato que se describe en Anexo N° 8- la siguiente información:

- a. Los afiliados, empleadores y entidades pagadoras de pensiones por los cuales se registren CME traspasadas a otras aseguradoras.
- b. Los afiliados y entidades encargadas del pago de la cotización para los cuales hay devolución de cotizaciones adicionales voluntarias y/o aportes adicionales.
- c. Los afiliados, empleadores y entidades pagadoras de pensiones por los cuales se hayan recibido CME desde otras aseguradoras.

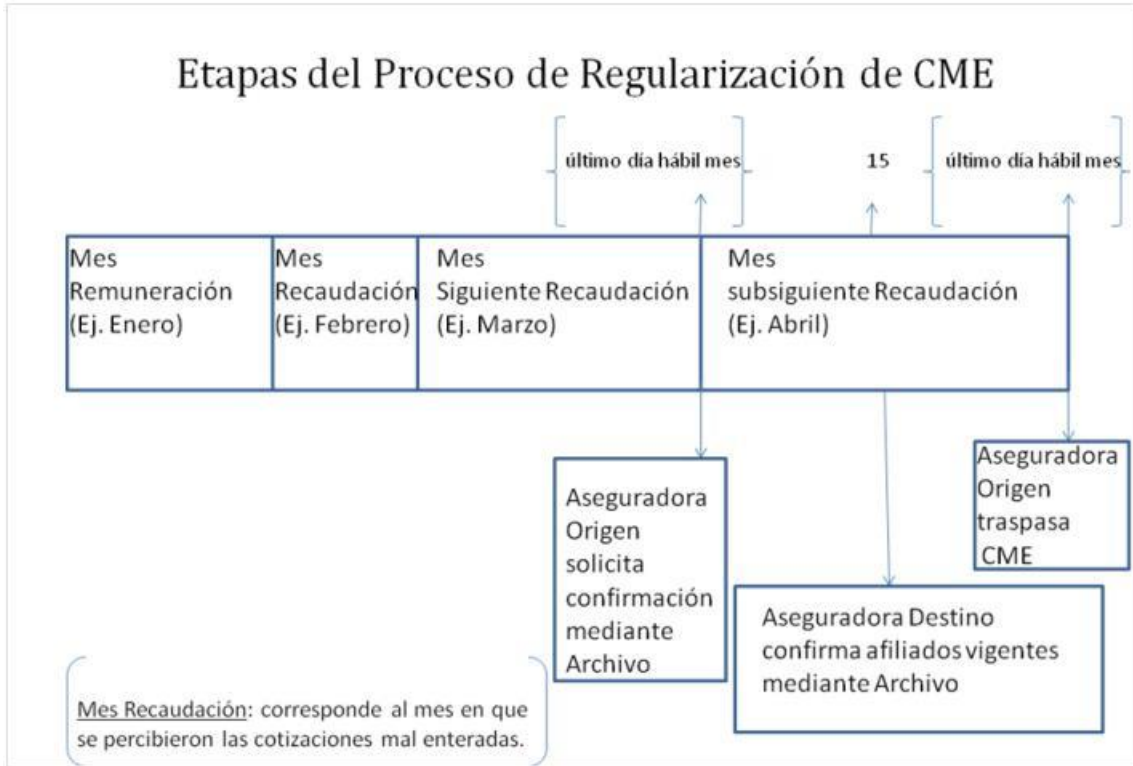
Para formular una consulta bastará que el usuario ingrese su RUN o RUT, según corresponda -sin necesidad de clave alguna- y el detalle de la información que se desplegará será, a lo menos, el tipo de cotización, período de remuneración, estado en que se encuentran las cotizaciones, nombre aseguradora de destino u origen.

Esta información deberá ser publicada durante los 10 días hábiles posteriores a la fecha de las CME traspasadas y las CME recibidas y mantenerse publicada por al menos 6 meses.

VI. Información de las devoluciones masivas y directas

Las isapres deberán informar semestralmente a esta Superintendencia los traspasos y devoluciones masivas y por solicitud directa definidas precedentemente, según los formatos indicados en el Anexo N° 9.”

Anexo N° 1



Anexo N° 2

Carta solicitud verificación de Afiliados

Formato de comunicación enviada por Aseguradora de Origen para verificar si una persona era afiliado de la Aseguradora de Destino en el período indicado

Señores

Según normativa de la Superintendencia de Salud, a través de la que se instruye consultar y confirmar con las distintas aseguradoras, el destino de las cotizaciones mal enteradas existentes en nuestra isapre, solicitamos a esa Institución verifique e informe si los cotizantes señalados en archivo adjunto se encuentran vigentes como titular o beneficiario cotizante para el período de remuneración indicado.

Si se requiere información adicional, agradeceremos contactarse con nuestra Unidad de Sr(a)....., correo electrónico@aseguradora.cl

REPRESENTANTE ASEGURADORA ORIGEN

Anexo N° 3

Conjuntamente con las cartas señaladas en los Anexos N° s 2, 4, 5 y 6, cada aseguradora de origen y destino, según corresponda y el FONASA, remitirán un archivo con el detalle de las consultas, confirmaciones y traspasos en un formato único, completando los datos que correspondan a su calidad, según el siguiente detalle:

FORMATO PARA CONSULTA, CONFIRMACIÓN Y TRASPASO DE COTIZACIONES MAL ENTERADAS

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
02	DV de la Persona Cotizante	Alfanumérico
03	Número Planilla de Cotización	Numérico
04	RUT Entidad encargada del pago de la cotización	Numérico
05	DV Entidad encargada del pago de la cotización	Alfanumérico
06	Nombre o Razón Social de la Entidad encargada del pago de la cotización	Alfanumérico
07	Remuneración Imponible	Numérico
08	Cotización Legal Obligatoria	Numérico
09	Cotización Adicional Voluntaria	Numérico
10	Cotización total Pagada	Numérico
11	Mes de Remuneración	Numérico
12	RUT Institución recaudadora	Numérico
13	DV Institución recaudadora	Alfanumérico
14	RUT Aseguradora de Destino	Numérico
15	DV Aseguradora Destino	Alfanumérico
16	Código Aseguradora Destino	Numérico
17	Folio FUN	Numérico
18	Código Aseguradora Origen	Numérico
19	Motivo del No Traspaso	Alfanumérico

- A) Para realizar la consulta desde la aseguradora de origen a la de destino, deben llenarse los campos (01) RUN de la Persona Cotizante, (02) DV de la Persona Cotizante y (11) Mes de Remuneración.
- B) Para la confirmación, la aseguradora de destino debe llenar los campos (14) RUT Aseguradora de Destino, (15) DV Aseguradora Destino, (16) Código Aseguradora Destino y (17) Folio FUN.

Las respuestas de las confirmaciones deben contener la totalidad de los registros de los archivos originales.

- C) Los traspasos hacia las isapres de destino deben contener la totalidad de los registros faltantes.

Definiciones.

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	RUN de la Persona Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante y que corresponde al informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.
02	DV de la Persona Cotizante	Corresponde al dígito verificador del RUN de la persona cotizante que corresponde al informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.
03	Número Planilla de Cotización	Corresponde al número de serie de la planilla de pago de cotizaciones.
04	RUT Entidad encargada del pago de la cotización	Corresponde al Rol Único Tributario de la Entidad encargada del pago de la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de los afiliados independientes y voluntarios, se debe repetir el RUN del afiliado.
05	DV Entidad encargada del pago de la cotización	Corresponde al Dígito verificador de Rol Único Tributario del Empleador o Entidad encargada del pago de la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de los afiliados independientes y voluntarios, se debe repetir el DV del RUN del afiliado.
06	Nombre o Razón Social Entidad encargada del pago de la cotización	Corresponde al nombre o razón social de la Entidad encargada del pago de la cotización que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.
07	Remuneración Imponible	Indica el monto en pesos de la remuneración, pensión o renta en el período que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse el campo de la Planilla correspondiente.
08	Cotización Obligatoria Legal	Corresponde al monto en pesos de la cotización legal obligatoria que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse al campo de la planilla correspondiente.

09	Cotización Adicional Voluntaria	Corresponde al monto por concepto de cotización adicional voluntaria que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse el campo de la planilla correspondiente.
10	Cotización total Pagada	Corresponde al monto total en pesos pagado, que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica, de acuerdo a cada persona cotizante, por entidad empleadora o encargada de la pensión, o bien, cotizante independiente o voluntario.
11	Mes de Remuneración	Corresponde al mes y año (mm/aaaa) en que se devengó la cotización, esto es el mes de la remuneración sobre la que se calculó y descontó la cotización de salud de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.
12	RUT Institución recaudadora	Corresponde al Rol Único Tributario de la entidad encargada de recaudar las cotizaciones.
13	DV Institución recaudadora	Corresponde al dígito verificador del Rol Único Tributario de la entidad encargada de recaudar las cotizaciones.
14	RUT Aseguradora de Destino	Corresponde al Rol Único Tributario de la isapre que recibe el Archivo y confirma si la persona es afiliada vigente en el período consultado.
15	DV Aseguradora de Destino	Corresponde al Dígito verificador de Rol Único Tributario de la Aseguradora de Destino.
16	Código Aseguradora Destino	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.
17	Folio FUN	Corresponde al número de folio indicado en el anverso del Formulario Único de Notificación de la persona afiliada en la Aseguradora de Destino vigente en el período consultado.
18	Código Aseguradora Origen	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.
19	Motivo del No Traspaso	Corresponde indicar la causa por la que no se traspasarán las CME

Características generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	-El archivo deberá indicar el nombre que corresponda a la acción que se está ejecutando, esto es, "Archivo de Consulta de CME", "Archivo de Confirmación de CME", "Archivo de Traspaso de CME".
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> - Archivo TXT - Un registro por línea - Separador de campo carácter pipe ()
Información contenida en el Archivo	<p>-Detalle de la información en proceso de consulta, confirmación y traspaso de cotizaciones mal enteradas.</p> <p>-La Aseguradora de Origen deberá completar los campos requeridos N° (12) "RUT Institución recaudadora" y N° (13) "DV Institución recaudadora", en la medida que disponga de dicha información.</p> <p>-Los datos que se consignen en los respectivos Archivos deberán corresponder a los contenidos en las respectivas planillas de cotizaciones, salvo el campo Folio FUN y Código Aseguradora respectiva.</p>
Periodicidad de envío del Archivo	-Mensual

Anexo N° 4

Carta confirmación de Afiliados

Formato de comunicación de respuesta de Aseguradora de Destino para confirmar que una persona era titular o beneficiario cotizante en el período indicado

A raíz del proceso mensual de regularización de cotizaciones mal enteradas, se confirma que las personas cotizantes identificadas, se encontraban vigentes en los períodos informados según el archivo adjunto.

Para efectos de realizar los traspasos, los datos correspondientes a la isapre son los siguientes:

Razón Social isapre :
RUT isapre :
N° Cuenta Corriente :
Banco :
Monto confirmado :

Si se requiere información adicional, agradeceremos contactarse con nuestra Unidad de Sr(a)....., correo electrónico@aseguradora.cl

REPRESENTANTE ASEGURADORA DE DESTINO

Anexo N° 5

Carta de Traspaso de CME

Formato de comunicación para devolución de cotizaciones mal enteradas:

Las cartas que sean remitidas a la aseguradora de destino, junto al respectivo traspaso de cotizaciones mal enteradas, deberán estipular el siguiente texto:

A raíz del proceso mensual de regularización de cotizaciones mal enteradas, traspasamos a (Nombre aseguradora), R.U.T....., mediante (medio de traspaso)..... los montos que hemos percibido por concepto de cotizaciones mal enteradas de cotizantes de esa aseguradora en el período indicado según el archivo adjunto.

*Sólo en caso de transferencia electrónica o depósito en cuenta corriente:

Los montos traspasados se depositaron en su cuenta corriente con el cheque N°...del Banco..., según el siguiente detalle:

Razón Social isapre :
RUT isapre :
N° Cuenta Corriente :
Banco :
Monto :
Fecha :

Los montos traspasados se transfirieron electrónicamente a su cuenta corriente según el siguiente detalle:

Razón Social isapre :
RUT isapre :
N° Cuenta Corriente :
Banco :
Monto :
Fecha :

Si se requiere información adicional, agradeceremos contactarse con nuestra Unidad de Sr(a)....., correo electrónico@aseguradora.cl

REPRESENTANTE ASEGURADORA DE ORIGEN

Anexo N° 6

Carta de solicitud directa de CME

Formato de comunicación para solicitud de cotizaciones mal enteradas:

Las cartas que sean remitidas a la aseguradora solicitando la devolución de CME, deberán contener el siguiente texto:

Solicitamos a (aseguradora)....., la devolución de las cotizaciones mal enteradas, correspondientes a personas cotizantes en (nombre aseguradora solicitante).....en el período indicado de acuerdo al archivo adjunto.

En caso de efectuarse la devolución mediante transferencia electrónica la cuenta corriente dispuesta para tal efecto corresponde al siguiente detalle:

Razón Social isapre :
RUT isapre :
N° Cuenta Corriente :
Banco :

Si se requiere información adicional, agradeceremos contactarse con nuestra Unidad de Sr(a)....., correo electrónico@aseguradora.cl

REPRESENTANTE ASEGURADORA

Anexo N° 7

Carta a la entidad encargada del pago de la cotización

Formato de carta de isapre de Origen a entidad encargada del pago de la cotización: Las cartas que sean remitidas a los empleadores y/o entidades encargadas del pago de la pensión, informándoles la circunstancia de haber enterado erróneamente las cotizaciones de salud correspondiente a uno o más de sus trabajadores y/o pensionados, deberá ajustarse al siguiente texto:

Por instrucciones de la Superintendencia de Salud, comunico a usted que (nombre aseguradora).....R.U.T....., ha recibido cotizaciones enteradas erróneamente por Ud., las que fueron traspasadas directamente a las aseguradoras que se detallan, y que corresponden a las siguientes personas:

En relación a las personas que se encontraban afiliados al Fondo Nacional de Salud y por los cuales enteró una cotización superior a la cotización obligatoria para salud, cabe señalar, que a dicho Organismo sólo fueron traspasados los montos correspondientes a la cotización obligatoria para salud y que el exceso de cotización enterada por usted se encuentra disponible en (indicar dirección a donde se debe dirigir el afiliado para solicitar la devolución de los excesos, sólo en caso que no se haya devuelto en forma masiva). No obstante lo anterior, cabe señalar que a lo menos una vez al año se procede a la devolución masiva de los aportes del empleador y de los adicionales voluntarios de la persona cotizante.

RUN trabaja dor	Nombre trabajador ¹	Período Cotización	Cotización enterada	Cotización traspasada	Aseguradora de destino de los fondos
XXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX

Lo anterior se comunica a usted para su conocimiento y correcciones respectivas.

REPRESENTANTE ISAPRE

¹ El nombre del trabajador se deberá completar cuando la Aseguradora de Origen disponga de ese dato.

Anexo N° 8

Cotizaciones de Salud Mal Enteradas

Señor(a) Beneficiario(a)/Empleador(a)/Entidad encargada del pago de la Pensión:

De acuerdo a instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud, informamos a Ud. el estado de las cotizaciones de salud mal enteradas que han sido traspasadas y/o recibidas a la fecha por la aseguradora:

I.- Ingreso General

Ingrese el R.U.T del Beneficiario/Empleador/Entidad encargada del pago de la Pensión

R.U.T. - (sin puntos)

[ACEPTAR] [BORRAR]

I.- Detalle Información

Tipo Cotización	RUT Entidad encargada pago cotización/ RUN Cotizante	Período Remuneración	Estado Cotización	Nombre Aseguradora
Cotización Mal Enterada			Traspasadas	Nombre aseguradora de Destino
Cotización Mal Enterada			Recibidas	Nombre aseguradora de Origen
Cotización Adicional Voluntaria			1.-Cobrado 2.-Pendiente cobro	
Aporte Empleador			1.-Cobrado 2.-Pendiente cobro	

En caso de cotizaciones de salud correspondientes al adicional voluntario o aporte de empleador y que se encuentran pendientes de cobro, se deberá: indicar sucursal y medio para revalidar los documentos correspondientes.

Anexo N° 9

INFORME SEMESTRAL

Cuadro primer semestre (a informar hasta el 15 de agosto de XXXX)

Mes traspaso CME	Monto \$ *	Aseguradora Destino *	Número de Personas *
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			

*Detallar por mes y aseguradora

Mes devolución Adicional Voluntario y Aporte Empleadores	Monto \$	Número de Personas
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		

Cuadro segundo semestre (a informar hasta el 15 de febrero de XXXX)

Mes traspaso CME	Monto \$ *	Aseguradora Destino *	Número de Personas *
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			

*Detallar por mes y aseguradora

Mes devolución Adicional Voluntario y Aporte Empleadores	Monto \$	Número de Personas
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		

Título VI: Eliminado⁶⁶

Título VII: Procedimientos especiales de notificación del FUN al ex INP (actual IPS), a Mutualidades de Empleadores, a las Compañías de Seguros y a las AFP

1. Notificación al ex INP, actual Instituto de Previsión Social, y a las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744.

En los casos de pensionados que suscriben un contrato con una isapre o modifican el ya existente, pueden producirse problemas en lo que respecta a la notificación del Formulario Único de Notificación (F.U.N.) por parte de la entidad pagadora de la pensión y en el consiguiente descuento y pago de la cotización de salud pactada por las partes.

Ello se produce por cuanto al suscribirse un contrato de salud o modificarse el existente durante cualquier día de un mes, la isapre, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 184 del DFL N° 1, tiene plazo para notificar al organismo pagador de la pensión hasta antes del día 10 del mes siguiente a dicha suscripción o modificación, época en la que las pensiones se encuentran procesadas computacionalmente y a veces comenzando su proceso de pago.

Por ende, al ser notificado el organismo pagador de pensión en la oportunidad señalada, se encuentra imposibilitado para efectuar el nuevo descuento para salud, debido a que ya ha efectuado la liquidación de la pensión del mes en la que se ha descontado el 7% para Fonasa o la cotización establecida en el contrato de salud que existía antes de la modificación, ya sea con la misma o con otra isapre.

Esta situación luego es reflejada en el proceso de declaración y pago de cotizaciones, enterándose una cotización diferente a la pactada y/o pagándose la cotización ante un organismo que no correspondía.

1.1. Recepción del formulario único de notificación

En razón de lo referido, las isapres deben notificar los FUN suscritos por pensionados del ex INP, actual IPS, o Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744, hasta antes del día 10 del mes siguiente a la suscripción del contrato o modificación.

Lo anterior supone que la isapre debe practicar la notificación del F.U.N. a la entidad pagadora de la pensión hasta el día 9 del mes siguiente a la suscripción del contrato o modificación, notificación que deberá ser personal.

Las entidades pagadoras de pensión señaladas en el párrafo anteprecedente recibirán la notificación del Formulario Único de Notificación (F.U.N.), devolviendo a la isapre la copia que le pertenece a aquélla, debidamente firmada, timbrada y fechada, en un mismo acto, conservando la que es para la institución pagadora de la pensión, efectuando luego todos los procedimientos internos necesarios.

Cabe señalar que las entidades pagadoras de pensión deben recibir la aludida notificación. Si ello no ocurre, la isapre deberá informar la situación a la Superintendencia de Seguridad Social, dentro de los tres días hábiles siguientes a la negativa de la entidad pagadora de la pensión, indicando la oficina o sucursal en que se intentó efectuar la notificación y las razones por las cuales no se pudo llevar a cabo y fecha en que ello ocurrió, remitiendo copia del o de los F.U.N.⁶⁷

1.2. Regularización del destinatario de la cotización de salud y/o el monto de la misma

Notificado el F.U.N. la entidad pagadora de la pensión deberá realizar las gestiones tendientes a regularizar el monto de la cotización de salud y/o el destinatario, lo que deberá efectuarse en el próximo proceso de liquidación de pensiones, de acuerdo con el procedimiento que se indica a continuación:

⁶⁶ Título VI eliminado a través de Circular IF/N° 164, del 3 de enero de 2012, que "Imparte instrucciones sobre la regularización de cotizaciones mal enteradas"

⁶⁷ La Ley N° 16.395, 28.01.1996, Artículo 57.

a) Si el F.U.N. es recibido dentro de los nueve primeros días del mes, pero cuando se ha efectuado el cierre interno por parte de la entidad pagadora de pensión, la nueva cotización se efectuará en el próximo proceso de pago de pensiones, oportunidad en que también se realizarán los descuentos del diferencial entre la nueva cotización y aquélla que se descontó en el pago de pensión anterior.

b) En aquellos casos en que los F.U.N. sean notificados después del día 9 del mes de que se trata, serán de todas formas recibidos por el ex Instituto de Normalización Previsional, actual IPS, o por las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744, pero dicha notificación surtirá efecto sólo a partir del mes siguiente al que se consigna en el F.U.N., sin que proceda pago retroactivo por el mes en que se recibió la notificación.

El ex Instituto de Normalización Previsional, actual IPS, y las Mutualidades de los Empleadores, deberán efectuar inmediatamente todas las diligencias que sean necesarias para la recuperación de la cotización para salud que hayan efectuado al Fonasa o a otra isapre, remitiéndola a la isapre de afiliación del pensionado.

1.3. Imprudencia de aplicar reajustes, intereses o multas a la entidad pagadora de la pensión

En la situación de que se trata en las letras A) y B) del punto anterior, la entidad pagadora de la pensión no puede dar cabal cumplimiento a la obligación de descontar la cotización correcta y/o pagarla a la entidad de verdadera afiliación del pensionado, en el proceso de pago de pensión del mes de la notificación, por una causa de fuerza mayor o caso fortuito en los términos del artículo 45 del Código Civil, cual es la imposibilidad de ajustar los descuentos de la pensión durante el mismo mes en que recibió el F.U.N., toda vez que los descuentos sobre las pensiones y los destinatarios de las cotizaciones ya están procesadas computacionalmente.

Reconociendo dicha causal de fuerza mayor o caso fortuito, no corresponde que se apliquen a las instituciones pagadoras de pensión las sanciones del inciso quinto del artículo 185 y en el artículo 186 del DFL N° 1.

1.4. Causales por las cuales el ex INP, actual IPS, o las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744 pueden rechazar formularios únicos de notificación (F.U.N.)

Las entidades pagadoras de pensión podrán rechazar los F.U.N. que se les notifique, dentro del plazo de tres días hábiles, sólo cuando éstos contengan datos erróneos, tales como identificación del cotizante, su R.U.T., datos numéricos y la denominación de la razón social de dicha entidad pagadora de pensión.

En este caso, la entidad pagadora deberá devolver el formulario a la isapre, dejando constancia en su reverso de los motivos que originaron el citado rechazo, firma del encargado de la entidad pagadora, timbre y su fecha. La devolución del formulario con las observaciones deberá efectuarse con un procedimiento que evite su pérdida y pueda posteriormente acreditarse.

Para el efecto de corregir el F.U.N. que haya sido rechazado, la isapre debe completar un nuevo formulario, donde aparezcan subsanados los errores observados, señalando que este nuevo F.U.N. se extiende para rectificar y es en reemplazo del formulario anterior rechazado.

En todo caso, el formulario corregido será notificado a la entidad pagadora de la pensión, fecha desde la cual rige para todos los efectos.

2. Notificación a las Compañías de Seguros

2.1. De acuerdo a instrucciones impartidas por la Superintendencia de Valores y Seguros, las compañías de seguros que contratan rentas vitalicias previsionales están obligadas a recibir todos los Formularios Únicos de Notificación, con excepción de aquellos que adolezcan de datos erróneos, independientemente de su fecha de presentación.

Los Formularios Únicos de Notificación que presenten datos erróneos, específicamente en relación a la identificación del cotizante, su R.U.T. y a la denominación de la razón social de la compañía y R.U.T. de la misma, entre otros, serán rechazados por las compañías de seguros dejando constancia de los motivos que originaron el citado rechazo, al reverso del formulario.

En tales situaciones, las isapres deberán permitir a las referidas compañías, estampar la fecha, el timbre de la compañía y una constancia escrita de la o las causales de rechazo al reverso del respectivo F.U.N. Posteriormente, la isapre debe proceder a completar un nuevo F.U.N., corrigiendo los datos erróneos detectados, y presentarlo a la compañía de seguros respectiva para su notificación.

2.2. Los F.U.N. presentados dentro de los nueve primeros días de cada mes, pero después del cierre interno de la compañía respectiva, serán debidamente recibidos por las compañías de seguros. No obstante lo anterior, la nueva cotización sólo se efectuará al mes siguiente a aquél que se indica en el F.U.N., oportunidad en la que se realizarán los descuentos del diferencial entre la nueva y antigua cotización más el descuento correspondiente a la nueva cotización.

2.3. Los F.U.N. presentados con posterioridad al día 9 del mes de que se trata, serán recibidos por las compañías de seguros, pero las notificaciones surtirán efecto sólo a partir del mes siguiente. En otras palabras, la nueva cotización a descontar corresponderá a la del mes siguiente a aquél que se consigna en el F.U.N., sin considerar retroactividad.

3. Notificación a las AFP

3.1. Recepción del Formulario Único de Notificación

Las isapres, conforme al artículo 184 del DFL N° 1, deben notificar los F.U.N. suscritos por pensionados de las AFP, hasta antes del día 10 del mes siguiente a la suscripción del contrato o modificación.

Las AFP recibirán la notificación del F.U.N., devolviendo a la isapre la copia que le pertenece a ésta, debidamente firmada, timbrada y fechada, en un mismo acto, conservando la que es para ella, efectuando luego todos los procedimientos internos necesarios.

3.2. Regularización del destinatario de la cotización de salud y/o el monto de la misma

Notificado el F.U.N., la AFP deberá realizar las gestiones tendientes a regularizar el monto de la cotización de salud y/o el destinatario, lo que deberá efectuarse en el próximo proceso de liquidación de pensiones, de acuerdo con el procedimiento que se indica:

Los F.U.N. recibidos dentro del plazo legal establecido en el artículo 184 del DFL N° 1, es decir, dentro de los nueve primeros días del mes, pero después del cierre interno de la AFP, serán debidamente recibidos por las administradoras. No obstante lo anterior, la nueva cotización sólo se efectuará al mes siguiente a aquél que se indica en el F.U.N., oportunidad en la que se realizarán los descuentos del diferencial entre la nueva y la antigua cotización más el descuento correspondiente a la nueva cotización. El diferencial de cotización debe ir en una planilla de pago de cotizaciones separada, toda vez que corresponde a un período distinto.

Asimismo, la AFP efectuará, en los casos que proceda, la recuperación de la cotización de salud en la isapre antigua o en Fonasa, de acuerdo al siguiente procedimiento:

- Tratándose de la recuperación de la cotización de salud en una ISAPRE, esta última, a solicitud de las AFP, los empleadores, afiliados o ex-afiliados deberá efectuar el traspaso de las cotizaciones mal enteradas hasta el día quince del mes subsiguiente de recibida la respectiva solicitud
- Tratándose de la recuperación de la cotización de salud en Fonasa, las solicitudes de traspaso de cotizaciones presentadas por una AFP, los empleadores o afiliados, deberán ser tramitadas a través de la isapre donde debió efectuarse la correspondiente cotización de salud.

Por lo tanto, las respectivas AFP deberán efectuar inmediatamente todas las diligencias que sean necesarias para la recuperación de la cotización para salud que hayan efectuado a otra Institución de Salud Previsional o a Fonasa, mediante la solicitud por escrito a la isapre que corresponda, del traspaso de dicha cotización a la nueva entidad de afiliación del pensionado.⁶⁸

Los F.U.N. presentados con posterioridad al día nueve del mes de que se trata serán recibidos por la AFP, pero las notificaciones surtirán efecto sólo a partir del mes siguiente, de modo que la nueva cotización a descontar corresponderá a la del mes siguiente a aquél que se consigna en el F.U.N., sin que proceda pago retroactivo por el mes en que se recibió la notificación.

⁶⁸ El procedimiento de recuperación de cotizaciones mal enteradas está regulado en el Título III de este Capítulo.

3.3. Imprudencia de aplicar reajustes, intereses o multas a la entidad pagadora de la pensión

En las situaciones descritas en las letras A) y B) del punto anterior, se configura una causal de fuerza mayor consistente en que la AFP no puede dar cabal cumplimiento a la obligación de descontar la cotización correcta y/o pagarla a la entidad de verdadera afiliación del pensionado, en el proceso de pago de pensión del mes de la notificación, dada la imposibilidad de ajustar los descuentos de la pensión durante el mismo mes en que recibió el F.U.N., toda vez que los descuentos sobre las pensiones y los destinatarios de las cotizaciones ya están procesadas computacionalmente.

Reconociendo dicha causal de fuerza mayor o caso fortuito, no corresponde que se apliquen a las instituciones pagadoras de pensión las sanciones del inciso quinto del artículo 185 y en el artículo 186 del DFL N° 1.

3.4. Causales por las cuales las AFP pueden rechazar el F.U.N.

Los Formularios Únicos de Notificación que presenten datos erróneos, específicamente en relación a la identificación del cotizante, su R.U.T, datos numéricos y a la denominación de la razón social de la AFP y R.U.T de la misma, entre otros, serán rechazados por las Administradoras, dejando constancia de los motivos que originaron el citado rechazo, al reverso del formulario. También serán motivo de rechazo del FUN las siguientes causales: no afiliado a la administradora, no pensionado, traspasado a otra AFP o a una compañía de seguros, pensionado fallecido.

En tales situaciones, las isapres deberán permitir a las referidas AFP, estampar la fecha, el timbre de la Administradora y una constancia escrita de la o las causales de rechazo al reverso del respectivo F.U.N. Posteriormente, la isapre debe proceder a completar un nuevo F.U.N., corrigiendo los datos erróneos detectados, y presentarlo a la AFP respectiva para su notificación.

Las AFP podrán rechazar los F.U.N. que se les notifique, dentro del plazo máximo de dos días hábiles de recibidos éstos.

En todo caso, el formulario corregido será notificado a la entidad pagadora de la pensión, fecha desde la cual rige para todos los efectos.

3.5. Fecha de cierre de pago de pensiones de las AFP

Para conocimiento y fines pertinentes, en especial la oportuna notificación de los F.U.N. ante las Administradoras de Fondos de Pensiones, se informa que la fecha de cierre del proceso computacional de liquidación de pensiones de las AFP es el cuarto día hábil de cada mes.

Título VIII: Excesos de cotización

I. Definiciones

1. Cotización en exceso: Corresponde a la cotización percibida por la isapre en el respectivo mes, que sobrepase el monto que resulte mayor entre el Total Cotización Pactada y la Cotización Mínima Legal para Salud.

2. Total cotización pactada (TCP): Equivale a la suma del precio del plan de salud complementario, el precio de las Garantías Explícitas en Salud (GES) y cuando corresponda, el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) y el precio de el o los beneficios adicionales contratados por el afiliado.

3. Cotización total a pagar: corresponde al monto que debe enterar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en el FUN.

Para el caso de los planes compensados, la “Cotización Total a Pagar” es:

- a) TCP + Cotización aportada a otro contrato o,
- b) TCP - Cotización recibida de otro contrato.

En estos casos, la Cotización en Exceso será la diferencia entre la cotización percibida por la isapre en el respectivo mes menos el monto que resulte mayor entre la Cotización Total a Pagar y la Cotización Mínima Legal para Salud.

Los montos que la isapre perciba por concepto de cotización en exceso están afectos a devolución, que debe efectuarse a la persona afiliada o ex afiliada cuando dicha cotización le haya sido descontada de su remuneración o renta sin causa.

II. Registro contable

Párrafo primero eliminado.⁶⁹

Párrafo segundo eliminado.⁷⁰

Los movimientos contables que se registren en esta subcuenta, corresponderán a transacciones específicas derivadas del proceso de declaración y pago de cotizaciones y en ningún caso podrán registrarse en ella estimaciones o diferencias que no reflejen la situación particular de cada una de las personas cotizantes a quienes afecta alguna situación por regularizar.

Las isapres deben analizar periódicamente esta subcuenta y adoptar todas las medidas correspondientes para regularizar oportunamente las situaciones que afectan a las personas cotizantes involucradas; para tales efectos la Superintendencia podrá requerir, en las fechas que estime pertinente, los análisis detallados de cada uno de los movimientos que dan origen al saldo de dicha cuenta.

III. Devolución directa de excesos de cotización a los afiliados o ex afiliados⁷¹

Respecto de aquellos cotizantes o ex – cotizantes que hayan informado en su oportunidad a la isapre la cuenta bancaria -en cualquiera de sus modalidades⁷²- de la cual son titulares, las Instituciones de Salud Previsional

69 Número 1 eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014

70 Número 1 eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014

71 Título modificado por la Circular IF /N°239 de 2015

72 Esto es, cuenta corriente, cuenta vista bancaria como por ejemplo, Chequera Electrónica o Cuenta RUT, o bien una cuenta de ahorro, siempre y cuando el ahorrante pueda tener el dinero disponible para su uso en cualquier momento.

deberán efectuar mensualmente una devolución automática de los excesos de acuerdo al saldo contable acumulado al mes anterior a aquél en que se efectúe la referida devolución, mediante una transferencia electrónica a la cuenta registrada. Dichas transferencias deberán realizarse hasta el último día hábil del mes siguiente en que se perciben las cotizaciones de salud de cada proceso de recaudación. A modo de ejemplo, para las cotizaciones correspondientes a las remuneraciones del mes de diciembre y de períodos anteriores, que se paguen en enero, los excesos generados y acumulados en dicho mes deberán ser depositados hasta el último día hábil de febrero.

El saldo afecto a devoluciones mensuales, en caso de contar con las cuentas bancarias, debe incluir todos los excesos pendientes de devolución que no han sido documentados y que surgen del proceso normal de recaudación como también aquellos montos registrados en documentos pendientes de cobro que se encuentran caducados provenientes de devoluciones masivas o por solicitud directa de ejercicios anteriores.

Cabe señalar, que las transferencias que se efectúen a las cuentas de los afiliados vigentes o no vigentes, deberán realizarse en conformidad con la política respecto a los límites de transferencia definida por cada banco en específico, información de la cual deberán estar al tanto las isapres.

Adicionalmente ⁷³, las Instituciones de Salud Previsional deberán comunicar por correo electrónico a los afiliados y ex afiliados, acerca del traspaso efectuado, en caso de contar con la certeza y exactitud de las direcciones electrónicas. De no disponer de esta información las isapres deberán enviar una carta para efectuar dicha notificación, trámite este último del cual se podrá prescindir, cuando se trate de transferencias inferiores a 0,08 U.F. Las instituciones deberán conservar el registro que permita acreditar el cumplimiento del despacho de las notificaciones efectuadas. Para estos efectos, la comunicación al afiliado deberá contener las especificaciones definidas en el Anexo 1, con los ajustes correspondientes a una devolución vía transferencia electrónica.

Las Instituciones de Salud Previsional, deberán estar en condiciones de acreditar las transferencias de dinero efectuadas a las cuentas bancarias de los cotizantes y ex – cotizantes. Asimismo, deberán disponer del mecanismo que les permita efectuar el respectivo descuento de los montos transferidos, con el objeto de mantener actualizada en sus sistemas la información de los montos cancelados, de manera que no formen parte de la contabilidad ni del Registro Individual de Excesos, el que se define en el numerando IV de la presente instrucción.

Si⁷⁴ los afiliados o ex afiliados solicitan directamente a la isapre la devolución de excesos de cotización o documentos de pago que se encuentren pendientes de cobro de otros periodos, ya sea en forma presencial o a través de la página web de la isapre -según numerando IV- ésta deberá disponer su restitución dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de la presentación de la solicitud. Tratándose de cotizaciones en exceso correspondientes al último periodo de recaudación, que no se encuentren dentro del Registro Individual de Excesos, el plazo de devolución será de 20 días hábiles contado desde la fecha de presentación de la solicitud.

IV. Registro Individual de Excesos ⁷⁵

Con el objeto de mantener permanentemente informados a los cotizantes y ex - cotizantes respecto a las sumas que las isapres les adeudan por concepto de excesos de cotización y, promover con ello un proceso de devolución permanente en el tiempo, éstas últimas deberán constituir un Registro Individual sobre los excesos y los documentos de pago pendientes de cobro, el que deberá estar permanentemente actualizado, teniendo la precaución de rebajar los montos que se encuentren cobrados en cada ejercicio. El mencionado registro deberá ser enviado mensualmente a esta Superintendencia en los plazos y formas que ella determine, de manera tal que este organismo pueda cargar las bases de datos proporcionadas, en una aplicación en la que se podrá visualizar la información correspondiente en el portal web Institucional, prestando un servicio de consulta permanente a los cotizantes y ex cotizantes de las isapres.

⁷³ Párrafo modificado por la Circular IF N°/ 242 de 2015

⁷⁴ Párrafo modificado por la Circular IF N°/244 de 2015 y la Res. Exenta N°/123 /2015

⁷⁵ Título modificado por la Circular IF N°/ 239 de 2015

Del Registro

El registro que deberán enviar las isapres corresponderá a un archivo, individualizado por cotizante o ex cotizante, según sea el caso, y contendrá los excesos generados en el mes que se informa y/o todas aquellas sumas provenientes de otros períodos que pudiesen estar pendientes de cobro, indistintamente del medio de pago utilizado y/o la cuenta contable en que la isapre esté registrando la obligación. La información contenida en este Registro, deberá ser consistente y cuadrar con los informes financieros mensuales obtenidos de la contabilidad, que se remiten a este Organismo de Control.

El archivo correspondiente a este registro deberá confeccionarse de acuerdo a las especificaciones que se presentan en el Anexo 2 de este Título y deberá ser enviado a la Superintendencia a través de la red privada denominada Extranet, hasta el último día hábil del mes siguiente al que se informa o bien, el día hábil siguiente en caso que dicha fecha corresponda a un día sábado o festivo.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán replicar el servicio de consulta sobre excesos adeudados - señalado en el presente numeral- en sus portales web, mediante la instalación de una aplicación que permita visualizar el monto total de excesos y sus documentos pendientes de cobro asociados al cotizante o ex – cotizante. Dicha información deberá ser consistente y cuadrar con el Registro Individual enviado a esta Superintendencia, teniendo la precaución de rebajar los montos que se encuentren cobrados en cada ejercicio y, haciendo la prevención -como advertencia a los usuarios de la aplicación- que los saldos contables sobre los cuales se obtiene la información presentan un desfase natural por operaciones en tránsito que ocurren con posterioridad (por ejemplo, emisión de cheques, transferencias, depósitos u otros.)

La referida aplicación deberá permitir el ingreso con la autenticación mediante el RUN, de manera tal, que el acceso a la información sea de manera fácil y expedita.

Las isapres deberán tomar todas las medidas de seguridad de la información en relación a los datos personales que se consignen en tal registro y respecto de la aplicación que desarrollen.

Adicionalmente, dichas instituciones deberán implementar en la misma aplicación, la posibilidad de que el afiliado vigente y no vigente pueda cobrar, una vez realizada su consulta, los excesos adeudados mediante una solicitud directa cursada por ese mismo medio electrónico. Este mecanismo deberá contemplar, expresamente la opción de retirar las sumas adeudadas de manera presencial en las sucursales o bien mediante transferencia electrónica, en cuyo caso se deberá contemplar una modalidad de ingreso de los datos necesarios para poder llevar a cabo el traspaso, como por ejemplo, nombre de la entidad bancaria, número de la cuenta bancaria, correo electrónico de contacto del cotizante o ex – cotizante para su contacto, etc.

V. Procedimiento para la devolución masiva de los excesos pendientes⁷⁶

A fin de regularizar los montos pendientes de devolución por cotizaciones percibidas en exceso o documentos de pago que permanecen pendientes de cobro y respecto de los cuales no se haya operado por la vía de las transferencias mensuales- ya sea vía web u otro tipo de devolución directa- las Instituciones de Salud Previsional deberán efectuar sobre estas sumas de propiedad de los cotizantes y sus herederos, un proceso masivo de devolución, el que deberá efectuarse como mínimo dos veces al año, considerando el saldo contable acumulado en la cuenta excesos o de cualquier otra cuenta de pasivo complementaria que refleje obligaciones por tal concepto.

Se debe hacer presente, que el saldo afecto a devoluciones masivas debe incluir todos los excesos pendientes de devolución como también aquellos montos registrados en documentos que se encuentran caducados provenientes de devoluciones masivas o por solicitud directa de ejercicios anteriores.

⁷⁶ Título modificado por la Circular IF N°/239 de 2015

Para efectos de la caducidad de documentos pendiente de cobro, la isapre deberá estarse a los plazos de la legislación bancaria sobre la materia, adoptando todas las medidas que permitan su control íntegro y oportuno de manera que sean reflejados correctamente en los saldos contables y el registro individual de excesos, independientemente de la denominación o clasificación interna que se utilice para su presentación.

En efecto, los montos nominales adeudados por dicho concepto, que no pudieron transferirse automáticamente o no fueron requeridos expresamente por los interesados, deberán restituirse semestralmente de acuerdo al saldo contable acumulado al 30 de junio y 31 de diciembre del cada año de acuerdo a lo descrito precedentemente.

Aquellos montos pendientes de devolución que resultaren inferiores a una cantidad acumulada de 0,08 U.F, deberán excluirse del proceso de devolución masiva de excesos, no obstante, estas sumas deberán ser parte integrante del Registro de Excesos y del saldo contable, de manera que los cotizantes o ex - cotizantes puedan solicitar su reintegro. En todo caso, se deberá propiciar su devolución en cuanto la isapre disponga de los datos necesarios para realizar una transferencia electrónica de fondos y la política del banco así lo permita.

A continuación se indica el procedimiento que debe utilizarse para regularizar los montos correspondientes a excesos de cotización y sus documentos pendientes de cobro.

1. Los valores que no fueron transferidos vía electrónica y que se mantienen como cotizaciones percibidas en exceso formando parte del Registro Individual y del saldo contable de cada ejercicio, deberán ser devueltos a las personas involucradas, hasta el 30 de septiembre de cada año, para el saldo acumulado a junio del año en curso. Del mismo modo, se procederá a una segunda devolución masiva, hasta el 31 de marzo de cada año, para el saldo acumulado a diciembre del año anterior.

El ejercicio consistente en el reproceso de estas sumas para su devolución masiva, deberá efectuarse por un período mínimo de 5 años, lapso durante el cual las isapres deberán efectuar las gestiones pertinentes para renovar los antecedentes de las personas cotizantes en sus bases de datos, y favorecer de esta manera, la devolución vía transferencia por medio electrónico o bien para el cobro de los excesos mediante la consulta del Registro Individual de Excesos.

La Unidad de Fomento a utilizar para determinar el monto de la devolución será aquella correspondiente al último día del mes de junio o diciembre según corresponda.

2. Para hacer efectiva la devolución masiva de los excesos de cotización adeudados, la isapre deberá utilizar alguno o algunos de los siguientes medios de pago:

- a) Extender un cheque nominativo a nombre de la persona afiliada o ex afiliada, remitiéndolo por correo certificado al último domicilio registrado en la institución.
- b) Extender un cheque nominativo a nombre de la persona afiliada o ex afiliada, en aquellos casos que, a solicitud previa y expresa del interesado (a), el documento se entregue en la sucursal de la isapre más cercana a su domicilio.
- c) Poner a disposición del afiliado o ex afiliado un vale vista para ser cobrado en cualquier sucursal del Banco que lo emitió, indicándole el plazo para retirar y cobrar el documento.

La modalidad de pago que la institución adopte en cada situación, deberá ser comunicada al interesado mediante una carta explicativa cuyo formato deberá corresponder al indicado en el Anexo 1 de este Título, señalando los motivos, el detalle de la devolución y recomendaciones sobre cursos de acción para aquellos casos en que el cobro no se efectúe oportunamente, caso en el cual la restitución de las sumas deberá efectuarse en un plazo máximo de 5 días hábiles, contado desde la fecha de presentación de la solicitud. En tal caso, la isapre deberá requerir al interesado los antecedentes necesarios para privilegiar la transferencia electrónica de fondos.

Excepcionalmente, si la isapre está en conocimiento que el cotizante o ex cotizante ha fallecido, podrá adecuar el texto de la carta de devolución de excesos a esta situación, orientando a los herederos sobre la documentación que permita acreditar su calidad de tales y los trámites que deben efectuar para hacer efectiva la devolución de los excesos.

Tratándose de devolución de excesos por medio de un cheque nominativo o vale vista bancario, en la carta explicativa la isapre deberá comunicarle al cotizante, ex cotizante o herederos, el plazo de caducidad de los documentos que deberá observarse para concurrir a las oficinas de la institución o del banco a retirar los excesos.

Dicha comunicación podrá remitirse por correo certificado dirigido al último domicilio registrado en la isapre, o por correo electrónico, en caso de contar con certeza y exactitud de las direcciones electrónicas. Las instituciones deberán conservar copia de la documentación que permita acreditar el cumplimiento del despacho de la correspondencia o notificación del correo electrónico, según su caso, como asimismo, de las cartas que hayan sido devueltas las que deberán mantenerse en las carpetas de los afiliados a disposición de esta Superintendencia.

Cuando las instituciones utilicen un correo privado para la remisión de las cartas certificadas, deberán tener presente que en aquellas localidades en que la empresa no tenga cobertura, deberán utilizar el correo certificado de Correos de Chile.

Asimismo, las instituciones deberán velar porque el medio de pago utilizado no genere para el interesado una mayor tramitación del cobro de sus excesos.

Para efectos de identificar el último domicilio registrado por las personas afiliadas y ex - afiliadas, la isapre deberá considerar hasta la última modificación informada, incluyendo lo registrado en las cartas de desafiliación de las personas ex – afiliadas, sin perjuicio de agotar todas las diligencias complementarias necesarias para obtener la certeza del domicilio, en caso de documentos pendientes de cobro.

Gestiones especiales para la devolución a ex – afiliados

Entre las gestiones que las isapres deberán efectuar para solucionar los saldos pendientes de sus ex - afiliados se deben considerar las siguientes:

a.-En el contexto de un cambio de isapre, con el consecuente traspaso de la cuenta corriente de excedentes entre Instituciones de Salud Previsional, se deberá solicitar a la isapre vigente o de destino que informe los datos de que dispone sobre el domicilio del afiliado, a fin de emplearlos para hacer efectiva la devolución de excesos adeudados. Para tal efecto, las isapres que reporten información en función a la correspondiente nómina de afiliados, deberán proporcionar los datos requeridos, empleando para ello, los mismos plazos establecidos para la confirmación de excedentes.

b.-Confirmar el último domicilio registrado en la carta de desafiliación para el reenvío correspondiente.

c.-Confirmar con cada correspondencia que sea devuelta la situación de su no entrega y reforzar el proceso de notificación hasta que se obtenga la certeza del domicilio del destinatario.

d.-Efectuar una confirmación con todas las isapres del sistema que permitan obtener el último registro vigente.

e.-Cualquier otra gestión destinada a tomar contacto con los destinatarios y que permita solucionar los montos pendientes de cobro o depositar en las cuentas de los destinatarios.

Las isapres deberán acreditar y mantener los respaldos de cada gestión efectuada, sin perjuicio que deberán estar continuamente revisando sus procesos de notificación propios o efectuados por empresas externas, además de las plataformas computacionales que sirven de soporte para su ejecución.

3. Con el objetivo de facilitar las eventuales fiscalizaciones que se practiquen sobre la materia, las isapres deberán mantener un sistema de respaldo que podrá almacenarse en archivo magnético, de los siguientes documentos:

3.1. Cartas certificadas y correos electrónicos despachados a las personas cotizantes, ex cotizantes o herederos,

3.2. Nóminas de las emisiones de cheques, vales vista, transferencias bancarias u otros medios de pago, que permitan acreditar fehacientemente los procedimientos de regularización de los excesos adeudados.

3.3 Archivos con la totalidad de la información relacionada con los excesos generados y devueltos por cada cotizante y ex cotizante, por un plazo de 5 años contados desde el mes en que se pagaron dichos excesos.

Asimismo, deberá mantener copia de la nómina de correos con el despacho de las comunicaciones remitidas a las personas afiliadas, ex afiliadas o a sus herederos, cuando corresponda.

VI. Devoluciones masivas extraordinarias ⁷⁷

Además de las dos devoluciones de excesos masivas instruidas en el numerando “Procedimiento para la devolución masiva de los excesos pendientes”, efectuadas para aquellas sumas que no se han restituido, las isapres podrán efectuar voluntariamente devoluciones masivas **extraordinarias** para regularizar los montos pendientes, debiendo sujetarse a las mismas normas sobre notificación a los afiliados o ex - afiliados, medios de pago e información a la Superintendencia, definidos en las presentes instrucciones.

Información de las devoluciones masivas efectuadas

El día 10 del mes subsiguiente a aquél en que se efectúe la devolución masiva y/o la extraordinaria, a cotizantes vigentes y no vigentes, la isapre deberá remitir a esta Superintendencia la información detallada en los cuadros del Anexo 3 de este Título. Al completar el Cuadro N° 2 de dicho Anexo, se considerará como fecha de cierre, el último día del mes anterior al envío del informe. Si dicho plazo expirase en un día inhábil, la información deberá remitirse el día hábil siguiente.

Información trimestral y consolidada de los procesos de devolución de excesos

Con el objetivo de contar con la información integral e histórica de los procesos de devolución que comprenden cada año, las isapre deberán remitir trimestralmente el estado de las devoluciones según las distintas modalidades, considerando los últimos 5 años de acuerdo a lo señalado en el Anexo 4.

Para estos efectos, el primer informe que se remita a esta Superintendencia, deberá considerar desde el año 2010.

El plazo de entrega del mencionado informe será el último día hábil del mes siguiente a cada trimestre. Si dicho plazo expirase en un día inhábil, la información deberá remitirse el día hábil siguiente.

VII. Información al afiliado ante el término del contrato⁷⁸

Cuando por cualquier causa se ponga fin a un contrato de salud, la isapre deberá informar al afiliado, mediante una carta o correo electrónico, el detalle y monto de las cotizaciones percibidas en exceso que mantiene a su favor, si lo hubiere, y la forma como procederá a su pago.

Dicha comunicación deberá hacerse efectiva hasta el último día del mes de término de la vigencia de los beneficios del contrato.

VIII. Excesos en Fonasa

1.- Las Cotizaciones de Salud Pagadas en Exceso son aquellos fondos enterados en FONASA, por sobre el porcentaje mínimo legal de cotizaciones que debe enterar el ente afecto al pago de éstas.

2⁷⁹.- Las solicitudes de devolución de cotizaciones pagadas en exceso, correspondientes a cotizantes afiliados a FONASA podrán ser presentadas, en forma directa por los entes afectos al pago de cotizaciones (empleador del sector público o privado, entidad pagadora de pensiones, entidad pagadora de Subsidios o el propio afiliado), ante la unidad correspondiente. Ver Anexo N° 2.

⁷⁷ Título modificado por la Circular IF N°/239 de 2015

⁷⁸ Agregado mediante Circular IF N°241, del 19 de febrero de 2015

⁷⁹ Agregado a través de Circular IF/N° 164, del 3 de enero de 2012.

3.- El solicitante de los fondos pagados en exceso, debe presentar los mayores antecedentes que permitan dar curso a su requerimiento.

Entre estos antecedentes, como mínimo se deben incluir los siguientes:

- a) Carta de solicitud, indicando claramente el o los motivos que generan la petición o formulario de FONASA dispuesto para el efecto.
- b) Identificación tanto del asegurado como del ente afecto al pago de cotizaciones con nombre o razón social, R.U.N o R.U.T.
- c) Meses de remuneración por los cuales se solicita la devolución.
- d) Monto de la devolución solicitada.
- e) Número de serie de planilla de declaración y pago de obligaciones previsionales, para los casos de trabajadores dependientes afiliados a A.F.P. o I.P.S.
- f) Fotocopia de las planillas de declaración y pago de obligaciones previsionales, con sus respectivos anexos de nominación, cuando corresponda a solicitudes de trabajadores dependientes afiliados a A.F.P. o I.P.S.
- g) Contrato de trabajo, Liquidación de Sueldo o Pensión, Finiquito debidamente legalizado, cuando corresponda

Las solicitudes que no se ajusten al formato y medios definidos, serán devueltas al remitente para su corrección.

4.- Cabe señalar, que el diseño actual de los procesos de recaudación del I.P.S., entidad con la que FONASA mantiene convenio de recaudación, deriva en que existe un desfase de 2 meses entre el mes en que el empleador declara y/o paga las cotizaciones previsionales de sus trabajadores y el mes en que esta información está disponible para los distintos módulos y aplicaciones de FONASA (para el caso de los trabajadores activos).

Por lo tanto, la devolución de cotizaciones pagadas en exceso está sujeta a este desfase, lo cual debe ser considerado por los entes afectos a pago, en el sentido que aquellas cotizaciones que no se encuentren registradas en FONASA, debido al desfase de información, no pueden ser devueltas. Lo anterior, para evitar los costos administrativos derivados de solicitudes prematuras o que deben ser reprocesadas.

ANEXO 1

Formato para carta o correo electrónico informativo

Las cartas o correos electrónicos que sean remitidos a las personas afiliadas y ex afiliadas deberán contener el siguiente texto:

De acuerdo a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud comunico a usted que esta isapre debe reembolsar a usted lo percibido por concepto de cotizaciones de salud en exceso.

El monto del reintegro corresponde a los valores y el periodo que se detalla a continuación:

Mes y año a que corresponde la remuneración que generó la cotización en exceso y documentos de pago pendientes de cobro	Monto Exceso de cotización.
XXXXXXXXXX	\$ 00000
XXXXXXXXXX	\$ 00000
XXXXXXXXXX	\$ 00000
Vale vista pendiente de cobro	\$ 00000
Cheque pendiente de cobro	\$ 00000
TOTAL COTIZACIÓN (ES) PERCIBIDA (S) EN EXCESO.	\$ 00000

El (los) mencionado (s) exceso (s) corresponde (n) a la cotización percibida por esta isapre que sobrepasa el monto mayor entre el "Total cotización pactada" (o el total de la cotización a pagar cuando corresponda) y la cotización mínima legal para salud (7% de la base imponible) en el respectivo mes.

Para su devolución: (indicar sólo la modalidad que corresponda a la persona según las alternativas indicadas en el punto 2 del numerando V de este Título)."

En caso que esta comunicación y el cobro del documento no haya alcanzado a hacerse efectivo Ud. deberá dirigirse a cualquiera de las sucursales de la isapre para solicitar la revalidación del documento o su pago en efectivo. Además, se encuentra disponible en la página Web institucional la opción de depósito bancario por transferencia, para lo cual Ud. deberá completar los datos que allí se indican.

ANEXO 2

Registro Individual de Excesos

1. Características Generales del Archivo

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Excesos y documentos pendientes de cobro
Nombre computacional Archivo	<p>Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa <p>EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 076</p>
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () <p>Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura</p>
Información contenida en el Archivo	<p>Corresponde a la totalidad de los excesos y sus documentos pendientes de cobro al cierre de cada mes.</p> <p>El archivo debe incluir tanto los excesos que se encuentran generados y pendientes de devolución como los respectivos medios de pago se encuentren o no en poder de la isapre de acuerdo a lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Documentos que han sido reversados contablemente, llevados a una cuenta de caducos o alguna similar, para volver a reconocerlos como obligaciones, por no haber sido cobrados. b) Documentos que sin haber sido cobrados, aún no se han reversado para reconocer la correspondiente obligación.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al monto pendiente de cobro por concepto de excesos y sus documentos pendientes de cobro.
Envío del Archivo	Deberá ser enviado mensualmente, el último día hábil del mes siguiente a aquél en que se recaudan las cotizaciones pagadas en exceso. Ejemplo: Para las cotizaciones que se recaudan en octubre, la fecha de envío será el último día hábil de noviembre.

2. Estructura del Archivo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	RUN Destinatario	Numérico
03	DV del RUN del Destinatario	Alfanumérico
04	Período de Remuneración	Numérico
05	Fecha emisión documento	Numérico
06	Documento pendiente de cobro	Numérico
07	Monto Excesos \$	Numérico
08	Código Región	Numérico

3. Definiciones de Campo del Archivo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	RUN Destinatario	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) del destinatario, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), que presenta excesos traspasados a ingresos.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
03	DV del RUN del Destinatario	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Destinatario (campo 02) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K ▪ Debe informarse siempre.
04	Período de Remuneración	<p>Corresponde al mes y año respecto de la remuneración del cual la isapre percibió el pago de la cotización de salud (MMAAAA). Debe informarse sólo cuando corresponda a excesos sin documentar pendientes de cobro.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA= año.</p> <p>Ejemplo: mes de remuneración diciembre 2014, cuya cotización se recauda en enero 2015 deben informar: 122014.</p> <p>En caso que corresponda a documentos pendientes de pago, debe informarse en este campo el valor 011800.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos
05	Fecha de emisión documento	<p>Corresponde al mes y año respecto de emisión de los medios de pago que se encuentran pendientes de cobro.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA=año.</p> <p>En caso que corresponda a excesos sin documentar, debe informarse en este campo el valor 011800.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos
06	Documento pendiente de cobro	<p>Identificar tipo de documento, cheque, vale vista, giro express (sólo cuando se trata de documento pendiente de cobro).</p> <p>0=No aplica 1=Vale Vista 2=Cheque 3=Otro</p> <p>En caso que corresponda a excesos sin documentar, debe informarse en este campo el valor cero.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 0,1,2,3
07	Monto Excesos \$	<p>Corresponde al monto del exceso pendiente de cobro por destinatario.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
08	Código Región	<p>Corresponde a la región de domicilio del destinatario.</p> <p>Debe registrarse según los códigos dispuestos y vigentes por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). En caso que no se disponga de la información, debe informarse en este campo el valor cero.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none">▪ Campo de tipo numérico.▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos.▪ Debe informarse siempre.▪ Valores posibles: 0 y los códigos definidos por INE.

ANEXO 3

Información detallada sobre devoluciones masivas

CUADRO N°1.

Afiliados vigentes. Afiliados no vigentes.

N° de personas a quienes les correspondió devolución						
Monto en pesos según modalidad de pago, asociada a quienes les correspondió devolución.	Cheque nominativo	\$		Cheque nominativo	\$	
	Vale Vista	\$		Vale Vista	\$	
	Total devolución	\$		Total devolución	\$	
N° de personas a quienes no les correspondió devolución por montos inferiores al mínimo de 0,08 U.F.						
Cantidad, en pesos, asociada a quienes no les correspondió devolución.						

CUADRO N°2

	Afiliados vigentes			Afiliados no vigentes		
N° de personas que han cobrado lo adeudado por cotizaciones en exceso al último día del mes anterior al informe.						
Monto en pesos según modalidad de pago, que ha sido cobrada por las personas al último día del mes anterior al informe.	Cheque nominativo	\$		Cheque nominativo	\$	
	Vale Vista	\$		Vale Vista	\$	
	Total cobrado	\$		Total cobrado	\$	

ANEXO 4

Informe Trimestral de montos cobrados y pendientes por modalidad

INFORME TRIMESTRAL DE MONTOS COBRADOS POR CADA MODALIDAD						
"TRIMESTRE xxx (1) DEL AÑO..."						
Modalidad	Enero		Febrero		Marzo	
	Monto (\$)	Cantidad de Destinatarios	Monto (\$)	Cantidad de Destinatarios	Monto (\$)	Destinatarios
Devolución mensual automática vía transferencia electrónica (nueva modalidad)						
Devolución por solicitudes directas año xx1						
Devolución por solicitudes directas año xx2						
Devolución por solicitudes directas año xx3						
Devolución por solicitudes directas año xx4						
Devolución por solicitudes directas año xx5						
Devoluciones masivas semestrales año xx1						
Devoluciones masivas semestrales año xx2						
Devoluciones masivas semestrales año xx3						
Devoluciones masivas semestrales año xx4						
Devoluciones masivas semestrales año xx5						
Devoluciones masivas extraordinarias año xx1						
Devoluciones masivas extraordinarias año xx2						
Devoluciones masivas extraordinarias año xx3						
Devoluciones masivas extraordinarias año xx4						
Devoluciones masivas extraordinarias año xx5						
Totales						

INFORME TRIMESTRAL ACUMULADO DE MONTOS COBRADOS Y PENDIENTES DE COBRO POR MODALIDAD A..... (2) DEL AÑO XXXX					
Modalidad	COBRADO		PENDIENTE DE COBRO		Totales
	Monto (\$)	Cantidad de Destinatarios	Monto (\$)	Cantidad de Destinatarios	
Devolución mensual automática vía transferencia electrónica (nueva modalidad)*					
Devoluciones por solicitudes directas año xx1					
Devoluciones por solicitudes directas año xx2					
Devoluciones por solicitudes directas año xx3					
Devoluciones por Solicitudes directas año xx4					
Devoluciones por Solicitudes directas año xx5					
Devoluciones masivas año xx1					
Devoluciones masivas año xx2					
Devoluciones masivas año xx3					
Devoluciones masivas año xx4					
Devoluciones masivas año xx5					
Devoluciones masivas extraordinarias año xx1					
Devoluciones masivas extraordinarias año xx2					
Devoluciones masivas extraordinarias año xx3					
Devoluciones masivas extraordinarias año xx4					
Devoluciones masivas extraordinarias año xx5					
Totales					

(*) Se deberán agregar las líneas que sean necesarias de los periodos siguientes cuando comience la nueva modalidad hasta 5 años.

(1) Indicar de 1 a 4 el trimestre que corresponda informar

(2) Indicar el último mes del trimestre que se informa.

ANEXO 5

Unidad de Fonasa responsable de la devolución

La función de devolución de cotizaciones de salud pagadas en exceso en FONASA, ha sido asumida por el Subdepartamento de Recaudación y Cobranzas, dependiente del Departamento de Finanzas. Por lo tanto, las solicitudes de devolución de cotizaciones pagadas en exceso por los entes afectos a pago, deberán ser remitidas directamente al jefe del Subdepartamento de Recaudación y Cobranzas del FONASA, Monjitas N° 665, piso 4, Santiago, sin perjuicio de lo anterior igualmente podrán ser presentadas en cualquier sucursal de FONASA a lo largo del país, quienes derivarán las solicitudes al Subdepartamento antes mencionado.

Título IX: Excedentes de cotización

1. Definiciones

1.1. Cotización mínima para salud: para efectos de estas instrucciones, está representada por el 7% de la renta o remuneración imponible del trabajador o de la pensión, según corresponda.

Precio del plan: es el valor que la isapre le asigna al plan contratado, de acuerdo a las características del afiliado y de sus beneficiarios, cuando corresponda.

1.3. Excedentes de cotización: corresponden a la diferencia positiva producida entre la cotización mínima para salud, con el tope legal respectivo, y la suma del precio de las GES y del precio del plan convenido.

Las diferencias que se generen pasarán a constituir los excedentes de cotización y deberán ser destinados a la cuenta corriente individual.

1.4. Cuenta corriente individual: es la cuenta que la isapre está obligada a abrir a favor de aquellos afiliados que generen excedentes y que no hayan renunciado expresamente a ellos, en virtud de lo señalado en el inciso primero del artículo 188 del DFL N° 1.

1.5. Saldo contable: Se determinará mensualmente, y corresponderá al monto acumulado de excedentes de cotización generados que tenga el afiliado en su cuenta corriente individual, más los intereses y reajustes devengados, menos la comisión provisionada y los usos efectuados en el mes correspondiente.

Saldo contable mensual = Monto acumulado de excedentes + (más) intereses y reajustes - (menos) comisión provisionada - (menos) usos efectuados en el mes correspondiente.

1.6. Saldo disponible: Se determinará mensualmente y corresponderá al monto acumulado de excedentes de cotización generados que el afiliado tenga en su cuenta corriente individual, menos la comisión provisionada y los usos efectuados en el respectivo mes, sin considerar los intereses y reajustes devengados a esa época, los que, en todo caso, serán incorporados al cumplimiento del semestre que corresponda.

Saldo disponible mensual = monto acumulado de excedentes - (menos) comisión provisionada - (menos) los usos efectuados en el respectivo mes.

Nota: Para el cálculo de los saldos contable y disponible no se considerarán los excedentes provenientes de cotizaciones declaradas y no pagadas, de acuerdo a lo dispuesto en el N° 2.5. “Excedente en caso de declaración y no pago de cotizaciones” de este Título.

1.7. Comisión: Es el cobro que pueden efectuar las isapres por la mantención de la cuenta corriente individual.

1.8. Adecuación anual: La adecuación anual a la que se alude en el inciso quinto del artículo 188 del DFL N° 1, debe entenderse referida a las anualidades correspondientes al período de revisión del contrato de que trata el inciso tercero del artículo 197 del referido cuerpo normativo.

1.9. Semestre de vigencia de beneficios: Este período se contabiliza a partir del inicio de la vigencia de los beneficios, de acuerdo a la fecha de anualidad del afiliado.

1.10. Cotizante no dependiente: Se entenderá por tal a los independientes, cotizantes voluntarios e imponentes voluntarios.

2. Formación de la cuenta corriente individual de excedentes

2.1. Se abrirá una cuenta corriente individual cada vez que respecto de un afiliado se produjeran excedentes de cotización.

2.2. Al momento de celebrarse el contrato de salud, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual no podrá ser superior al 10% de la cotización mínima para salud, calculada sobre el monto promedio de los últimos tres meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso, sin perjuicio del tope legal establecido. Con todo, cualquier otro excedente que se produzca durante la anualidad correspondiente por aumentos permanentes o transitorios de la renta imponible del cotizante, deberá incrementar siempre su cuenta corriente.⁸⁰

Durante los períodos de incapacidad laboral, deberán considerarse las remuneraciones imponibles por las cuales se cotizó en los referidos períodos, toda vez que el subsidio reemplaza a la remuneración.

Por otra parte, cabe indicar que el monto de las gratificaciones, y cualquier otro tipo de remuneración de carácter accesorio o extraordinario, no puede ser considerado para los efectos de calcular el 10% de la cotización a destinar a excedentes, a menos que, a la fecha de suscripción o adecuación, según corresponda, éste se encuentre determinado e incorporado a la remuneración mensual del trabajador.

2.3. En caso que el cotizante no registre remuneraciones en los meses a promediar, se considerará para estos efectos la remuneración establecida en el contrato de trabajo o la declarada si es cotizante independiente, las veces que sea necesario hasta completar el período requerido.

2.4. Excedente en caso de declaración y pago de cotizaciones

En el caso de declaración y pago, el excedente se genera el último día del mes en que ésta se efectúa, sin perjuicio que deba registrarse a más tardar el primer día del mes subsiguiente. Con todo, a partir del momento en que se considera generado el excedente se comenzarán a devengar los reajustes e intereses respectivos, de acuerdo a lo indicado en el punto 6.2, “Reajustes e intereses” de este Título.

2.5. Excedente en caso de declaración y no pago de cotizaciones

El excedente que pudiera resultar de una declaración y no pago de cotizaciones, no se registrará en el saldo contable y tampoco en el disponible. Dicho excedente sólo se registrará el último día del mes en que efectivamente se paguen las cotizaciones adeudadas. No obstante lo anterior, los intereses y reajustes deberán determinarse a contar del último día del mes en que se realiza la declaración y no pago, a excepción de los cotizantes no dependientes, en cuyo caso éstos se determinarán a partir del último día del mes en que se efectúa el pago respectivo. En la misma oportunidad las isapres podrán provisionar las comisiones por el período correspondiente.

⁸⁰ El procedimiento aplicable a la adecuación excepcional por generarse excedentes superiores al 10% de la cotización mínima legal se contiene en las instrucciones relativas a los procedimientos de suscripción, adecuación, modificación y terminación de los contratos de salud, contenidas en el Capítulo I de este Compendio.

2.6. Forma de imputar los pagos parciales de cotizaciones

En el evento que la isapre, por cualquier circunstancia, no recibiere la totalidad de las cotizaciones de afiliados dependientes, las cantidades que reciba en pago se imputarán a los intereses y reajustes de los excedentes, a los excedentes de cotización adeudados y a la suma del precio de las GES y del precio del plan con sus respectivos reajustes e intereses, a prorrata, no obstante cualquier otra imputación que haga la isapre.

Con todo, la isapre podrá condonar aquella parte de la cotización declarada que deba imputarse a los excedentes de cotización y a sus reajustes e intereses, siempre que, en cada caso, lo autorice expresamente el afiliado.

En caso que la isapre no recibiere la totalidad de las cotizaciones por afiliados no dependientes, las cantidades obtenidas deberán imputarse, en cada mes adeudado, en el siguiente orden:

- a) a la suma del precio de las Garantías Explícitas en Salud y del precio del plan, con sus respectivos reajustes e intereses, y
- b) a los excedentes de cotización adeudados.

2.7. Excedentes en períodos de licencia médica

Los eventuales excedentes de cotización que se produzcan en caso de afiliados con licencia médica autorizada, deberán estar registrados en la cuenta corriente individual a más tardar el primer día del mes subsiguiente a la fecha de pago de la respectiva cotización, sin perjuicio que los reajustes e intereses se devengarán a partir del último día del mes en que se paguen las cotizaciones. En la misma oportunidad, las isapres podrán provisionar las comisiones por el período respectivo.

Tratándose de pagos de cotizaciones correspondientes a períodos de incapacidad laboral derivados de resoluciones de las COMPIN de los Servicios de Salud, de la Superintendencia de Seguridad Social, o de la Superintendencia de Salud, los eventuales excedentes de cotización que se produzcan deberán estar registrados en la cuenta corriente individual a más tardar el primer día del mes subsiguiente a la fecha de pago de la respectiva cotización. Asimismo, los reajustes e intereses se devengarán a partir del último día del mes en que se paguen las cotizaciones. En la misma oportunidad, las isapres podrán provisionar las comisiones por el período respectivo.

3. Irrenunciabilidad de los excedentes

Los excedentes que se generen son irrenunciables. Cualquier estipulación en contrario establecida en el contrato de salud previsional se tendrá por no escrita.

No obstante lo anterior, podrán renunciarse los excedentes para destinarlos a financiar los beneficios adicionales de los planes de salud individuales compensados y los planes a que se refiere el artículo 200 del DFL N° 1, esto es los planes grupales y los celebrados con isapres cerradas.

La renuncia deberá manifestarse en forma expresa, mediante el otorgamiento y suscripción de un instrumento denominado "Renuncia a los excedentes de cotización", conteniendo las especificaciones señaladas en el Anexo N° 1 de este Título.

Cualquiera sea la denominación del plan de salud pactado, en el evento que no conste una renuncia expresada en los términos precedentes, los excedentes de la cotización legal que se produzcan en relación con el precio de las Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan convenido serán de propiedad de la persona afiliada, por lo que deberán registrarse y administrarse en conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, y en estas instrucciones.

La renuncia a los excedentes sólo producirá efectos hacia el futuro y será válida hasta que el afiliado opte por retractarse de ella, o bien, cuando, por cualquier causa, cambie de plan de salud.

Los contratos en que se pacte el precio del plan en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, no producirán excedentes de cotización legal.

4. Cierre de la cuenta corriente individual de excedentes

4.1. Las isapres podrán cerrar las cuentas corrientes individuales de los afiliados, cuando los últimos tres saldos disponibles mensuales sean iguales a cero (0).

4.2. Las isapres también podrán cerrar las cuentas corrientes individuales de los afiliados que hayan renunciado a sus excedentes futuros, cuando el saldo disponible de dichas cuentas llegue a ser igual a cero (0).

4.3. Con todo, la cuenta corriente individual, se entenderá cerrada desde el momento en que efectivamente sean traspasados los fondos a otra isapre o al Fonasa, según corresponda.

5. Destino de los excedentes

5.1. El saldo disponible acumulado en la cuenta corriente podrá ser requerido por el afiliado para los fines establecidos en el artículo 188 inciso 3° del DFL N° 1.

Si se trata de financiar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato con cargo a excedentes, se entenderá que éstas comprenden todos aquellos bienes o servicios destinados al control, auxilio, protección y conservación de la salud física o psíquica, y a la prevención, diagnóstico, curación, paliación y rehabilitación de enfermedades y condiciones de salud, según corresponda⁸¹.

En este contexto, la isapre estará obligada a financiar estas prestaciones con cargo a los excedentes de cotización, a requerimiento del beneficiario, cuando sean obtenidas en un establecimiento que otorgue prestaciones de salud y que cuente con autorización sanitaria expresa vigente.

Asimismo, éstas también deberán ser financiadas con cargo a los excedentes cuando sean adquiridas en un establecimiento que no pertenezca a los mencionados y el beneficiario cuente con una prescripción de un profesional habilitado o una indicación de un profesional de la salud dentro del ámbito de su competencia, según lo establecido en el Código Sanitario.

5.2. En el evento que se produzca una situación de morosidad en el pago de las cotizaciones de salud y se determine por la isapre que ésta se ha producido por cesantía del afiliado y no por simple incumplimiento del empleador, la isapre podrá deducir de la cuenta de excedentes los montos necesarios para cubrir las cotizaciones durante el período de cesantía, siempre y cuando conste la autorización del afiliado para tal objeto en el contrato o en un acto posterior.

En caso que no conste la autorización del afiliado a que se ha hecho referencia precedentemente, la isapre, verificando la situación de cesantía, y siempre y cuando el saldo de la cuenta de excedentes del afiliado le permita cubrir una o más cotizaciones adeudadas, deberá comunicar a éste, mediante carta certificada, hasta qué momento podría financiar el contrato con cargo a dicho saldo, informándole, además, del derecho que le otorga el inciso primero del artículo 197 del DFL N° 1, para requerir de la isapre un nuevo plan o su desafiliación, y del procedimiento que se describe en el siguiente párrafo.

Si transcurridos treinta días contados desde la expedición de la carta, dicho cotizante no pague el total de la deuda y no manifestare su voluntad en orden a que el saldo de su cuenta de excedentes se utilice para cubrir dichas cotizaciones, su silencio se entenderá como una autorización tácita para efectuar las deducciones de la cuenta respectiva y cubrir las cotizaciones adeudadas, sin perjuicio del derecho de la isapre a poner término al contrato, cuando proceda, y para cobrar las cotizaciones por la vía ordinaria, en el evento que la situación de cesantía se prolongue y el afiliado no haga uso del derecho a desafiliarse que le confiere el artículo 197 inciso primero del DFL N° 1.

Con todo, la isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar ante la Superintendencia que ha verificado la situación de cesantía del afiliado, mediante un aviso dado por el empleador en la planilla de declaración y pago de cotizaciones o a través de una copia del finiquito del trabajador.

5.3. En cualquier momento el afiliado podrá resolver el destino de sus excedentes.

5.4. Uso de los excedentes

⁸¹ Párrafos 2, 3 y 4, del numeral 5.1, agregados por la Circular IF/N°219, de 13 de junio de 2014.

El afiliado podrá hacer uso de sus excedentes de cotización para los fines previstos en el artículo 188 del DFL N° 1, en cualquier momento. Para tales efectos, deberá efectuar una solicitud a la isapre, la que deberá resolver a más tardar dentro de los dos días hábiles siguientes, de acuerdo al saldo disponible que tenga el cotizante en su cuenta corriente individual.

5.5. Cada vez que el afiliado haga uso de los excedentes, la isapre deberá dejar constancia de ello, sin perjuicio de lo ya indicado para el cotizante que se encuentre en situación de cesantía.

5.6. Los excedentes producidos durante la respectiva anualidad que no sean utilizados por cualquier causa, se acumularán para el período siguiente.

6. Procedimiento de cálculo del saldo de la cuenta corriente individual de excedentes

6.1. Saldo contable y saldo disponible

Se entenderá por saldo contable y saldo disponible lo establecido en los números 1.5 y 1.6, respectivamente del punto 1 "Definiciones" de este Título.

El monto del saldo disponible correspondiente al cumplimiento del semestre de vigencia de beneficios, o al momento en que se ponga término al contrato, deberá ser igual al monto del saldo contable, toda vez que en ese momento deben hacerse efectivos los intereses y reajustes y la isapre debe realizar el cobro de la comisión provisionada en los meses anteriores.

Para determinar los reajustes, intereses y la comisión de cada mes, se considerará el saldo contable registrado el último día del mes respectivo.

6.2. Reajustes e intereses

Los fondos acumulados en la cuenta corriente se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor y devengarán el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo período.

El referido índice corresponderá, por lo tanto, a la tasa promedio de cada mes para captaciones de 90 a 365 días, reajustables en U.F. y que el Banco Central informa anualizada (base 360 días). El cálculo periódico del saldo de los excedentes deberá contemplar, entonces, la duodécima parte de la tasa enunciada por dicho Organismo, a fin de traducirla a base mensual⁸².

Los reajustes e intereses se devengarán mensualmente, pasando a formar parte del saldo contable. Sólo al cumplirse el semestre de vigencia de beneficios respectivo quedarán incorporados en el saldo disponible de la cuenta corriente individual.

6.3. Deducción de la comisión

La comisión a que hace referencia el inciso sexto del artículo 188 del DFL N° 1, será cobrada semestralmente por las isapres. No obstante, como una forma de otorgar simetría respecto de los cargos y abonos que se realizan en la cuenta corriente individual, las isapres están facultadas para provisionar mensualmente dicha comisión, rebajándola del monto acumulado de excedentes.

Dado que la comisión se devenga mensualmente, al momento de provisionarla, las isapres deberán considerar un monto máximo equivalente a la sexta parte del porcentaje de comisión semestral vigente en el mes en que ésta se devenga, según corresponda.

6.4. Usos

Cada vez que el afiliado haga uso de los excedentes, éstos se deducirán de los saldos contable y disponible de la cuenta corriente individual en el mes en que se realice el pago por parte de la isapre.

⁸² Circular N°176, 25.09.2012

7. Comisión

Las isapres podrán cobrar semestralmente a cada cotizante, por la mantención de la cuenta corriente individual de excedentes, siempre y cuando el saldo de ella sea positivo, un porcentaje de los fondos acumulados en dicha cuenta, cuyo rango máximo será fijado por la Superintendencia de Salud, pudiendo establecer un mínimo, en unidades de fomento, a ser cobrado por las isapres, en cualquier circunstancia, por la administración de dichas cuentas corrientes de excedentes.

Esta comisión será aplicada por semestre calendario, es decir, de enero a junio y de julio a diciembre de cada año.

Las instituciones deberán informar a la Superintendencia el porcentaje a que hace referencia el primer punto de este número, cada vez que se modifique su valor, dentro de los cinco primeros días de los meses de diciembre y junio, anteriores a aquél semestre en que se comience a cobrar.

Sin perjuicio del porcentaje de comisión que decidan cobrar las isapres a cada afiliado por la mantención de la cuenta corriente individual, la Superintendencia, a más tardar el 31 de mayo y el 30 de noviembre de cada año, comunicará a las isapres, mediante un oficio circular, el porcentaje máximo a aplicar sobre los fondos acumulados en dichas cuentas, que éstas podrán cobrar por dicho concepto durante el semestre calendario inmediatamente siguiente así como el monto mínimo en unidades de fomento, a que alude el párrafo primero de este punto.

8. Traspaso de los excedentes

8.1. Traspaso de los excedentes a otra isapre

En el evento que se ponga término al contrato de salud y el cotizante se incorpore a otra isapre, deberán traspasarse los fondos acumulados en su cuenta corriente individual de excedentes a la nueva institución de salud previsual.

Para este efecto, la nueva isapre deberá comunicar por escrito a la institución de antigua afiliación la circunstancia de haberse suscrito el contrato, requiriéndole la remisión de los fondos de excedentes que ésta mantuviere en su poder.

La comunicación indicada podrá remitirse hasta el último día hábil de cada mes, adjuntando una nómina en que se individualice y se indique el número de R.U.T. del o los cotizantes que hubiesen celebrado contrato el mes anterior.

La isapre de antigua afiliación dispondrá de un plazo de quince días hábiles, contado desde la recepción de la comunicación, para remitir los fondos de la cuenta corriente de excedentes de cotización o informar de su inexistencia, según corresponda. El retardo en el traspaso de los excedentes obligará a la isapre deudora a asumir los reajustes e intereses que se generen durante la mora, sin derecho a cobrar comisión.

La nueva isapre se hará cargo de los reajustes e intereses del mes en que se concrete el traspaso, pudiendo cobrar la comisión correspondiente.

Si los fondos acumulados en la cuenta ascienden a un monto inferior a 0.019 Unidades de Fomento, la isapre deudora podrá abstenerse de efectuar su traspaso, comunicando el motivo correspondiente a la isapre de nueva afiliación e indicando el monto acumulado en la cuenta. Lo señalado es sin perjuicio que dicha suma deberá ser traspasada en su totalidad cuando así lo solicite el afiliado, por cualquier medio escrito.

La isapre deudora dispondrá de quince días hábiles, contado desde la recepción de la comunicación, para responder a la isapre de nueva afiliación. Asimismo, contará con igual plazo para remitir los fondos solicitados expresamente por el afiliado.

8.2. Traspaso de los excedentes al Fonasa

En caso que se ponga término al contrato de salud y el interesado decida, a partir de ese momento, efectuar sus cotizaciones en el Fonasa, los haberes existentes a su favor deberán ser traspasados a dicho Organismo a más

tardar el día 15 del mes subsiguiente a aquél en que se termine la vigencia de los beneficios en la isapre. Para el traspaso de excedentes al Fonasa, la isapre deberá enviar el Archivo indicado en el Anexo N° 3.

En el evento que los fondos acumulados en la cuenta ascienden a un monto inferior a 0.019 Unidades de Fomento, la isapre deudora podrá abstenerse de efectuar su traspaso al Fonasa, a menos que así lo solicite el afiliado por cualquier medio escrito. En este caso la isapre dispondrá de quince días hábiles, contado desde la recepción de la comunicación, para remitir dichas sumas al Fonasa⁸³.

8.3. Tratamiento contable

Cuando las cuentas corrientes con montos inferiores a 0.019 UF no hayan sido traspasadas a la nueva isapre de los respectivos cotizantes o al Fonasa, según el caso, podrán ser rebajados del pasivo correspondiente, e imputarse a la cuenta código 30062, "Otros Ingresos no Operacionales", transcurridos tres meses desde la terminación del contrato de salud.

8.4. Traspaso de los fondos acumulados en las cuentas corrientes individuales de excedentes de cotizaciones de afiliados que al término del contrato con una isapre cotizan para salud en el Fonasa

El traspaso a que se refiere el inciso final del artículo 188 del DFL N° 1, deberá efectuarse a más tardar el día quince del mes subsiguiente a aquél en que se termine la vigencia de los beneficios en la isapre.

Las Instituciones deberán mantener a disposición de la Superintendencia todos los documentos que acrediten el término del contrato de salud entre la isapre y el cotizante; siendo idóneo cualquiera de los siguientes: Carta de desafiliación visada, F.U.N. tipo 2 o carta de desafiliación por mutuo acuerdo.

9. Situaciones especiales

9.1. Cotizante que pasa a ser carga o beneficiario de otro

El excedente acumulado de un afiliado que pasa a ser carga legal o médica de otro cotizante, deberá incrementar la cuenta del titular del contrato. En caso que dicho beneficiario recupere su calidad de cotizante, no tendrá derecho a solicitar la devolución de lo que hubiere aportado.

9.2. Beneficiario-cotizante

Si la carga médica, con el aporte del 7% de su remuneración, contribuyera a generar excedentes, éstos se entenderán de propiedad del titular de modo que no tendrá derecho a solicitar su devolución.

9.5. Cotizante que fallece

En este caso debe entenderse que el contrato expira el último día del mes del fallecimiento del cotizante. A partir de ese momento los fondos acumulados en la cuenta corriente individual pasarán a formar parte de la masa hereditaria, no devengando reajustes, intereses ni siendo procedente el cobro de comisión.

10. Revocación de la renuncia a los excedentes suscrita con anterioridad al 1 de marzo de 2009

10.1. Efectos de la revocación de la renuncia

Cualquiera sea el tipo de plan, en aquellos casos en que la renuncia se hubiese suscrito a objeto de pactar determinados beneficios, adicionales al plan de salud, la revocación de ésta facultará a la isapre para dar término a los señalados beneficios.

Por otra parte, en los casos en que la renuncia se suscribió a objeto de acceder a un plan con mayores beneficios, la revocación de ésta no afectará el plan de salud vigente, que deberá permanecer en los términos pactados.

10.2. Procedimiento de revocación

⁸³ Última frase del primer párrafo del numerando 8.2 fue incorporada a través de Circular IF/N° 164, del 3 de enero de 2012.

La revocación de la renuncia a los excedentes se sujetará al siguiente procedimiento:

10.2.1. Quien desee revocar su renuncia a los excedentes deberá comunicarlo en cualquier oficina, agencia, sucursal o portal web de la isapre, acto en el cual requerirá información relativa a los efectos de la revocación de su renuncia a los excedentes, mediante la utilización de la primera parte del formulario cuyo formato se contiene en Anexo N° 2 de este Título, denominado “Revocación de Renuncia a los Excedentes de Cotización” y que deberá estar disponible físicamente en las agencias y oficinas de las isapres y en el portal web de éstas y de la Superintendencia de Salud.

10.2.2. La isapre dispondrá de un plazo de cinco días hábiles para completar la segunda parte del formulario, debiendo señalar con precisión los efectos de la revocación, incorporando una marca visible en el casillero correspondiente a la situación en que se encuentre el o la cotizante que haya solicitado la información, según los casos referidos en el punto 10.1 precedente “Efectos de la revocación de la renuncia”.

Dicha información deberá estar a disposición del o la cotizante en las oficinas de la isapre o en el portal Web, en el caso que la solicitud haya sido efectuada por esta vía por un afiliado o afiliada registrado en él, según los procedimientos de la isapre.

10.2.3. Una vez transcurridos los cinco días hábiles señalados y estando en conocimiento de la información referida precedentemente, el o la cotizante podrá suscribir, personalmente o por representante habilitado al efecto, su revocación de la renuncia.

El documento en que conste la revocación de la renuncia a los excedentes se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada contratante.

10.2.4. El formulario que se genere en relación a la retractación de la renuncia a los excedentes de cotización deberá mantenerse en la carpeta del o la cotizante.

Anexo Nº 1 RENUNCIA A LOS EXCEDENTES DE COTIZACIÓN

EN PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS Y EN LOS PLANES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 200 DEL DFL Nº 1: PLANES GRUPALES Y PLANES SUSCRITOS CON ISAPRES CERRADAS

En a ... de de....., el o la cotizante Sr.(a)....., RUT, por este acto manifiesta expresamente su determinación de renunciar a los excedentes de cotización legal que se produjeren o pudieren producirse a contar de esta fecha.

Quien suscribe declara que esta renuncia se fundamenta en su deseo e intención de destinar estos fondos, de su propiedad, (marcar alternativa que corresponda)

A financiar los siguientes beneficios adicionales al plan de salud:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

A financiar los mayores beneficios que otorga el plan (individualizar el plan)

Esta renuncia sólo producirá efectos hacia el futuro y será válida hasta que el afiliado opte por retractarse de ella, o bien, cuando, por cualquier causa, cambie de plan de salud.

Eliminado

El presente documento se suscribe en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada contratante.

FIRMA COTIZANTE

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE
NOMBRE:.....
RUT:.....

Anexo Nº 2 REVOCACIÓN DE LA RENUNCIA A LOS EXCEDENTES DE COTIZACIÓN

Parte I: El o la cotizante deberá completar alguna de las siguientes situaciones:

Declaro estar en conocimiento y/o disponer de la información relativa a los efectos de mi revocación de la renuncia a los excedentes de cotización.

Solicito se me informen los efectos de mi eventual revocación de la renuncia a los excedentes de cotización. (La información relativa a los efectos de la revocación estará disponible el 5° día hábil)

Firma

Fecha

Parte II: Información sobre efectos de la Revocación (no será necesario detallar los beneficios si el o la cotizante declaró conocerlos)

Isapre _____ informa a usted que (marcar alternativa que corresponde a situación de cotizante):

La renuncia a los excedentes de cotización se suscribió a objeto de pactar determinados beneficios adicionales al plan de salud, que se individualizan:

1.....

2.....

3.....

Los beneficios señalados se mantienen vigentes **SI**

NO

En el caso de no mantener los beneficios individualizados, la revocación de la renuncia importará dejarlos sin efecto, a contar de..... de..... de 20..... (Esta fecha deberá ser completada por la isapre, indicando el primer día del mes subsiguiente a la fecha de la revocación).

La renuncia se formuló a objeto de acceder a un plan con mayores beneficios. La presente revocación no afectará el plan de salud vigente.

Parte III: Revocación de renuncia a los excedentes:

En conocimiento de la información proporcionada por Isapre _____, referida a los efectos de la revocación, vengo en revocar dicha renuncia.

Cotizante _____ **Rut** _____ **Firma** _____

Firma representante isapre y timbre

Fecha Suscripción

Anexo N° 3 Archivo de traspaso de excedentes al Fonasa ⁸⁴

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	RUN persona afiliada	Numérico
02	DV persona afiliada	Alfanumérico
03	Saldo cuenta excedente	Numérico

Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	RUN de la Persona Afiliada	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante que se afilió a FONASA y que mantenía cuenta corriente de excedentes.
02	DV del RUN de la Persona Afiliada.	Corresponde al dígito verificador del RUN de la persona cotizante que se afilió a FONASA y que mantenía cuenta corriente de excedentes.
03	Saldo Cuenta Excedente	Corresponde al monto que tenía la persona cotizante en la cuenta corriente de excedentes al momento de desafiliarse a la isapre para afiliarse en el FONASA.

Características generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre del Archivo	- Traspaso excedentes de cotización

⁸⁴ Anexo incorporado a través de Circular IF/N° 164, del 3 de enero de 2012.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none">- Archivo TXT- Un registro por línea- Separador de campo carácter pipe ()

Título X: Determinación de la tabla de reajustes e intereses aplicable a las cotizaciones de salud pagadas fuera del plazo legal

1. La Superintendencia confecciona y emite mensualmente, en relación con el período de pago que corresponda, la tabla de reajustes e intereses que regirá para el cálculo de todas aquellas cotizaciones de salud que no hayan sido pagadas de forma oportuna.

2. La fecha de emisión de la referida tabla será el día veinte de cada mes. Si éste recae en un día sábado domingo o festivo, la emisión se prorrogará automáticamente al día hábil siguiente.

3. La tabla contendrá los datos relativos a los meses de devengamiento de las remuneraciones anteriores al mes que corresponda al del pago.

Asimismo, se informará la tasa que resultó relevante para el cálculo de los intereses y que, por consiguiente, se ha utilizado para la confección de la respectiva tabla.

4. En uso de las atribuciones conferidas a la Superintendencia de Salud en el artículo 110 N° 2 del DFL N° 1, se informa la modificación en la interpretación de la aplicación del artículo 186 del citado DFL N° 1, en lo que respecta al empleo de una tasa de interés compuesto para el cálculo de los intereses penales de las cotizaciones que no se paguen oportunamente por el empleador, la entidad encargada del pago de la pensión, el trabajador independiente o el imponente voluntario⁸⁵.

En consecuencia, se han efectuado los ajustes correspondientes en la confección de la tabla de intereses y reajustes que la Superintendencia pone a disposición en la página Web institucional, como herramienta de cálculo. La tabla se inicia para pagos que deberán efectuarse en el mes de mayo de 2010 y considera la posibilidad de efectuar cálculos retroactivos a contar del mes de enero de 2005.

La vía de acceso a la aplicación se efectúa ingresando en la sección “Aseguradoras Fonasa e isapres”, para luego seleccionar “Isapres” y luego “Información”, que contiene el link a “Tabla de reajustes e intereses.

⁸⁵ Modificado por la Circular IFN°152, del 30 de junio de 2011.

Título XI: Obligación de las isapres de recibir las actas de fiscalización de la Dirección del Trabajo, respecto al cumplimiento de la obligación de los empleadores de enterar las cotizaciones de salud que descuentan a sus trabajadores

El cumplimiento de esta obligación deberá sujetarse a las siguientes reglas:

1. Las isapres deberán recibir las “Actas de Fiscalización” que la Dirección del Trabajo les remita, en cumplimiento de la obligación que le impone el inciso final del artículo 185 del DFL N° 1.
2. Las isapres no podrán devolver dichas Actas, fundándose en que el trabajador ya no tiene la calidad de afiliado con contrato de salud vigente.
3. Sólo se permitirá la devolución cuando las respectivas Actas de Fiscalización se refieran a períodos de cotizaciones impagas en que el trabajador no era afiliado a la Institución de Salud Previsional que corresponda.

Título XII: Acreditación del pago de las cotizaciones de salud

En virtud de lo dispuesto en el inciso quinto del artículo 162 del Código del Trabajo, la cotización de salud deberá encontrarse pagada al momento en que un empleador ponga término a una relación de trabajo, razón por la cual las isapres deberán colaborar con los empleadores, mediante la certificación del pago de las cotizaciones correspondientes, para que éstos puedan dar cumplimiento al requisito antes mencionado.

1. Certificado de cotizaciones de salud pagadas

A requerimiento del empleador o de quien lo represente, las isapres deberán emitir un documento denominado Certificado de Cotizaciones de Salud Pagadas, cuyo formato se contiene en Anexo de este Título, el que deberá contener la información relativa a las cotizaciones de salud que hubiesen sido pagadas por el respectivo empleador.

El certificado referido en el párrafo anterior deberá ponerse a disposición del empleador dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la fecha de recepción de la solicitud en las oficinas de la isapre.

Las isapres no estarán obligadas a certificar el último período de pago -correspondiente al mes de despido- el que deberá ser acreditado por el empleador ante el trabajador con la respectiva planilla de pago. De igual forma deberá proceder el empleador, cuando pague cotizaciones de salud previamente declaradas o atrasadas sin declaración.

2. Excepción a la obligación de emitir el certificado

En caso que las isapres se vean enfrentadas a problemas operativos insuperables, que les impidan certificar el pago de cotizaciones correspondiente al mes anterior al del despido, las instituciones podrán verse excepcionadas de certificar la información respecto de dicho período.

3. Formulario de solicitud de certificado de cotizaciones pagadas

Las isapres deberán mantener en sus agencias, a disposición de los empleadores, el formulario de Solicitud de Certificado de Cotizaciones de Salud Pagadas, el cual será de diseño libre, debiendo emitirse en original para la isapre y copia para el empleador.

Los datos mínimos que deberá contener la solicitud, serán los siguientes:

- a.- Fecha de la solicitud (ddmmaaaa)
- b.- Nombre o razón social y número de RUT del empleador
- c.- Nombre completo y número de RUT del trabajador
- d.- Período solicitado a certificar (desde – hasta)
- e.- Fecha de entrega (a llenar por la isapre)
- f.- Timbre de recepción y firma del funcionario de la isapre.

El original de la solicitud y la copia del Certificado de Cotizaciones de Salud Pagadas, deberán mantenerse en la isapre, por un período de doce meses.

Anexo

CERTIFICADO DE COTIZACIONES DE SALUD PAGADAS

Fecha de emisión

Isapre _____, certifica que a la fecha de emisión del presente documento, el empleador (nombre o razón social) _____, RUT _____, ha pagado las cotizaciones de salud correspondientes al Sr. _____, RUT _____, de acuerdo al siguiente detalle:

MES DE DEVENGAMIENTO DE LA REMUNERACIÓN	COTIZACIÓN PACTADA (\$)	MONTO COTIZADO (\$)	FECHA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN

Se extiende el presente certificado a petición del empleador

FIRMA Y TIMBRE ISAPRE

Título XIII: Obligación de las isapres de recibir el pago de cotizaciones atrasadas

Las isapres no pueden excusarse de recibir el pago del total de las cotizaciones atrasadas correspondientes a uno de sus cotizantes, por no haberse incluido en dicho pago, las cotizaciones atrasadas del resto de los afiliados que aparecen registrados en una misma planilla declarada, pues con ello se estaría imponiendo a los empleadores un requisito adicional al previsto en la ley para el ejercicio de la facultad de poner término a una relación laboral.

Título XIV: Cotizaciones durante los periodos de incapacidad laboral ⁸⁶

1. Plazo para el pago

Durante los períodos de incapacidad laboral de los trabajadores dependientes e independientes, se deben efectuar las cotizaciones que establece la normativa vigente destinada a financiar prestaciones de salud y de previsión, conforme lo dispuesto por el artículo 22 del DFL N° 44, de 1978 y el artículo 17 del DL N° 3.500, de 1980.

Las aludidas cotizaciones deberán enterarse en las instituciones que corresponda, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se autorizó la licencia médica, y por ende, en que se devengó el subsidio, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

2. Base de cálculo

Durante los períodos de incapacidad laboral, las cotizaciones que los afiliados deben efectuar se calculan sobre la base de la última remuneración o renta imponible correspondiente al mes anterior en que se haya iniciado la licencia o en su defecto la estipulada en el respectivo contrato de trabajo.

En consideración a que tanto el artículo 22 del DFL N° 44, de 1978, ya citado, como el artículo 17 del mencionado DL N° 3.500 exigen cotizar durante los períodos de incapacidad laboral, para efectos del cálculo y entero de las referidas cotizaciones, se deben incluir los tres primeros días de licencia médica igual o inferior a diez días que constituye un período de carencia del subsidio. De esta manera, se deberá cotizar para previsión y salud por los trabajadores que cumplan con los requisitos para tener derecho a subsidio, aún cuando no perciban suma alguna por dicho concepto por efecto de la carencia que contempla el artículo 14 del citado DFL N° 44.

A fin de que el trabajador en goce de subsidio no se vea afectado en el monto líquido del beneficio por efecto de las cotizaciones que debe realizar, el artículo 95 de la Ley N° 18.768 dispone el incremento de los subsidios en el mismo monto de las cotizaciones que se deben efectuar.

3. Convenio de pago

Las isapres que en uso de la facultad que les confiere el artículo 19 del citado DFL N° 44, celebren convenio con los empleadores para el pago de los subsidios, deberán tener presente que tal facultad no puede hacerse extensiva al pago de las correspondientes cotizaciones, dado que tal obligación no es delegable conforme a lo dispuesto en el artículo 195 del DFL N° 1, consecuente con lo expresado en el artículo 22 del DFL N° 44, de 1978 y el artículo 17 del DL N° 3.500, de 1980.

4. Planilla de recaudación

Las isapres deberán utilizar las planillas de recaudación de imposiciones elaboradas por el Instituto de Previsión Social (ex Instituto de Normalización Previsional) para el entero de dichas imposiciones durante los períodos de incapacidad laboral.

⁸⁶ D.L. N° 3.500, de 1980 y del D.F.L. N° 44, de 1978. Ley N° 19.728, artículo 8°

Título XV: IVA y cotizaciones previsionales

La exención establecida en los números 6 y 7 del artículo 13 del DL N° 825, de 1974, sólo alcanza a las cotizaciones del afiliado y las que se hacen a favor de personas por las cuales aquel perciba asignación familiar que no excedan el tope máximo legal, quedando, en consecuencia, gravadas con el impuesto al valor agregado las cotizaciones adicionales relativas a personas por las cuales el cotizante no tenga derecho a percibir asignación familiar, como por toda otra cotización que exceda del tope máximo legal de 4.2, o 4.529 Unidades de Fomento, según corresponda (o el tope que fije la Superintendencia de Pensiones).⁸⁷

El tributo se devengará en el momento en que se perciban o se pongan, en cualquier forma, a disposición del prestador del servicio.

Para los efectos de la aplicación del impuesto al valor agregado, la base imponible de las ventas o servicios estará constituida por el valor de las operaciones respectivas, debiendo adicionarse a dicho valor, si no estuvieren comprendidas en él, entre otros, el monto de los reajustes, intereses y gastos de financiamiento de la operación a plazo, incluyendo los intereses moratorios que se hubieren hecho exigibles o percibido anticipadamente en el período tributario.

En consecuencia, es criterio del Servicio de Impuestos Internos, como organismo competente para interpretar las normas que regulan la materia, que el impuesto al valor agregado originado en las cotizaciones adicionales relativas a personas por las cuales el cotizante no tenga derecho a percibir asignación familiar, como por toda otra cotización que exceda del tope máximo legal de 4.2, o 4.529 Unidades de Fomento, según corresponda (o el tope que fije la Superintendencia de Pensiones), se devenga en el momento en que se perciban o se pongan, en cualquier forma, a disposición de la isapre, los ingresos provenientes de la prestación de servicios de salud.

Para los efectos de la aplicación del impuesto, ese organismo no considera que la declaración de las cotizaciones, sin el pago correspondiente, que hace el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, sea una forma de poner a disposición de la isapre los ingresos pertinentes.

Por lo tanto, sólo procederá incluir las referidas cotizaciones de salud en el Libro de Ventas, en el mes en que efectivamente éstas sean pagadas, debiendo considerarse como base imponible para la determinación del débito fiscal, el monto de las respectivas cotizaciones, más el monto de los reajustes e intereses que se originen entre el último día del plazo en que debió efectuarse el pago y el día en que efectivamente éste se realice.

⁸⁷ La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2014, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento.

La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2013, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 70,3 Unidades de Fomento.

La Resolución Exenta N° 16, 05.01.2012, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 67,4 Unidades de Fomento.

La Resolución Exenta N° 27, 06.01.2011, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 66 Unidades de Fomento.

Título XVI: Cotizaciones de trabajadores dependientes con más de un empleador

1. Los trabajadores dependientes que perciban simultáneamente remuneraciones de dos o más empleadores deberán sumar todas las remuneraciones para los efectos del pago de sus cotizaciones de salud, hasta el límite máximo imponible de 4.2, o 4.529 Unidades de Fomento, según corresponda (o el tope que fije la Superintendencia de Pensiones), del último día del mes anterior al cual correspondan las remuneraciones, siempre que los empleos tengan una misma calidad laboral y los afecte un mismo régimen previsional.⁸⁸

2. En el caso que la suma de las remuneraciones sea superior al límite máximo imponible, los trabajadores deberán cotizar por las remuneraciones mayores hasta el límite máximo imponible, excluyendo o limitando a las restantes, según corresponda.

En el caso que las remuneraciones sean de igual monto, prevalecerán, para estos efectos, los contratos de trabajo más antiguos.

3. Todo lo anterior deberá acreditarse a los empleadores a través de los respectivos certificados de remuneraciones o de pago de cotizaciones, según corresponda.

Título XVII: Imprudencia de compensación que indica⁸⁹

Las deudas de cotizaciones del empleador público no podrán ser compensadas con el reembolso, del equivalente al Subsidio por Incapacidad Laboral, que debe ser pagado por el Fonasa y las Isapres en caso de licencias médicas de funcionarios públicos, según lo dispone el artículo 12 de la Ley N° 18.196.

Por consiguiente, el pago de las cotizaciones adeudadas por este tipo de empleador deberá exigirse conforme a lo dispuesto en el Título IV del Capítulo III de este Compendio y, en su caso, según el procedimiento de cobro previsto en la Ley N°17.322.

⁸⁸ La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2014, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento.

La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2013, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 70,3 Unidades de Fomento.

La Resolución Exenta N° 16, 05.01.2012, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 67,4 Unidades de Fomento.

La Resolución Exenta N° 27, 06.01.2011, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 66 Unidades de Fomento.

⁸⁹ Título incorporado por la Circular IF N° 145 de fecha 15 de marzo de 2011.

Capítulo IV Licencias Médicas

Título I. Facultades de la Superintendencia de Salud en materia de licencias médicas

Corresponde a la Superintendencia de Salud controlar y fiscalizar los plazos y demás actuaciones de las isapres relativas a la tramitación de las licencias médicas y sus efectos.

Título II. Disposiciones comunes para el otorgamiento y tramitación de las licencias médicas

En conformidad a la legislación vigente, las licencias médicas pueden otorgarse y tramitarse en formularios cuyo soporte puede ser en papel o medios electrónicos.

En la tramitación de las licencias médicas las isapres deberán sujetarse a las instrucciones contenidas en el DS N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento de autorización de licencias médicas por las Compin e Instituciones de Salud Previsional y a las instrucciones de la Superintendencia.

1. Autorización de la licencia médica

Para la debida calificación y autorización de las licencias médicas, el control del correcto goce de este beneficio y las otras funciones que la Ley y el DS N° 3 asignan a las isapres, éstas deben contar con el apoyo técnico de médicos cirujanos y otros profesionales que ellas determinen. Los únicos profesionales que pueden pronunciarse sobre licencias médicas son los médicos cirujanos autorizados por la isapre.

Esta Superintendencia llevará un registro público de los profesionales médicos que autorizan, modifican y rechazan licencias médicas en la isapre, denominado "Registro de Contralores Médicos de Isapre"⁹⁰.

2. Recepción y derivación de la licencia al médico designado para su revisión

Una vez recibido el formulario de la licencia en las oficinas de la isapre, con indicación de fecha, se debe examinar si en él se consignan todos los datos requeridos para su resolución y se procede a completar aquellos omitidos que obren en su poder.

Si la recepción del formulario de licencia no mereciere observaciones, se procede a remitirlo en forma inmediata al médico cirujano que se haya designado por la isapre para pronunciarse sobre dicho documento, acompañando los antecedentes de licencias anteriores registradas que obren en su poder y los demás que sean necesarios para su acertada resolución.

3. Pronunciamiento de la isapre

El pronunciamiento o resolución que dicte la isapre deberá consignarse en la sección B del actual formulario de la licencia médica, numerarse y ser firmado por el profesional autorizado, expresándose claramente la resolución adoptada y dejándose constancia de los fundamentos y antecedentes tenidos a la vista para su emisión.

En caso de modificación, reducción o rechazo de la licencia médica, las referidas instituciones deberán remitir al trabajador, copia de la Sección B del Formulario de licencia médica o un documento confeccionado en forma manual o electrónica, que sea exacto y tenga las mismas menciones que la Sección B del Formulario de Licencia Médica, debidamente timbrado⁹¹.

⁹⁰ Título III de la Circular IF/N°177 de 17.10.2012

⁹¹ 2° párrafo incorporado a través de la Circular IF/N° 165, del 11.01.2012 Modifica circulares conjuntas de la Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social, en la parte relativa a formalidades de las resoluciones y de la notificación de los pronunciamientos sobre licencias médicas.

La isapre puede rechazar o aprobar la licencia médica, reducir o ampliar el período de reposo indicado o cambiarlo de total a parcial o viceversa.

Cabe advertir que dicha facultad no puede ser ejercida en forma discrecional, sino que estar fundada en antecedentes médicos y disposiciones administrativas que establece el DS N° 3, de 1984, los que debe analizar el médico cirujano autorizado por la isapre para pronunciarse sobre ella.

4. Procedimiento de visación de una licencia con aprobación pura y simple

En el procedimiento de visación de licencias médicas, si el pronunciamiento de la isapre consiste en la aprobación pura y simple de la licencia, se autoriza a las isapres para utilizar un timbre que contenga la expresión: "AUTORIZADA POR CONTRALORÍA MÉDICA", como medio alternativo a la firma del médico autorizado para pronunciarse sobre la materia, el cual deberá estamparse en la sección del formulario destinada a registrar el nombre, firma y timbre de éste.

El mecanismo especial señalado precedentemente sólo está referido a las licencias médicas cuyo pago es de cargo de las isapres, ya que en el caso de las licencias maternas y por enfermedad grave del hijo menor de un año, se debe estampar en el formulario la firma, nombre y timbre del médico, cuando se autoriza el reposo prescrito por el médico tratante, considerando que se involucran fondos fiscales.

De optar la Institución por este mecanismo especial, deberá tener en consideración que, en los casos en que haya operado una aprobación tácita de la licencia médica, por efectos de la aplicación del artículo 196 del DFL N° 1, no podrá dejarse en blanco el espacio que corresponde a la firma y nombre del médico autorizado, sino que en su lugar deberá registrarse el timbre de autorización de la Contraloría Médica.

El uso del timbre indicado precedentemente quedará bajo la tuición y responsabilidad del (los) médico(s) cirujano(s) autorizado(s) por la isapre para pronunciarse sobre las licencias médicas, quienes deberán tomar los resguardos necesarios para asegurar su correcta utilización.

5. Cómputo de plazo de recepción de la licencia médica ⁹²

Para los efectos del cómputo del plazo de recepción de la licencia médica por la isapre, el día sábado se considerará inhábil.

6. Tipos de licencia médica

Las licencias médicas pueden tener su origen en una enfermedad o accidente común, en la maternidad, o en un accidente del trabajo o enfermedad profesional.

En consecuencia, las licencias médicas pueden tener su origen en alguna de las siguientes causas específicas:

- 1 = Enfermedad o accidente común
- 2 = Prórroga medicina preventiva
- 3 = Licencia maternal pre y postnatal
- 4 = Enfermedad grave hijo menor de 1 año
- 5 = Accidente del trabajo o del trayecto
- 6 = Enfermedad profesional
- 7 = Patología del embarazo

⁹² La Superintendencia de Seguridad Social, acogiendo una petición formulada por la Superintendencia de Salud, reconsideró su doctrina, en el sentido expresado en el párrafo de que se trata, señalando que, atendido que las isapres no trabajan en día sábado, para efectos del cómputo de que disponen éstas para pronunciarse sobre las licencias médicas no debe considerarse el día sábado.

7. Formulario de licencia médica

El formulario de licencia médica es un documento que puede ser extendido por un médico cirujano, cirujano-dentista o matrona, mediante el cual el profesional certifica que un trabajador se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar, prescribiendo reposo total o parcial, por un lapso determinado.

Una vez que la licencia médica ha sido autorizada por la entidad que corresponda, esto es, la Unidad de Licencias Médicas de los Servicios de Salud, la Compín o la Isapre, según sea el caso, puede dar derecho al pago de un subsidio por incapacidad laboral (SIL) si se cumplen los demás requisitos establecidos en la normativa vigente.

8. Menciones que debe consignar el profesional en la licencia médica

El profesional deberá completar únicamente la sección A del formulario.

Cuando la licencia se extienda en formulario cuyo soporte sean en papel, deberá llenarse en forma manuscrita, con letra imprenta, clara y legible.

- A.1. Identificación del trabajador o trabajadora (nombre completo, run, edad y sexo).
Fecha de emisión de la licencia;
Fecha de inicio del reposo;
Días de duración de la licencia en números y en palabras. Para efectos de la duración del reposo se considerarán días corridos, debiendo incluirse los días sábados, domingos y festivos;
- A.2. Identificación del hijo, en caso de licencia médica por enfermedad grave del hijo menor de un año y post natales (nombre completo, fecha de nacimiento y RUN).
- A.3. Tipo de licencia, registrando, del 1 al 7, el número que corresponda.
Recuperabilidad de la capacidad para trabajar;
Circunstancia de haberse iniciado trámite de invalidez;
Indicación de tratarse de un accidente del trayecto o no;
Fecha y hora del accidente del trabajo o del trayecto;
Fecha de la concepción, para licencias tipo 3 y 7.
- A.4. Características del reposo, según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche. Las licencias pre y post natales y por enfermedad grave del hijo menor de un año, sólo podrán ser por reposo total.
Lugar de reposo, indicando que se deberá cumplir en su domicilio, hospital u otro domicilio y, en este último caso, el motivo del cambio de domicilio de reposo, su dirección y teléfono, incluyendo teléfono de contacto
- A.5. Identificación completa del profesional otorgante.
- A.6. Diagnóstico principal y otros diagnósticos incluyendo los antecedentes clínicos y exámenes de apoyo diagnóstico (fecha de la intervención quirúrgica u otros procedimientos, complicaciones de las patologías, entre otros).

Si el trabajador tuviere más de un empleador, el profesional deberá extender un formulario para cada uno de ellos.

9. Revisión de la licencia médica por la isapre

Las isapres, al momento de recibir las licencias médicas, deberán ejercer la facultad de revisión, conforme dispone artículo 19 del DS N° 3, de 1984.

Cuando se trate de licencias en soporte en papel, desprenderán el sello que oculta la Sección A.6 y examinarán el documento en su totalidad. En el evento que el profesional que extiende la licencia hubiese omitido consignar en ella el o los diagnósticos en que se funda el reposo, la isapre devolverá el formulario al empleador o al trabajador independiente para que sea completado dentro del segundo día hábil siguiente.

El cómputo de los plazos a que se refiere el artículo 25 del DS N° 3, de 1984, empezará a correr desde la fecha de reintegro de la licencia devuelta.

10. Menciones que debe consignar el empleador o trabajador independiente en la licencia médica ⁹³

El empleador deberá completar la sección C del formulario.

Cuando la licencia se extienda en formulario cuyo soporte sean en papel, deberá llenarse en forma manuscrita, con letra imprenta, clara y legible.

C1 Identificación completa del empleador o trabajador independiente;

Indicación de la actividad laboral del trabajador y su ocupación;

C2 Identificación del régimen previsional del trabajador;

Calidad del trabajador;

Fecha de primera afiliación a una entidad previsional;

Fecha de contrato de trabajo;

Tipo entidad pagadora del subsidio;

Nombre entidad pagadora del subsidio;

C3 Informe de remuneraciones imponibles, rentas y/o subsidios, consignando la información correspondiente a los meses anteriores a la fecha de la incapacidad, excepto las remuneraciones ocasionales o que correspondan a un período superior a un mes;

En caso de licencias maternales deberá completarse, además, el cuadro complementario;

Porcentaje de Desahucio, en el caso de los funcionarios públicos que mantienen el régimen de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos, entre otros;

Remuneración imponible total del mes anterior al inicio de la licencia médica, con el tope de las 60 U.F.; ⁹⁴

C4 Indicar si el trabajador ha tenido licencias médicas anteriores en los últimos seis meses. En caso afirmativo, consignar la información correspondiente;

⁹³ En el caso de los trabajadores dependientes, el empleador, además, deberá consignar información sobre el tipo de contrato de trabajo (indefinido, plazo fijo o por obra o faena determinada) y si el trabajador está inscrito en el Seguro de Cesantía de la Ley N° 19.728.

⁹⁴ La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2014, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento, a contar de enero de 2014.

La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2013, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 70,3 Unidades de Fomento, a contar de enero 2013.

La Resolución Exenta N° 16, 05.01.2012, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 67,4 Unidades de Fomento, a contar de enero 2012.

La Resolución Exenta N° 27, 06.01.2011, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 66 Unidades de Fomento, a contar de enero 2011.

El empleador y el trabajador independiente deberán suscribir el formulario de licencia médica, consignando su nombre. El empleador, además, deberá estampar su timbre cuando la licencia conste en soporte en papel.

11. Menciones que debe consignar en la licencia médica la Compín, la Unidad de Licencias Médicas o la Isapre

La Compín, la Unidad de Licencias Médicas del Servicio de Salud o la Isapre deberá completar, cuando corresponda, la sección B del formulario.

Cuando la licencia se extienda en formulario cuyo soporte sean en papel, deberá llenarse en forma manuscrita, con letra imprenta, clara y legible.

- Nombre del servicio de salud o Isapre;
- Establecimiento;
- Código del establecimiento;
- Número de la resolución;
- Tipo de licencia, fecha de inicio y término y número de días autorizados;
- Código de diagnóstico;
- Si se trata de una primera licencia médica o de una continuación y, en este último caso, el número de días previos;
- La resolución que recae sobre la licencia médica; llenando el casillero con el número correspondiente: 1 = Autorízase; 2 = Recházase; 3 = Ampliase; 4 = Redúcese; 5 = Pendiente de Resolución.
- Causales de rechazo;
- Características del reposo según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche;
- Si la licencia autorizada da o no derecho a subsidio por incapacidad laboral, especificándose si el subsidio es de cargo del empleador;
- Especificar causa de modificación o rechazo; el cual debe llenarse con el número que corresponda: 1 = Reposo injustificado; 2 = Diagnóstico irrecuperable; 3 = Fuera de plazo; 4 = Incumplimiento del reposo; 5 = Otro (especificar).
- En caso de quedar pendiente de resolución, especificar los motivos;
- Fecha de recepción del formulario y fecha de emisión de la resolución;
- Fecha del Redictamen;
- Nombre, timbre y firma del médico autorizado;
- Registro de Colegio Médico.

11.1 Licencia pendiente de resolución

Corresponde estampar en la Sección B del formulario de licencia, el N° 5 = Pendiente de Resolución, cuando la Unidad de Licencias Médicas o la Compín, según corresponda, han prorrogado el plazo de que disponen para emitir el pronunciamiento pertinente, por requerir un mayor estudio de los antecedentes.

Las Isapres no podrán utilizar el N° 5 = Pendiente de Resolución, para pronunciarse respecto de una licencia médica, toda vez que la normativa vigente no contempla la posibilidad que éstas puedan ampliar el plazo de tres días de que disponen para emitir dicho pronunciamiento.

11.2. Redictamen

En cuanto al casillero “Redictamen” de la Sección B del formulario de licencia, si la entidad encargada de pronunciarse respecto de la licencia médica modifica la resolución primitiva, sea de oficio o a petición de parte, deberá indicarlo marcando con una X el casillero existente al lado izquierdo de la palabra “Redictamen”.

12. Rechazo de la licencia

Cualquiera sea la causal o causales invocadas, en la resolución de rechazo deberá indicarse el fundamento de su aplicación.

12.1. Rechazo por diagnóstico irrecuperable

En relación a la causal de rechazo indicada con el N° 2, esto es, “Diagnóstico irrecuperable”, de la sección B del formulario de licencia médica, se deberá tener presente que no basta que la patología tenga una naturaleza crónica o irrecuperable para rechazar la licencia médica, debiendo analizarse, en cada caso, si al término del reposo la persona va a estar o no en condiciones de reintegrarse al trabajo. Existiendo la posibilidad de reintegro laboral, la licencia debe ser autorizada.

12.2. Rechazo por incumplimiento de reposo

Si la licencia médica se rechaza por incumplimiento del reposo, en la fundamentación se deberá anexar copia del acta de la visita domiciliaria, dejando constancia de ello en la resolución.

En el acta se deberá indicar el lugar en que se efectuó la visita, día y hora de la misma, fundamentos por los cuales se concluyó que el trabajador no estaba en el domicilio cumpliendo el reposo, nombre de la persona que atendió, en su caso, y nombre, Rut y firma del funcionario que realizó la diligencia e indicación de la empresa externa a la que pertenece, cuando corresponda.

12.3. Otras causales de rechazo

Si el rechazo no se funda en algunas de las causales señaladas en los números 1 al 4 de la Sección B del formulario de licencia médica, se deberá estampar en el casillero respectivo el N° 5, que corresponde a otras causales de rechazo, e indicar claramente cuál es la causal que se invoca, la que, en todo caso, debe estar contemplada en la normativa legal y reglamentaria vigente, como podría ser el caso, entre otras, de la existencia de enmendaduras, adulteración o falsificación, realización de trabajo (remunerado o no), no tener calidad de trabajador.

En aquellos casos en que la fundamentación de la causal de rechazo o modificación no pueda incluirse en forma íntegra en la línea establecida para ello en el formulario de la licencia, deberá dejarse constancia de que se extenderá un documento separado, que se entiende forma parte de la resolución, debiendo anexarse al formulario de licencia médica.

12.3.1. Rechazo por realización de actividad laboral

Si la licencia se rechazó por la causal “Otros”, por haber sido el trabajador sorprendido realizando una actividad laboral, se deberá indicar qué trabajo realizó y la forma como se tomó conocimiento del hecho.

12.3.2. Rechazo por inexistencia de vínculo laboral

Si la licencia se rechazó por la causal “Otros”, sin vínculo laboral, se deberá indicar los fundamentos por los cuales se ha llegado a esa conclusión. Si la falta de vínculo laboral se funda en la calidad de socio que el trabajador tiene respecto de la entidad empleadora, deberá indicarse claramente si es mayoritario y si tiene o no la administración y uso de la razón social. En este caso, la causal de rechazo que se debe invocar es la “falta de vínculo laboral”, debidamente fundamentada, no siendo procedente el rechazo de una licencia médica basado sólo en una duda respecto a la existencia de la mencionada relación laboral.

13. Formalidad del pronunciamiento de la Compín, de la Unidad de Licencias Médicas o de la isapre

El pronunciamiento o resolución que dicte la Unidad de Licencias Médicas del Servicio de Salud, la Compín o la isapre deberá consignarse en el formulario de la licencia médica, numerarse y ser firmado por el profesional autorizado, expresándose claramente la resolución adoptada.

Eliminado segundo párrafo⁹⁵

14. Rechazo, reducción o ampliación de la licencia médica

En caso de rechazo de una licencia, reducción o ampliación del plazo de reposo, además de estamparse el pronunciamiento, se dejará constancia en el formulario de los fundamentos tenidos en vista para adoptar la medida.

La resolución que se pronuncie sobre la licencia debe ser fundada. Dicha fundamentación debe ser clara, explícita y de fácil comprensión para el trabajador, evitando citar leyes, decretos, reglamentos, entre otros, sin una mayor explicación. En consecuencia, las licencias médicas que sean rechazadas o modificadas por la isapre, deben contener los antecedentes de respaldo en que se fundamentan tales decisiones.

15. Período de conservación de archivos de licencia médica⁹⁶

Dado que las licencias médicas constituyen documentación de respaldo de los subsidios por incapacidad laboral y de las cotizaciones correspondientes a dichos períodos que las isapres pagan, el período de conservación de la documentación de respaldo de las licencias, debe ser de cinco años, considerando los plazos de prescripción contemplados en el artículo 2.515 del Código Civil.

El plazo antes indicado debe contarse desde la fecha de término de cada una de las licencias, teniendo presente que las licencias continuadas extendidas por una misma causa médica para estos efectos se consideran como una sola.

Las instituciones de salud previsual deberán microprocesar separadamente las licencias médicas por enfermedad común de las originadas en el reposo maternal y enfermedad grave del hijo menor de un año, como asimismo los documentos originales se archivarán y encuadernarán también en forma separada.

16. Visita domiciliaria

La visita domiciliaria a que se refiere la letra b) del artículo 21 del DS N° 3, tiene por objeto tomar contacto directo y personal con el trabajador, a fin de verificar el cumplimiento del reposo indicado en la licencia. De realizarse la entrevista con personas distintas al trabajador, las isapres deberán exigirle su identificación e indicarle su responsabilidad por la información entregada. Estas visitas no podrán sustituirse por llamadas telefónicas.

Las instituciones de salud previsual pueden delegar en terceros la función no esencial de verificar el cumplimiento del reposo ordenado en la licencia médica, manteniendo estas entidades de salud su potestad privativa y esencial para autorizar las licencias y pagar los subsidios correspondientes.

17. Notificación de la resolución que se pronuncia sobre la licencia

De todos los pronunciamientos, ya sea aceptación, modificación o rechazo, la isapre debe enviar la copia o el documento confeccionado en forma manual o electrónica, timbrado, por correo certificado a los domicilios

⁹⁵ Circular IF/N° 165 del 11.01.2012 eliminó Ordinario Circular N° 3C/2830, 20.10.1993. y por tanto segundo párrafo pto 13.

⁹⁶ La Superintendencia de Seguridad Social, por Oficio Ordinario N° 1289, de 2.02.1994, manifestó que las entidades de previsión, entre las cuales se encuentran las isapres, que dispongan de la autorización previa de ese organismo, pueden microfilmear o reproducir electromagnéticamente los documentos entregados a su custodia, conforme lo dispone el artículo 2° del DL N° 2412, de 1978.

registrados por el trabajador y su empleador, o sólo al registrado por el trabajador independiente, dentro del plazo de dos días hábiles, contados desde la fecha del pronunciamiento, sin perjuicio de mantener en archivo la resolución original.

Asimismo, a requerimiento del trabajador y/o del empleador, la isapre debe entregar copia fidedigna de tales dictámenes.

Al notificar al trabajador y al empleador la resolución que autorice, rechace o modifique la licencia médica, conjuntamente con remitirle copia de la Sección B del Formulario de la misma o el documento confeccionado en forma manual o electrónica, que sea exacto y tenga las mismas menciones que la Sección B de la licencia, debidamente timbrado, se le deberá adjuntar fotocopia del documento anexo en que se fundamentó la resolución y del acta de visita, en su caso⁹⁷.

En caso alguno, en la notificación y antecedentes que se remitan al empleador, se deberá indicar el diagnóstico de la licencia médica.

A petición del trabajador, las Compin, las CCAF⁹⁸ y las isapres, en su caso, deberán proporcionar a éste copia íntegra de la licencia médica.

En los casos de trabajadores adscritos a FONASA, cuyos empleadores se encuentran, a su vez, afiliados a una CCAF, el cumplimiento de las instrucciones precedentes, deberá efectuarla la Compin o la CCAF, dependiendo de cuál de éstas haya asumido la obligación de notificar al trabajador y al empleador.

Si la notificación la realiza la CCAF, la Compin deberá remitir a aquélla todos los antecedentes necesarios para el cumplimiento de lo instruido en este párrafo, entre ellos, la licencia médica original, el documento anexo en que se señalaron los fundamentos de la resolución, si existiere, y el acta de la visita domiciliaria, en su caso.

18. Atraso en la presentación de licencias médicas emitidas por servicios dependientes de los Servicios de Salud y municipalizados

De producirse un atraso en la emisión de licencias médicas de pacientes hospitalizados, ellas deberán autorizarse por existir una causal de fuerza mayor o caso fortuito ajeno a la responsabilidad del trabajador.

19. Autorización de licencias médicas por enfermedades irreversibles de afiliados a isapre

En tanto las Comisiones Médicas Regionales o la Comisión Médica Central de la Superintendencia de AFP, si se trata de un trabajador afecto al Nuevo Sistema de Pensiones, o Compin, si se trata de un trabajador afecto al Antiguo Sistema de Pensiones, no emitan su dictamen sobre la invalidez o irreversibilidad del trabajador, la isapre respectiva continuará pronunciándose sobre sus licencias, no pudiendo negarse a tramitarlas, a pretexto que se encuentra en estudio la calificación de invalidez del trabajador.

Esta norma de excepción no implica que las licencias médicas otorgadas por patologías irreversibles en los períodos de calificación de invalidez, estén exentas del cumplimiento de los demás requisitos que se establecen en el DS N° 3, de modo que ellas pueden ser rechazadas por otras causales no derivadas de la naturaleza irreversiblemente de la enfermedad que la motiva.

⁹⁷ 1°, 3° párrafo modificados y 4° incorporado según Circular IF/N°165 de 11.01.2012

⁹⁸ CCAF: Caja de Compensación de Asignación Familiar.

Título III. Reclamaciones en relación a los pronunciamientos sobre licencias médicas

1. Resoluciones de la Compín en apelaciones contra pronunciamientos de una isapre

La resolución debe emitirse en forma clara y legible y firmarse por el Presidente de la Compín o por el Secretario de la misma.

En ella se deberán señalar claramente los fundamentos tenidos en consideración para emitir el pronunciamiento, ya sea que se rechace o acoja total o parcialmente la apelación.

Si la Compín no admite la apelación a trámite porque ésta se presentó fuera del plazo de quince días hábiles contados desde la recepción de la carta certificada en que la isapre notificó el rechazo, modificación o aprobación, deberá indicar claramente la fecha en que el interesado recibió la citada carta y la fecha en que se ingresó la apelación.

2. Revisión de las licencias médicas por la Superintendencia de Seguridad Social

Cuando la Superintendencia de Seguridad Social conozca de reclamos en contra de las resoluciones emitidas por las Unidades de Licencias Médicas o de una Compín sobre licencias médicas de afiliados a FONASA, o resoluciones de una Compín recaídas en reclamos respecto de resoluciones sobre licencias médicas de afiliados a isapres, las Compín, CCAF e isapres de la Región Metropolitana dispondrán de un plazo de diez días hábiles para proporcionar los antecedentes requeridos y de quince días hábiles en caso de las demás Regiones. Dicho plazo comenzará a correr desde la fecha en que el oficio en que se requieren los antecedentes sea despachado por la Superintendencia de Seguridad Social

Vencido este plazo la Superintendencia de Seguridad Social podrá resolver con los antecedentes que tenga a la vista.

(Las instrucciones de este punto modifican los plazos para emitir los informes establecidos en la Circular N° 1971, de 18 de febrero de 2002, de la Superintendencia de Seguridad Social. Éste confería a las Compín, veinte días hábiles de plazo para remitir sus informes y antecedentes. Dicha Circular se mantiene vigente en lo no referido a los plazos señalados.)

Pendiente el pronunciamiento de la Superintendencia de Seguridad Social, no se suspenderán los efectos de lo resuelto por la COMPÍN.

3. Calificación del carácter profesional o común de las patologías que han dado lugar a licencia médica⁹⁹

Si una isapre estima que el diagnóstico causal de una licencia médica corresponde a un accidente del trabajo o tiene su origen en una enfermedad profesional, deberá dejar constancia escrita de este hecho en el mismo documento, emitiendo una resolución de rechazo, la que será notificada al trabajador.

Adicionalmente, la isapre deberá fundamentar su rechazo aún cuando la licencia esté tipificada como accidente del trabajo o enfermedad profesional.

Lo anterior, con el objeto que el trabajador pueda ejercer oportunamente el derecho que le confiere la disposición legal contenida en el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, "Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales".

⁹⁹ Modificado por la Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.

Título IV. Situaciones especiales en relación a las licencias médicas

1. Licencias médicas a trabajadores que se desempeñan en el extranjero

Si el contrato de trabajo de que se trate ha sido celebrado en Chile, debe someterse a la ley nacional en lo que respecta a la obligación del trabajador de cotizar para salud -ya sea en el sistema público o en alguna isapre- lo que se traduce, entre otros beneficios, en los derechos del trabajador de hacer uso de un reposo médico y de obtener un subsidio por incapacidad laboral, que emanan de la licencia médica autorizada.

En el caso de trabajadores afiliados a una isapre, que se desempeñen en el extranjero, cuyo contrato de trabajo se hubiese celebrado en Chile, y que se vean en la necesidad de hacer uso de una licencia médica, lo procedente es que dicha entidad solicite el envío del respectivo informe médico, con el objeto de analizar la justificación médica del reposo.

En el evento que no hubiese reparos de fondo que formular, la isapre, haciendo uso de las facultades que se le confieren en el artículo 21 del DS N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, deberá extender, por el período en que el trabajador estuvo incapacitado, una licencia médica, la que deberá ser tramitada de acuerdo a la normativa vigente en Chile.

Si el formulario de licencia médica es extendido con posterioridad al inicio del reposo y en el supuesto que dicho documento sea presentado al empleador dentro de su período de duración o vigencia, o en el caso que la fecha de emisión de la licencia médica excediera su periodo de duración o vigencia, la autorización de la misma deberá hacerse a la luz de lo dispuesto en el artículo 45 del Código Civil.

2. Descanso postnatal

El descanso postnatal está supeditado solamente al hecho biológico del parto, sin ninguna otra exigencia y, por consiguiente, aunque el hijo nazca muerto, sobreviva sólo un tiempo o deje de estar al cuidado de la madre, la mujer conserva el derecho al descanso postnatal por su período completo, no pudiendo renunciar a dicho derecho.

Para determinar si se trata de un parto prematuro o de un aborto, el criterio médico indica que debe atenderse, en primer lugar, al peso del feto, de modo que si éste es de 500 gramos o más, se está en presencia de un parto prematuro; a falta de dicho antecedente, se considera que las veintidós semanas de embarazo marcan el límite entre el aborto y el parto prematuro.

En los casos que el producto de la concepción sea expulsado con un peso igual o superior a 500 gramos o, a falta de dicho antecedente, tenga una edad gestacional de veintidós semanas o más, se está en presencia de un parto, el que aun siendo prematuro, hace procedente el descanso postnatal de la trabajadora. En cambio, si se trata de un aborto o interrupción del embarazo, no hay derecho a ese beneficio, sin perjuicio que a la trabajadora se le otorgue una licencia médica común por el tiempo que el médico tratante estime necesario.

Título V. Tramitación de licencias médicas en formularios que tengan soporte en papel

1. Descripción del formulario de licencia médica

El formulario de licencia médica lleva en su extremo superior derecho un número correlativo y consta de tres hojas, confeccionadas en papel autocopiativo.

La primera hoja contiene, en su anverso, dos secciones A y B y en su reverso, una sección C.

La segunda hoja es autocopiativa, corresponde a la primera parte de la sección A y es el comprobante que el empleador debe entregar al trabajador con su firma, timbre y fecha.

La tercera hoja es autocopiativa de la sección A y constituye el recibo para el profesional.

2. Intervención del profesional que extiende la licencia

El profesional deberá suscribir el formulario de licencia médica, hacerlo firmar por el trabajador, doblar la parte inferior de la primera hoja en el lugar que se encuentra señalado con línea discontinua en los márgenes y sellarlo con la cinta adhesiva que se encuentra ubicada en la última página del talonario.

Posteriormente, deberá retirar la tercera hoja correspondiente al recibo para el profesional y entregar al trabajador la primera y segunda hojas.

Título VI. Otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas

A. Disposiciones generales

1. La licencia médica electrónica como documento electrónico

La licencia médica electrónica es la otorgada y tramitada a través de documento electrónico de acuerdo a lo establecido en la ley N° 19.799 y su normativa complementaria y con arreglo a lo dispuesto en el DS N° 3 y la Resolución Exenta N° 608, de 2006, del Ministerio de Salud.

Además, podrán existir representaciones impresas de la misma, las cuales deberán indicar la forma de acceder al documento electrónico.

2. Efectos de la licencia médica electrónica

La licencia médica electrónica se caracteriza por el uso de documentos y comunicaciones electrónicas en su otorgamiento y tramitación, permitiendo un resultado equivalente a la licencia médica otorgada en formulario de papel. El uso del sistema electrónico no altera, de modo alguno, los derechos y obligaciones de las partes que participan en el otorgamiento y tramitación de las licencias médicas ni de las entidades encargadas de su pronunciamiento, como tampoco las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Seguridad Social y de la Superintendencia de Salud.

3. Adscripción al uso de la licencia médica electrónica

La adscripción al uso de la licencia médica electrónica es voluntaria, y por tanto, es alternativa al uso del formulario de papel para el otorgamiento y tramitación de licencias médicas, en los términos que más adelante se establecen.

4. Definiciones ¹⁰⁰

4.1. Prestador Institucional: Los organismos públicos o privados en que se desempeñen profesionales habilitados para otorgar licencias médicas (médicos cirujanos, cirujanos dentistas y matronas).

4.2. Empleador: Persona natural o jurídica que se encuentra vinculada jurídicamente al cotizante de acuerdo a las normas del Código del Trabajo, Estatuto Administrativo, Estatuto de los Funcionarios Municipales u otro estatuto laboral especial.

4.3. **Trabajador independiente:** Aquella persona que desempeñando un trabajo no se encuentra vinculada jurídicamente a algún empleador y efectúa las respectivas cotizaciones previsionales y de salud.

4.4. **Operador:** Persona jurídica que se encuentra en condiciones de celebrar los respectivos convenios de prestación de servicios informáticos para el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica.

En el Anexo N° 1 de este Título se describen los requisitos tecnológicos que debiera cumplir el Operador, sin perjuicio de que se adopten otros que permitan la misma finalidad.

4.5. **Convenios de prestación de servicios informáticos:** Instrumentos que permiten y regulan la relación jurídica entre el Operador y aquellos profesionales habilitados para otorgar licencias médicas, prestadores institucionales, empleadores, trabajadores independientes, isapres y Compin, que deseen adscribirse al uso de la licencia médica electrónica.

4.6. **Puesta a disposición en forma electrónica:** Acto a través del cual la licencia médica electrónica queda disponible en el sistema de información para que el receptor pueda acceder a ella.

¹⁰⁰ Este Compendio sólo recoge las definiciones que no se contienen en la Resolución Exenta N° 608, 2006, ni en el DS N° 3, 1984, ambos del Ministerio de Salud.

5. Principios informadores

En el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica deberán respetarse los principios informadores mencionados en la Resolución Exenta N° 608, de 8 de septiembre de 2006, “Establece normas para el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica”.

6. Convenios de prestación de servicios informáticos

Para los efectos de acceder al sistema de información deberán existir convenios de prestación de servicios informáticos entre el Operador y aquellos profesionales habilitados para otorgar licencias médicas, prestadores institucionales, empleadores, trabajadores independientes, isapres y Compín, en este último caso, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, que deseen hacer uso de la licencia médica electrónica.

Dichos convenios tendrán como objeto la prestación de servicios informáticos que permitan llevar a cabo el procedimiento de otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas a través de un sistema de información, el cual constituirá el medio oficial para tal efecto. Estos convenios se diferenciarán entre sí por las obligaciones específicas que el Operador contraiga con cada una de las partes, en función del rol que le corresponde a cada una en relación con el procedimiento.

6.1. Contenido de los convenios

6.1.1. Convenio entre el Operador y la isapre

Sin perjuicio de la libertad de las partes para acordar las cláusulas que estimen pertinentes, el convenio que se celebre entre el Operador y las isapres deberá, al menos, referirse a las siguientes materias:

- a) Que el Operador permita el acceso al sistema de información que constituye el medio oficial para acceder a la información en virtud de la cual la isapre pueda pronunciarse sobre la licencia médica electrónica.
- b) Que el Operador ponga a disposición de la isapre, a través del sistema de información, todas aquellas licencias médicas electrónicas otorgadas por los Profesionales habilitados adscritos y tramitadas por el o los Empleadores, o Trabajadores Independientes, adscritos, respecto de las cuales deba pronunciarse, pudiéndose acreditar la identidad de quienes participaron en el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica y asegurar la integridad de la misma.
- c) Que el Operador registre y almacene el pronunciamiento sobre todas aquellas licencias médicas electrónicas tramitadas por la isapres, en el repositorio electrónico del sistema de información.
- d) Que el Operador ponga a disposición de la isapre, a través del sistema de información, el registro completo de las licencias médicas electrónicas otorgadas y tramitadas, permitiendo el acceso a dicha información a la Superintendencia de Salud y a la Superintendencia de Seguridad Social.
- e) Que la información que se genere por la ejecución del convenio, no pueda ser objeto de propiedad ni uso privados, no pudiendo, en consecuencia, alegarse por ningún interviniente en el convenio la titularidad exclusiva de dicha información, ni pretender el pago por parte de la otra o de terceros de algún precio o retribución por su uso.
- f) Que se obliguen las partes a guardar reserva y confidencialidad respecto de toda la información que constituya un dato personal o sensible de acuerdo a la Ley N° 19.628.
- g) Que el diagnóstico de la licencia médica indicado por el Profesional que la otorga, no sea conocido por el Empleador.
- h) Que se implementen y mantengan medios tecnológicos que permitan resguardar la integridad de la información y su respaldo.
- i) Que se permita el monitoreo respecto del sistema de información que pueda realizar la Superintendencia de Seguridad Social, sin perjuicio de las facultades que en esta materia le competen a la Superintendencia de Salud u otras entidades fiscalizadoras.

- j) Que el Operador informe a la isapre toda suscripción o término de convenio con Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores, Empleadores y Trabajadores Independientes, de modo que la isapre comunique, a su vez, a la Superintendencia de Salud y a la Superintendencia de Seguridad Social.
- k) Que se prohíba al Operador la subcontratación, delegación, cesión, transferencia a cualquier título, sea a título gratuito u oneroso, traslativo o no traslativo de dominio de los derechos y obligaciones que emanan para el Operador de este Convenio, que implique que éste pierda alguna de las calidades que lo habilitan para la celebración de este convenio.
- l) Que, sin perjuicio de la facultad de las partes para poner término al convenio, se deberá establecer que dicha terminación no podrá implicar bajo ninguna circunstancia la suspensión de la tramitación de aquellas licencias médicas que hayan sido otorgadas electrónicamente y que el Operador se obliga a mantener toda la información en su repositorio electrónico a efectos de permitir su acceso por parte de los otros usuarios del sistema de información y frente a los requerimientos de instituciones competentes.
- m) Que el Operador se obligue a incorporar en sus respectivos convenios con Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores, según corresponda, y Empleadores o Trabajadores Independientes, las cláusulas que permitan asegurar el funcionamiento del sistema de información en un contexto de uniformidad, eficiencia y legalidad.

En el Anexo N° 2 de este Título, “Condiciones generales y uniformes de contratación”, se proponen las cláusulas que las isapre pueden utilizar en estos convenios.

6.1.2. Convenio entre el Operador y la Compín, suscrito por la Subsecretaría de Salud Pública

Sin perjuicio de la libertad de las partes para acordar las cláusulas que estimen pertinentes, el convenio que se celebre entre el Operador y la Subsecretaría de Salud Pública que será aplicable a las Compín, deberá al menos referirse a las mismas materias enunciadas en el numeral anterior, para lo cual la Subsecretaría de Salud Pública podrá requerir la colaboración de la Superintendencia de Seguridad Social.

En el Anexo N° 2 de este Título, “Condiciones generales y uniformes de contratación”, se proponen las cláusulas que las isapre pueden utilizar en estos convenios a efectos de cumplir lo señalado en el párrafo anterior.

6.1.3. Convenios entre el Operador y las otras partes involucradas

Los convenios de prestación de servicios informáticos que sean celebrados entre el Operador y las otras partes que intervienen en el otorgamiento y tramitación de licencias médicas, deberán observar aquellas condiciones que las isapre o Compín, requieran al Operador mediante lo señalado en el punto anterior.

En el Anexo N° 2 de este Título, “Condiciones generales y uniformes de contratación”, se proponen las cláusulas que las isapre pueden utilizar en estos convenios para cumplir lo señalado en el inciso anterior.

6.2. Término de los convenios

6.2.1. Resguardo de la información sobre licencias médicas electrónicas

En caso de término de cualquier convenio, el Operador deberá mantener dicha información en su repositorio electrónico a efectos de permitir su acceso por parte de los otros usuarios del sistema de información y frente a los requerimientos de instituciones competentes. No obstante, cada parte deberá adoptar los resguardos necesarios para respaldar la información de las licencias médicas electrónicas en las cuales hubiera participado y respecto de las que pudiere ser requerida por quien corresponda.

6.2.2. Entrega de información por término de convenio

En caso de término de cualquier convenio, que se origine en el cese de la prestación de servicios por parte del Operador, éste deberá hacer entrega íntegra del respaldo de toda la información de las licencias médicas otorgadas y tramitadas electrónicamente en su sistema de información, proporcionando a la respectiva Compín o isapre, la información que le corresponde.

7. Obligaciones del Operador

- a) Proporcionar a la Superintendencia de Seguridad Social toda la información y en la forma que ésta les requiera, para efectos de realizar su función de monitoreo.
- b) Permitir el acceso a funcionarios de la Superintendencia de Seguridad Social, a sus instalaciones y al sistema de información, con el objeto que ésta pueda realizar todos los controles y revisiones para verificar la mantención de los requisitos en virtud de los cuales se pudo celebrar el respectivo convenio de prestación de servicios informáticos y el correcto y adecuado funcionamiento del sistema, sobre aspectos que digan relación, con la operatividad, oportunidad, seguridad, y en general sobre cualquier aspecto que la referida Superintendencia considere deba ser monitoreado.

8. Monitoreo del sistema de información

Si como resultado del monitoreo del sistema de información, la Superintendencia de Seguridad Social verifica que un Operador no cumple con los requisitos jurídicos y tecnológicos señalados en estas instrucciones, procederá por sí o informando a la Superintendencia de Salud o a la Subsecretaría de Salud Pública, cuando corresponda, a efectos de que se pueda requerir al Operador la adopción de las medidas pertinentes.

9. Características del sistema de información

El sistema de información que permita el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica deberá cumplir con las siguientes características.

- a) **Plataforma de comunicaciones electrónicas:** El sistema de información provisto por el Operador deberá permitir que todos los antecedentes y datos que deben consignarse en la licencia médica, en las distintas etapas del procedimiento, desde el profesional habilitado que la otorga y hasta la entidad que deba pronunciarse sobre ella sean comunicados a través de Internet. Para que ello ocurra es necesario además que los profesionales habilitados para otorgar licencias médicas, prestadores, empleadores, trabajadores independientes y las Compin e isapres cumplan con un conjunto de condiciones tecnológicas y de reglas que les permitan realizar su rol en el procedimiento mediante el uso del sistema de información.
- b) **Comunicaciones electrónicas:** El sistema de información se entenderá como el medio oficial de comunicación de todas aquellas comunicaciones que no tengan la calidad de notificaciones que deban realizarse personalmente o por carta certificada. Sin perjuicio de lo anterior, los correos electrónicos que se generen en el sistema de información corresponderán a una facilidad del mismo y no constituirán responsabilidad alguna sobre su oportuno o correcto despacho, siendo responsabilidad de cada usuario la revisión periódica del sistema de información para informarse del estado y tramitación de la licencia médica electrónica.
- c) **Conformación de repositorios electrónicos:** El sistema de información deberá disponer de una estructura electrónica donde se almacenen los documentos electrónicos respectivos, denominado Repositorio, para fines de almacenamiento, registro y archivo.
- d) **Seguridad del sistema de información y de los datos:** El sistema de información deberá contar con mecanismos que tengan por finalidad garantizar estándares mínimos de seguridad en el uso, almacenamiento, acceso y distribución del documento electrónico.

10. Uso preferente del sistema de información

Todo profesional habilitado para otorgar licencias médicas, o prestador que haya voluntariamente suscrito un convenio deberá utilizar en forma preferente el sistema de información.

B. Procedimiento de otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica

Para que se verifique el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica a través del sistema de información, es requisito indispensable que tanto el profesional habilitado para otorgar licencias médicas a quien

recurre el trabajador como la entidad que deba pronunciarse sobre la misma, reciban la prestación de servicios informáticos del mismo Operador.

En el caso que el empleador o trabajador independiente se encuentre adscrito al mismo operador, para los efectos de la tramitación, se deberán seguir las reglas especificadas en este numeral.

1. Reglas para el otorgamiento de la licencia médica electrónica

- a) El profesional habilitado para otorgar licencias médicas deberá acceder desde sus instalaciones al sistema de información a través del cual es posible otorgar licencias médicas electrónicas.
- b) El profesional habilitado para otorgar licencias médicas deberá completar la sección que le corresponde y llenar los datos de la licencia médica que son de su responsabilidad, y en la misma oportunidad, firmar y verificar la identidad del trabajador a través de un sistema de autenticación electrónico.
- c) El sistema de información provisto por el Operador deberá informar al profesional habilitado para otorgar licencias médicas si el empleador o trabajador independiente posee convenio de prestación de servicios informáticos vigente.
- d) Si el empleador o el trabajador independiente está adscrito, el profesional habilitado para otorgar licencias médicas, a través del sistema de información, pondrá a disposición del respectivo empleador o trabajador independiente adscrito, la licencia médica electrónica, para que éste, según corresponda, continúe con su tramitación en la forma que se indica más adelante. Para estos efectos, se estará a lo dispuesto en el artículo 70 del DS N° 3.

2. Registro y comprobante del otorgamiento de la licencia médica electrónica por el profesional habilitado

Una vez otorgada la licencia médica electrónica por el profesional habilitado, el sistema de información guardará registro de la misma en el repositorio respectivo. El profesional habilitado para otorgar licencias médicas entregará al trabajador un comprobante impreso, con su correspondiente folio, que certificará dicho otorgamiento, conforme lo señalado en el artículo 67 del DS N° 3.

3. Tramitación de la licencia médica electrónica por el empleador o trabajador independiente

En la tramitación de la licencia médica electrónica por el empleador o trabajador independiente deberá tenerse presente lo siguiente:

- a) Una vez otorgada la licencia médica electrónica por el profesional habilitado, de inmediato ésta quedará a disposición del empleador o trabajador independiente adscrito en el sistema de información, quién deberá acceder al mismo previa autenticación electrónica.
- b) Se entenderá que el plazo para el empleador o trabajador independiente adscrito se contará a partir del día hábil subsiguiente a la fecha en que la licencia médica electrónica haya quedado a su disposición en la forma señalada precedentemente, en los términos mencionados en el artículo 69 del DS N° 3.

4. Obligaciones del empleador o trabajador independiente

Dentro del plazo establecido en el artículo 13 del DS N° 3, el empleador o trabajador independiente adscrito deberá completar los datos de la licencia médica que le corresponde de acuerdo con la normativa y la pondrá a disposición de la isapre o Compín, según corresponda, a través del sistema de información, para que éstas continúen con su tramitación en la forma que se indica más adelante.

Para el caso de empleadores adscritos de la Región Metropolitana que se encuentren afiliados a una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF), la forma en que aquéllos cumplen con su obligación y los requisitos para que éstas accedan a la licencia médica electrónica serán regulados por medio de instrucciones de la Superintendencia de Seguridad Social.

5. Registro y comprobante de la tramitación por el empleador o trabajador independiente

Una vez tramitada la licencia médica electrónica, el sistema de información guardará registro de la misma en el repositorio respectivo. El empleador o trabajador independiente adscrito podrá imprimir el respectivo comprobante que certificará dicho hecho.

6. Incumplimiento de obligaciones del empleador

Si, puesta la licencia médica electrónica a disposición del empleador, éste se niega a recibirla, estará obligado, dentro del mismo plazo establecido en el artículo 13 del DS N° 3, a registrar esta decisión en el sistema de información, debiendo señalar el motivo de su negativa. En esta situación, la entidad que deba pronunciarse sobre la licencia médica electrónica deberá proceder de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 64 del DS N° 3.

El mismo procedimiento deberá aplicarse en caso que el empleador no la tramite o no exprese su negativa a recibirla en la forma antes descrita. Para todos los efectos, en este caso, se entenderá que la puesta a disposición de la licencia médica a la entidad que deba pronunciarse se verifica una vez que hayan transcurrido los plazos para que el empleador la tramite.

Si, en definitiva, la licencia médica es autorizada, la Compín o isapre, según corresponda, deberá aplicar al empleador, la sanción establecida en el artículo 56 del DS N° 3.

7. Tramitación de la licencia médica electrónica por la Compín o isapre

- a) Una vez completada la licencia médica electrónica por el empleador o trabajador independiente adscrito, de inmediato quedará a disposición de la Compín o isapre, según corresponda, en el sistema de información, al cual deberá acceder previa autenticación electrónica.
- b) No obstante, la Compín o isapre, según corresponda, podrá efectuar las acciones propias de la contraloría médica, según lo dispone el artículo 21 del DS N° 3, desde que toma conocimiento del otorgamiento de la licencia médica electrónica por el profesional habilitado.

8. Pronunciamiento sobre la licencia médica electrónica

La Compín o isapre, según corresponda, deberá pronunciarse sobre la licencia médica electrónica emitiendo la respectiva resolución en forma electrónica, la que deberá remitirse al sistema de información, para los efectos de generar un registro consolidado de la licencia médica otorgada y tramitada electrónicamente.

9. Notificación del pronunciamiento sobre la licencia médica electrónica

Para la notificación del pronunciamiento sobre la licencia médica electrónica se deberán seguir las siguientes normas:

- a) Las isapres deberán notificar el respectivo pronunciamiento, por carta certificada, adjuntando copia impresa de la resolución de la licencia médica electrónica o un documento confeccionado en forma manual o electrónica, que sea exacto y tenga las mismas menciones que la Sección B de la licencia, debidamente timbrado, a los domicilios registrados por el trabajador y su empleador, o sólo al registrado por el trabajador independiente, en su caso, dentro del plazo de dos días hábiles, contados desde la fecha del pronunciamiento, de conformidad al artículo 36 del DS N° 3¹⁰¹.
- b) Las Compín deberán efectuar la notificación por cualquier medio idóneo, de conformidad a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social.

¹⁰¹ Letra a) modificada según Circular IF/N° 165 del 11.01.2012.

c) Sin perjuicio de la notificación de la resolución en la forma señalada en los párrafos anteriores, a petición del trabajador o del empleador, las isapres y las Compin estarán obligadas a proporcionarles copia impresa de la licencia médica electrónica, cuidando de que cuando la petición haya sido efectuada por el empleador, no se consigne el diagnóstico de la misma.

10. Caso del empleador o trabajador independiente no adscrito

Si al momento del otorgamiento de la licencia médica electrónica, el sistema de información indica al profesional habilitado para otorgarla que el empleador o trabajador independiente no se encuentra adscrito, para los efectos de la tramitación se deberán seguir las reglas que a continuación se indican.

La aplicación de estas reglas no implica el cambio de naturaleza de la licencia médica electrónica otorgada, constituyendo sólo un procedimiento especial para permitir la tramitación de la misma en caso que el empleador o trabajador independiente no se encuentre adscrito al mismo Operador con el cual el profesional habilitado o prestador y la entidad que deba pronunciarse mantienen convenios de prestación de servicios informáticos.

- a) El profesional habilitado deberá entregar al trabajador una copia impresa de la licencia médica otorgada electrónicamente, a objeto de que éste último la presente a su empleador o a la entidad que deba pronunciarse, según corresponda, para su trámite posterior, de acuerdo a los artículos 11 y 13 del DS N° 3.
- b) Una vez entregada por el trabajador la copia impresa de la licencia médica electrónica a su respectivo empleador, éste deberá fechar y firmar el respectivo comprobante impreso, conforme lo establece el artículo 12 del DS N° 3. En caso que el empleador se niegue a recibirla o no la tramite, se estará a lo dispuesto en el artículo 64 del DS N° 3.
- c) El empleador o trabajador independiente deberá completar los datos requeridos en la copia impresa de la licencia médica electrónica y presentarla a la Compin o isapre, según corresponda, conforme lo dispuesto en el artículo 13 del DS N° 3.
- d) Para todos los efectos, el plazo de que dispone el empleador o trabajador independiente no adscrito para completar y poner a disposición de la entidad que deba pronunciarse la copia impresa de la licencia médica electrónica se contará desde la fecha de su recepción o emisión, respectivamente.
- e) En caso de empleadores no adscritos de la Región Metropolitana que se encuentren afiliados a una Caja de Compensación de Asignación Familiar y, habiendo sido extendida la licencia médica a un trabajador afiliado al sistema público de salud, deberán presentar la copia impresa de la licencia médica electrónica a la CCAF respectiva en los mismos términos que el formulario de papel.

11. Adscripción al sistema de información por parte del empleador o trabajador independiente

Si el empleador o trabajador independiente se adscribe al sistema de información con posterioridad al otorgamiento de la licencia médica, podrá continuar la tramitación de la misma en la forma prevista para empleadores o trabajadores independientes adscritos. En esta situación, el plazo de que dispone para completar y poner a disposición de la entidad que deba pronunciarse sobre la licencia médica electrónica se computará desde la fecha de recepción de la copia impresa.

12. Pronunciamiento de la licencia médica electrónica en el caso de empleador o trabajador independiente no adscrito

Al momento del pronunciamiento sobre la licencia médica electrónica por parte de la Compin o isapre, según corresponda, deberán tenerse presente las siguientes situaciones:

- a) Una vez entregada por el empleador o el trabajador independiente no adscrito, la copia impresa de la licencia médica electrónica a la entidad que deba pronunciarse, ésta deberá fechar y firmar el respectivo comprobante impreso certificando este hecho, conforme lo establece el artículo 13 del DS N° 3.
- b) La Compín o isapre, según corresponda, deberá integrar los datos que el empleador o trabajador independiente hubiere consignado en la copia impresa de la licencia médica electrónica en aquella existente en el sistema de información.
- c) El plazo de que dispone la Compín o isapre, según corresponda, para pronunciarse sobre la licencia médica se contará desde la fecha de recepción de la copia impresa.

13. Reclamos en contra de resoluciones pronunciadas respecto de licencias médicas electrónicas

Los reclamos en contra de las resoluciones pronunciadas sobre licencias médicas electrónicas, así como aquellos relacionados con el derecho o el monto de los subsidios por incapacidad laboral, se sujetarán a las normas legales y reglamentarias aplicables a los reclamos relativos a las licencias médicas en formulario de papel.

14. Copia impresa de la licencia médica electrónica

La copia impresa de la licencia médica electrónica es válida tanto para efectuar las reclamaciones que sean procedentes como para sustentar el proceso de liquidación y pago del subsidio por incapacidad laboral.

El organismo competente para conocer del reclamo de una licencia médica o la entidad que deba cursar el pago del eventual subsidio por incapacidad laboral, según corresponda, podrá exigir copia impresa íntegra de la licencia médica electrónica a la entidad que se haya pronunciado sobre la misma, la que estará obligada a proporcionarla. En todo caso, el pronunciamiento respecto de dicha reclamación deberá ser incorporado al sistema de información, por la Compín o isapre, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, la copia impresa de la licencia médica electrónica deberá siempre indicar la forma de acceder al documento electrónico.

C. Normas sobre responsabilidad

1. Fiscalización

La Superintendencia de Seguridad Social y la Superintendencia de Salud velarán porque en el otorgamiento y tramitación de las licencias médicas electrónicas, se cumpla con las leyes y reglamentos que las rigen y en especial con estas Instrucciones, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

2. Límite de responsabilidad

En ningún caso la responsabilidad que pueda emanar de un Operador que hubiere celebrado un convenio de prestación de servicios informáticos con una entidad fiscalizada comprometerá la responsabilidad pecuniaria del Estado.

3. Sanciones

El uso indebido o fraudulento que se realice de las licencias médicas electrónicas será sancionado en los mismos términos que el del formulario de papel.

4. Protección de datos personales

En el evento que durante el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica se verificara una infracción a la intimidad o vida privada, se deberán aplicar las normas especiales de responsabilidad civil frente al tratamiento de datos establecidas en la Ley 19.628, debiéndose imponer al responsable del banco de datos personales la obligación de indemnizar el daño patrimonial y moral que causare por el tratamiento indebido de los mismos. Para dichos efectos se entiende que el responsable del banco de datos es aquél en quien recae la adopción de decisiones relativas al tratamiento de los datos personales.

5. Delitos informáticos.

A los tipos penales que tengan lugar con ocasión del otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica a través del sistema de información, se aplicará la Ley N° 19.223, sobre delitos informáticos. Para los efectos de lo establecido en el artículo 4° de la citada norma, el Operador deberá designar a un responsable del sistema de información.

Anexo N° 1

Requisitos Tecnológicos del Sistema de Información para el funcionamiento del procedimiento de licencia médica electrónica

En este anexo se describen los requisitos tecnológicos mínimos necesarios que deberá cumplir el sistema de información provisto por un Operador, a efectos de asegurar el adecuado funcionamiento del procedimiento que deberá seguir la licencia médica electrónica.

1. MODELO OPERATIVO DE LA LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA.

1.1. Objetivo.

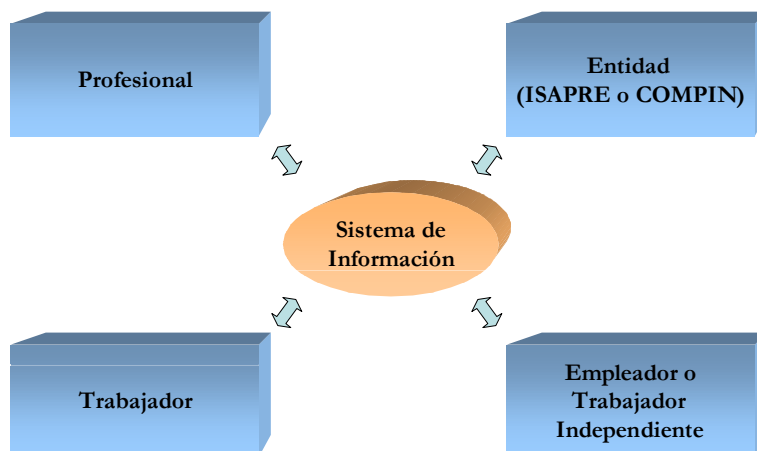
El objetivo de este capítulo es establecer y describir el modelo operativo de la Licencia Médica Electrónica. Este modelo define los actores que intervienen, las actividades y los flujos que determinan el modelo de procesos y los estados que puede adquirir el documento electrónico durante el procedimiento de otorgamiento y tramitación.

1.2. Aspectos generales del modelo operativo de la Licencia Médica Electrónica.

El modelo operativo de la Licencia Médica Electrónica considera, al igual que la licencia médica en formulario de papel, la participación de los siguientes actores, cuyas definiciones se encuentran dadas en el numeral 1.2. de las Instrucciones:

- a) Trabajadores
- b) Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas
- c) Empleadores o Trabajadores Independientes
- d) Entidades que se pronuncian respecto de la licencia médica (Isapre o Compín)

En el modelo operativo de la Licencia Médica Electrónica, las relaciones entre dichos actores se llevarán a cabo con el apoyo de un sistema de información provisto por un Operador.



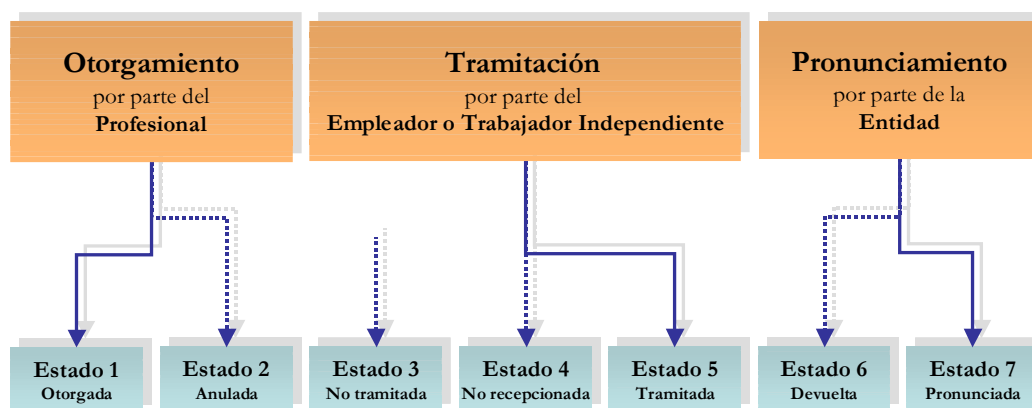
El sistema de información permitirá el flujo íntegro de la licencia médica electrónica desde el Profesional que la otorga hasta la entidad que le corresponde pronunciarse sobre la misma, cuando tanto el Profesional habilitado

(o el Prestador en que éste se desempeña), como el Empleador o el Trabajador Independiente, según corresponda, y la Entidad que se pronuncia (Isapre o Compín), se encuentren adscritos al uso del sistema de información como consecuencia de convenios de prestación de servicios informáticos.

En caso que el Empleador o el Trabajador Independiente, según corresponda, no se encuentre adscrito, esto no será impedimento para el otorgamiento de la licencia médica electrónica, si tanto el Profesional que la otorga como la Entidad que se pronuncia sobre la misma se encuentran ambos adscritos al uso del sistema de información. En esta situación, corresponderá el uso de una copia impresa de la licencia médica electrónica para que dicho Empleador o Trabajador Independiente pueda realizar el trámite que le corresponde en forma presencial

1.3. Modelo de procesos de la Licencia Médica Electrónica

El modelo de procesos de la Licencia Médica Electrónica está estructurado en 3 partes, en cada una de las cuales se desarrollan distintas actividades por parte de los actores que intervienen o se establecen condiciones que determinan los distintos estados que puede adquirir el documento electrónico durante el procedimiento de otorgamiento y tramitación.



Las actividades que desarrollan cada uno de los actores que intervienen se describen en este punto, detallándose el diagrama de actividades en el punto 1.4 y la definición de los estados del documento electrónico en el punto 1.5.

1.3.1. Otorgamiento de la licencia médica electrónica por el Profesional.

El Profesional deberá otorgar la licencia médica electrónica a través de los medios que el sistema de información provea, para lo cual deberá completar todos los datos correspondientes a esta etapa del procedimiento.

El sistema de información deberá guardar registro de la licencia médica electrónica en estado 1 y ponerla a disposición de la Entidad que se pronuncia para su conocimiento.

Adicionalmente, el sistema de información deberá informar al Profesional si el Empleador o Trabajador Independiente se encuentra adscrito a su uso.

- a) En caso que el Empleador o Trabajador Independiente esté adscrito, el sistema de información deberá poner a su disposición la licencia médica electrónica otorgada, sin que le sea posible acceder a la información relativa al diagnóstico. El Empleador o Trabajador Independiente podrá acceder o rescatar desde el sistema de información la licencia médica electrónica a efectos de continuar con su tramitación electrónicamente.

b) En caso que el Empleador o Trabajador Independiente no esté adscrito, el sistema de información deberá proporcionar una copia impresa de la licencia médica electrónica, la cual el Profesional deberá entregar al Trabajador, a efectos de que éste la presente a su Empleador o bien la presente a la Entidad que se pronuncia, según corresponda.

El Profesional podrá anular la licencia médica electrónica a través de los medios que el sistema de información provea, con el consentimiento del Trabajador y mientras ésta no haya modificado su estado como resultado de la acción del Empleador o Trabajador Independiente. En caso que se verifique la anulación, el sistema de información deberá guardar registro de la licencia médica electrónica en estado 2 y ponerla a disposición de la Entidad que se pronuncia para su conocimiento.

1.3.2. Tramitación de la licencia médica electrónica por el Empleador o Trabajador Independiente.

Una vez presentada la licencia médica electrónica al Empleador o Trabajador Independiente, ya sea que ésta haya sido puesta a su disposición electrónicamente o mediante la copia impresa, éste deberá continuar con su tramitación.

a) En caso que el Empleador o el Trabajador Independiente esté adscrito, una vez puesta a disposición la licencia médica electrónica en estado 1 podrán darse las siguientes situaciones:

i) Que dentro de los plazos de que disponen, el Empleador o el Trabajador Independiente tramite la licencia médica electrónica a través de los medios que el sistema de información provea, para lo cual deberá completar todos los datos correspondientes a esta etapa del procedimiento. El sistema de información deberá guardar registro de la licencia médica electrónica en estado 5 y ponerla a disposición de la Entidad que se pronuncia sobre la misma para su pronunciamiento.

ii) Que dentro de los plazos de que disponen, el Empleador o el Trabajador Independiente no tramite la licencia médica electrónica, para lo cual deberá expresar motivo a través de los medios que el sistema de información provea. El sistema de información deberá guardar registro de la licencia médica electrónica en estado 4 y ponerla a disposición de la Entidad que se pronuncia sobre la misma para su pronunciamiento.

iii) Que una vez cumplidos los plazos de que disponen el Empleador y el Trabajador Independiente sin que la hubiere tramitado ni expresado los motivos de la no tramitación, el sistema de información deberá guardar registro de la licencia médica electrónica en estado 3 y ponerla a disposición de la Entidad que se pronuncia. Sin perjuicio de lo anterior, el Empleador o el Trabajador Independiente podrá tramitar o expresar motivo de no tramitarla a través de los medios que el sistema de información provea, mientras la licencia médica electrónica se mantenga en dicho estado 3.

b) En caso que el Empleador o Trabajador Independiente no esté adscrito, y la licencia médica electrónica haya sido puesta a su disposición mediante la respectiva copia impresa, podrán darse las siguientes situaciones:

i) Que el Empleador o el Trabajador Independiente decidan continuar la tramitación utilizando la copia impresa, para lo cual deberá completar la información correspondiente sobre la misma y luego presentarla a la Entidad respectiva a efectos de que ésta pueda pronunciarse.

ii) Que el Empleador o el Trabajador Independiente decidan adscribirse al uso del sistema de información y continuar la tramitación por este medio, según el procedimiento para el caso del Empleador o Trabajador Independiente adscrito.

1.3.3. Tramitación de la licencia médica electrónica por la Entidad que se pronuncia.

Una vez presentada la licencia médica electrónica a la Entidad que se pronuncia, ya sea que ésta haya sido puesta a su disposición electrónicamente o mediante la copia impresa, ésta deberá continuar con su tramitación.

a) En caso que la licencia médica electrónica haya sido puesta a su disposición electrónicamente, la Entidad deberá rescatarla a efectos de pronunciarse sobre la misma, no obstante podrán darse las siguientes situaciones:

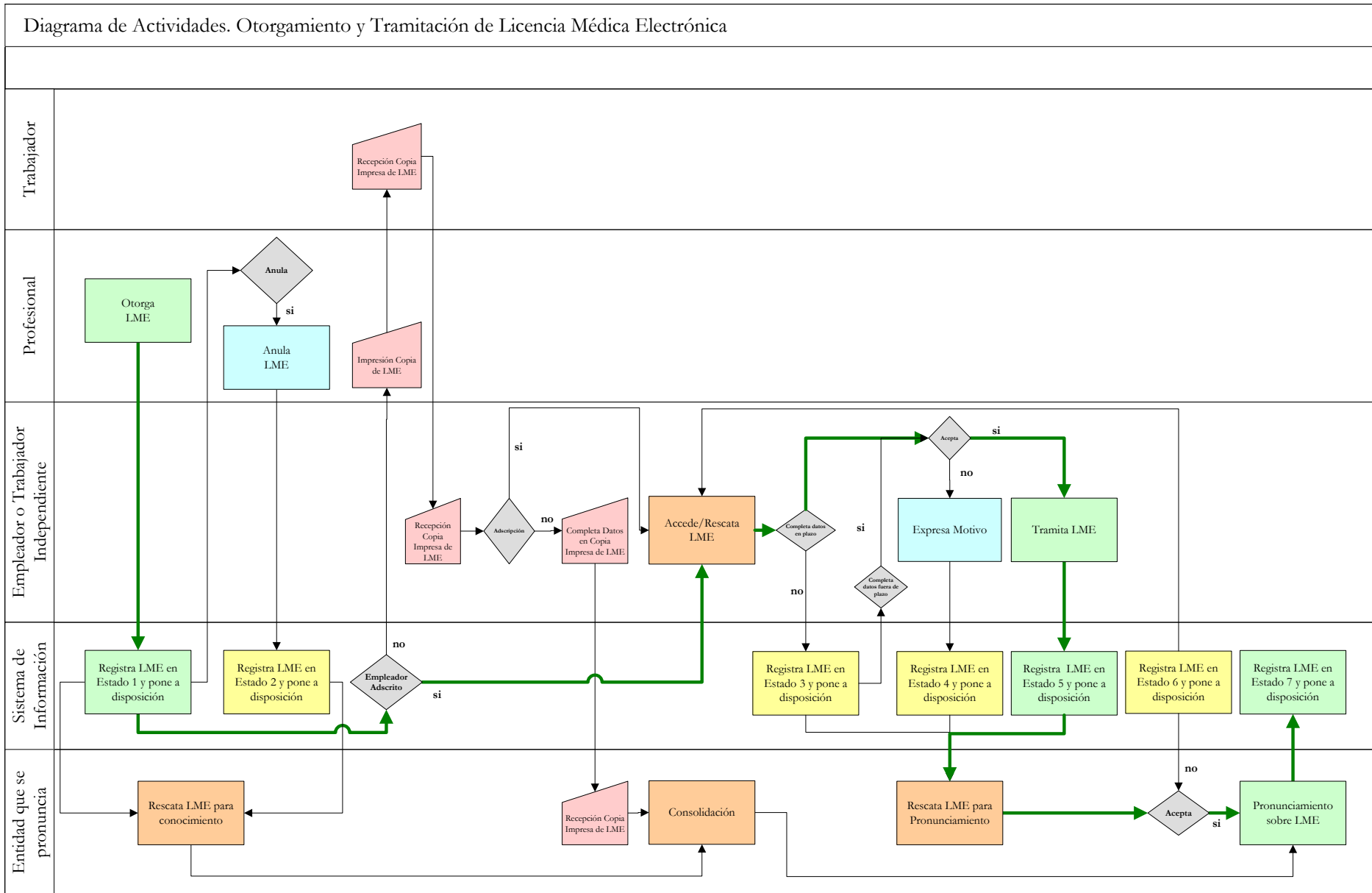
i) Que la Entidad se pronuncie sobre la licencia médica electrónica y luego la remita al sistema de información, el cual deberá guardar registro de ella en estado 7.

ii) Que la Entidad no se pronuncie sobre la licencia médica electrónica por falta de antecedentes y decida remitirla al sistema de información, el cual deberá guardar registro de ella en estado 6 y ponerla a disposición del Empleador o el Trabajador Independiente Adscrito para que éstos puedan complementar los antecedentes que la Entidad requiere.

b) En caso que la licencia médica electrónica haya sido recibida en su copia impresa, la Entidad que se pronuncia deberá consolidar toda la información, integrando los datos provenientes en dicha copia a la licencia médica electrónica en estado 1 puesta a su disposición electrónicamente en el momento de su otorgamiento, para luego proceder a su pronunciamiento.

1.4. Diagrama de actividades de la Licencia Médica Electrónica.

El modelo de procesos de la Licencia Médica Electrónica se describe en el siguiente diagrama de actividades, en el cual se representan los elementos esenciales del flujo de procesos y los eventos que determinan las condiciones para que la licencia médica electrónica adquiera sus distintos estados como documento electrónico.



1.5. Estados de la Licencia Médica Electrónica.

La licencia médica electrónica como documento electrónico deberá adquirir los siguientes estados de acuerdo a las condiciones que se describen en el siguiente cuadro:

Estado	Descripción	Condiciones
1	Otorgada	Adquiere estado 1 en el momento que el sistema de información registra el otorgamiento de la licencia médica electrónica por parte del Profesional.
2	Anulada	Adquiere estado 2 en el momento que el sistema de información registra la anulación de la licencia médica electrónica por parte del Profesional. Sólo pueden adquirir el estado 2 licencias médicas electrónicas en estado 1.
3	No tramitada	Adquiere estado 3 en el momento que el sistema de información verifica el cumplimiento de los plazos de que disponen el Empleador o el Trabajador Independiente Adscrito para tramitarla. Sólo pueden adquirir el estado 3 licencias médicas electrónicas en estado 1 ó 6.
4	No recepcionada	Adquiere estado 4 en el momento que el sistema de información registra la expresión de motivo para no tramitarla por parte del Empleador o el Trabajador Independiente Adscrito. Sólo pueden adquirir el estado 4 licencias médicas electrónicas en estado 1, 3 ó 6.
5	Tramitada	Adquiere estado 5 en el momento que el sistema de información registra la tramitación de la licencia médica electrónica por parte del Empleador o el Trabajador Independiente Adscrito. Sólo pueden adquirir el estado 5 licencias médicas electrónicas en estado 1, 3 ó 6.
6	Devuelta	Adquiere estado 6 en el momento que el sistema de información registra la devolución de la licencia médica electrónica por parte de la Entidad que se pronuncia. Sólo pueden adquirir el estado 6 licencias médicas electrónicas en estado 3, 4 ó 5.
7	Pronunciada	Adquiere estado 7 en el momento que el sistema de información registra el pronunciamiento de la licencia médica electrónica por parte de la Entidad que se pronuncia. Sólo pueden adquirir el estado 7 licencias médicas electrónicas en estado 3, 4 ó 5, para el caso de licencias tramitadas por Empleadores o Trabajadores independientes Adscritos; o en estado 1, para el caso de licencias tramitadas por Empleadores o Trabajadores independientes no Adscritos.

2. LA LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA COMO DOCUMENTO ELECTRÓNICO

2.1. Objetivo

Este capítulo tiene como objetivo definir el contenido y establecer el formato que deberá tener la Licencia Médica Electrónica en su expresión como documento electrónico. Esta definición permitirá la interoperabilidad entre los distintos actores que intervendrán en su otorgamiento y tramitación.

2.2. Contenido de la Licencia Médica Electrónica

El contenido de la Licencia Médica Electrónica será el mismo que el de la licencia médica en formulario de papel. Las denominadas “secciones” del formulario de papel, en el documento electrónico corresponden o se manifiestan en “zonas”, según se detalla en el siguiente punto.

2.2.1. Zonas de la Licencia Médica Electrónica

0 Zona de identificación única de la licencia médica electrónica: Se indica su tipo, el folio asignado y el estado de la licencia médica electrónica.

A. Zona de uso y responsabilidad exclusiva del profesional: El profesional deberá completar, únicamente la sección A del formulario. Entre los antecedentes que debe consignar el profesional que la emite se encuentran:

A.1 Identificación del trabajador: Identificación del trabajador o trabajadora (nombre completo, rut, edad y sexo); fecha de emisión de la licencia; fecha de inicio del reposo; días de duración de la licencia en números y en palabras.

A.2 Identificación del hijo: Identificación del hijo, en caso de la licencia médica por enfermedad grave del hijo menor de un año y post natales (nombre completo, fecha de nacimiento y rut).

A.3 Tipo de licencia: Las licencias médicas pueden ser otorgadas por alguna de las siguientes causas específicas:

- (1) Enfermedad o accidente común
- (2) Prórroga medicina preventiva
- (3) Licencia maternal pre y postnatal
- (4) Enfermedad grave del hijo menor de un año
- (5) Accidente del trabajo o del trayecto
- (6) Enfermedad profesional
- (7) Patología del embarazo

Además se debe especificar la recuperabilidad de la capacidad para trabajar, circunstancia de haberse iniciado trámite de invalidez, indicar si se trata de un accidente del trayecto o no, fecha y hora del accidente del trabajo o del trayecto y fecha de la concepción para licencias tipo 3 y 7.

A.4 Características del reposo: según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche. Además se debe especificar el lugar de reposo, indicando que se deberá cumplir en su domicilio, hospital u otro domicilio y, en este último caso, el motivo del cambio de domicilio de reposo, su dirección y teléfono, incluyendo teléfono de contacto.

A.5 Identificación del profesional: Identificación completa del profesional otorgante, especificando datos personales y especialidad.

A.6 Diagnóstico principal: Diagnóstico principal y otros diagnósticos incluyendo los antecedentes clínicos y exámenes de apoyo al diagnóstico (fecha de la intervención quirúrgica u otros procedimientos, complicaciones de las patologías, entre otros).

A.F Firmas del profesional y del Trabajador.

B. Zona de uso exclusivo de Servicio de Salud o Isapre: La institución deberá completar, únicamente la sección B del formulario. Entre los antecedentes que debe consignar se encuentra el nombre del Servicio de Salud o Isapre, el N° de la resolución, el nombre del establecimiento, el código del establecimiento, el tipo de licencia médica según la entidad contralora y toda la información de un posible nuevo dictamen respecto de la licencia primeramente otorgada por el profesional.

B.F Firma del médico autorizado por el servicio de salud o ISAPRE.

C. Zona de responsabilidad exclusiva del empleador. El empleador deberá completar, únicamente la sección C del formulario. Entre los antecedentes que debe consignar se encuentran:

C.1 Identificación del empleador o trabajador independiente: Identificación completa respecto de la razón social de la entidad empleadora o nombre del trabajador independiente, run, teléfono, fecha de recepción de la licencia, dirección donde cumple funciones el Trabajador, la actividad y ocupación del trabajador y en caso de que la institución presente la licencia en una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) se debe indicar la fecha en que esto se realiza.

C.2 Identificación del régimen previsional del trabajador y entidad pagadora de subsidio.

C.3 Informe de remuneraciones rentas y/o subsidios: Información de remuneraciones de meses anteriores a la fecha de incapacidad distinguiendo los casos de las licencias maternales e indicando el porcentaje de desahucio.

C.4 Licencias anteriores en los últimos 6 meses: Información de licencias médicas emitidas con anterioridad.

C.F Firma del Empleador o Trabajador Independiente.

2.2.2. Datos de la Licencia Médica Electrónica

Los datos que conforman la Licencia Médica Electrónica se especifican en una tabla, donde cada columna señala lo siguiente:

- a) **Glosa:** Nombre del elemento del documento electrónico.
- b) **Descripción:** Explicación comprensiva del elemento.
- c) **Tag:** Nombre del tag en el documento electrónico del <elemento> o "atributo".
- d) **Tipo:** Tipo de dato que puede tomar el valor del campo. Estos pueden ser:
 - i) Alfanumérico (String), algunos caracteres como '&' y '<' deben ser reemplazados por la secuencia de escape que el estándar que se utilizará define para dichos caracteres.
 - ii) Numérico (Integer), no debe incluirse separador de miles.
 - iii) Decimal (decimal), los decimales se separan con punto y se indican sólo cuando el valor que se desea incluir contiene decimales significativos.
 - iv) Fecha (Date), tipo de dato estándar en formato AAAA-MM-DD.
 - v) Hora (Time), tipo de dato estándar en formato HH:MM:SS.
 - vi) Fecha Hora (DateTime), tipo de dato estándar en formato AAAA-MM-DDTHH:MM:SS.
 - vii) STXXX, tipos simples definidos a partir de tipos de datos estándares.
 - viii) CTXXX, tipos complejos definidos a partir de tipos de datos estándares.
- e) **Validación:** Validación realizada en el tipo de dato definido.
- f) **I:** Código de impresión del campo. Si el código es I, el campo debe ser impreso. La impresión de un dato no debe necesariamente ser igual al formato que se especifica en el presente documento. Como ejemplo, una fecha no tiene necesariamente que estar en el formato AAAA-MM-DD, sino que puede ser impresa con el mes en letras o cambiando el orden en que aparecen el año, el mes y día, de manera de facilitar su lectura. Adicionalmente, se puede optar porque un dato que es obligatorio imprimir, esté preimpreso. Si el código es N, no es obligatorio que el campo sea impreso en el documento.
- g) **O:** Código de obligatoriedad. Si el código es 1, el dato es obligatorio. El dato debe estar en el documento siempre, independiente de las características de la transacción. Si el código es 2, el dato es condicional. El dato no es obligatorio en todos los documentos, pero pasa a ser obligatorio en determinadas

operaciones si se cumple una cierta condición que emana del propio formulario. Si el código es 3, el dato es opcional.

ZONA 0							
IDENTIFICACION DE LA LICENCIA MEDICA ELECTRONICA							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
1	Folio Licencia	Folio de la licencia médica electrónica	<id_licencia>	STRut	ALGORITMO MODULO 11	I	1
2	Tipo de formulario	Tipo de formulario de la licencia médica electrónica	<codigo_tipo_formulario>	STTipo_formulario	1: PRESTADOR INSTITUCIONAL 2: PRESTADOR INDIVIDUAL 3: LICENCIA MEDICA ELECTRONICA	I	1
3	Tabla de estados		<estado>			I	
4	Estado	Estado de tramitación de la licencia médica	<estado_licencia>	STEstado_licencia	1: OTORGADA. 2: ANULADA. 3: NO TRAMITADA. 4: NO RECEPCIONADA. 5: TRAMITADA. 6: DEVUELTA. 7: PRONUNCIADA.	N	1
5	Motivo no recepción	Motivo no recepción de la licencia médica electrónica por parte del empleador	"motivo_no recepcion"	STMotivo_norecepcion	1: INEXISTENCIA DE RELACIÓN LABORAL. 2: RELACIÓN LABORAL TERMINADA 3: TRABAJADOR CON PERMISO SIN GOCE DE SUELDO. 4: TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO CON FERIADO LEGAL. 5: OTRAS RAZONES	N	3

6	Fecha término relación	Fecha en la que se terminó la relación laboral con el trabajador	"fecha_termino_relacion"	Date		N	2
7	Fecha Estado	Fecha y hora en la que cambió de estado la licencia médica	<fecha_estado>	DateTime		N	1
	Fin Tabla		</estado>				

ZONA A							
USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL							
A.1		IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
8	Apellido Paterno	Apellido paterno del trabajador	<trabajador>	CTPersona		I	1
9	Apellido Materno	Apellido materno del trabajador				I	1
10	Nombres	Nombres del trabajador				I	1
11	RUT	RUT del trabajador				I	1
12	Edad	Edad del trabajador					
13	Sexo	Sexo del trabajador					
14	Fecha Emisión Licencia	Fecha en que es emitida la licencia médica			<feha_emision>	DateTime	
15	Fecha Inicio Reposo	Fecha en la que el trabajador Inicia reposo	<fecha_inicio_reposo>	DateTime		I	1
16	Nº de Días	Nº de días de reposo	<tra_ndias>	Integer		I	1
17	Nº de Días en palabras	Nº de días de reposo en palabras	<tra_ndias_palabras>	String		I	1

A.2		IDENTIFICACION DEL HIJO					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
18	Apellido Paterno	Apellido paterno del hijo	<hijo>	CTPersona			3
19	Apellido Materno	Apellido materno del hijo					3
20	Nombres	Nombres del hijo					3
21	RUT	RUT del hijo					2
22	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del hijo					2

A.3		TIPO DE LICENCIA					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
23	Tipo de licencia	Tipo de licencia	<codigo_tipo_licencia>	STTipo_licencia	1: ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2: PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3: LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4: ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR DE 1 AÑO 5: ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6: ENFERMEDAD PROFESIONAL 7: PATOLOGIA DEL EMBARAZO		1
24	Recuperabilidad laboral	Recuperabilidad laboral	<codigo_recuperabilidad>	STSiNo	1: SI 2: NO		1
25	Inicio trámite de invalidez	Inicio trámite de invalidez	<codigo_inicio_tram_inv>	STSiNo	1: SI 2: NO		1

26	Fecha del accidente	Fecha del accidente del trabajo o del trayecto	<fecha_accidente>	Date		I	2
27	Hora accidente	Hora y minutos del accidente	<hora_accidente>	Time		I	2
28	Trayecto	Accidente en el trayecto	<codigo_trayecto>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	2
29	Fecha de concepción	Fecha de la concepción del accidente	<fecha_concepcion>	Date		I	2

A.4		CARACTERISTICAS DEL REPOSO					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
30	Reposo total o parcial	Reposo laboral total o parcial	<codigo_tipo_reposo>	STTipo_reposo	1: REPOSO LABORAL TOTAL 2: REPOSO LABORAL PARCIAL	I	1
31	Jornada de reposo	Jornada del reposo	<codigo_jornada_reposo>	STJornada_reposo	A: MAÑANA B: TARDE C: NOCHE	I	2
32	Lugar de reposo	Lugar de reposo	<codigo_lugar_reposo>	STLugar_reposo	1: SU DOMICILIO 2: HOSPITAL 3: OTRO DOMICILIO	I	1
33	Justificación domicilio	Justificación si es otro domicilio	<justifica_domicilio>	String		I	2
34	Dirección	Dirección de reposo	<direccion_reposo>	CTDireccion		I	1
35	Teléfono	Teléfono personal o de contacto	<telefono_reposo>	CTTelefono		I	3

A.5		IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
36	Apellido Paterno	Apellido paterno del profesional	<profesional>	CTPersona		I	1
37	Apellido Materno	Apellido materno del profesional				I	1

38	Nombres	Nombres del profesional				I	1
39	RUT	RUT del profesional				I	1
40	Especialidad	Especialidad de profesional	<prof_especialidad>	String		I	1
41	Tipo de Profesional	Tipo de profesional que puede emitir licencias médicas	<codigo_tipo_profesional>	STTipo_profesional	1: MEDICO 2: DENTISTA 3: MATRONA	I	1
42	Registro colegio	Registro del colegio profesional	<prof_registro_colegio>	String		I	3
43	Correo electrónico	Correo electrónico	<prof_email>	STEmail		I	3
44	Teléfono	Teléfono de oficina de atención del profesional	<prof_telefono>	CTTelefono		I	3
45	Dirección	Dirección de oficina de atención del profesional	<prof_direccion>	CTDireccion		I	1
46	Fax	Fax de oficina de atención del profesional	<prof_fax>	CTTelefono		I	3

A.6		DIAGNOSTICO					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
47	Diagnóstico principal	Diagnóstico principal	<diagnostico_principal>	String		I	1
48	Otros diagnósticos	Otros diagnósticos	<diagnostico_otro>	String		I	3
49	Antecedentes clínicos	Antecedentes clínicos	<antecedentes_clinicos>	String		I	3
50	Exámenes de apoyo	Exámenes de apoyo al diagnóstico	<exámenes_apoyo>	String		I	3

A.F		FIRMAS DEL PROFESIONAL QUE OTORGA LA LICENCIA MEDICA Y DEL TRABAJADOR					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
51	Firma Prestador	Datos Zona 0 y Zona A cifrados con llave privada del operador	<firma_prestador>	base64Binary o XML Signature		N	1

52	Firma Trabajador	Nombre y RUT del trabajador cifrados con llave privada del operador	<firma_trabajador>	base64Binary o XML Signature		N	1
ZONA B							
USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
53	Tipo de Pronunciamiento	Tipo de Pronunciamiento por parte de la entidad que se pronuncia	"tipo_pronunciamiento"	STTipo_pronunciamiento	1:PRONUNCIAMIENTO INICIAL 2: RECONSIDERACION 3: REDICTAMEN	I	1
54	Servicio de Salud o Isapre	Servicio de Salud o Isapre	<entidad>	String		I	1
55	Nº Resolución	Nº de la resolución	<n_resolucion>	STN_resolucion		I	1
56	Establecimiento	Nombre del establecimiento	<establecimiento>	String		I	1
57	Código establecimiento	Código del establecimiento	<codigo_establecimiento>	Integer		I	1
58	Tipo de licencia	Tipo de licencia médica	<codigo_tipo_licencia_entidad>	STTipo_licencia	1: ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2: PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3: LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4: ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR DE 1 AÑO 5: ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6: ENFERMEDAD PROFESIONAL 7: PATOLOGIA DEL EMBARAZO	I	1
59	Fecha inicio	Fecha desde que parte la licencia	<entidad_fecha_desde>	Datetime		I	1

60	Fecha fin	Fecha en la que termina la licencia	<entidad_fecha_hasta>	DateTime			1
61	Nº días autorizados	Nº de días de reposo autorizados	<entidad_ndias>	Integer			1
62	Código diagnóstico	Código del diagnóstico	<codigo_diagnostico>	String			1
63	Continuación	Primera licencia o continuación de otra	<codigo_contiuracion>	STContinuacion	1: PRIMERA 2: CONTINUACION		1
64	Nº días previos	Nº días de licencia previa	<dias_previos>	Integer			2
65	Tipo de resolución	Tipo de resolución	<codigo_tipo_resolucion>	STTipo_resolucion	1: AUTORIZASE 2: RECHAZASE 3: AMPLIASE 4: REDUCESE 5: PENDIENTE DE RESOLUCION		1
66	Pendiente	Causa por la cual la licencia queda pendiente	<entidad_pendiente>	String			2
67	Redictamen	Redictamen	<codigo_redictamen>	StSiNo	1: SI 2: NO		2
68	Causa de rechazo	Causa de rechazo	<codigo_causa_rechazo>	STCausa_rechazo	1: REPOSO INJUSTIFICADO 2: DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3: FUERA DE PLAZO 4: INCUMPLIMIENTO REPOSO 5: OTRO		2
69	Causa de modificación o rechazo	Causa de modificación o rechazo de la licencia	<entidad_causa>	String			2
70	Reposo autorizado	Tipo de reposo autorizado	<codigo_reposo_autorizado>	STTipo_reposo	1: REPOSO LABORAL TOTAL 2: REPOSO LABORAL PARCIAL		1
71	Jornada de reposo	Jornada de reposo	<codigo_jornada_reposo_autorizado>	STJornada_reposo	A: Mañana B: Tarde		2

					C: Noche		
72	Derecho a subsidio	Tipo de derecho a subsidio	<codigo_derecho_subsidio>	STTipo_subsidio	A: CON DERECHO A SUBSIDIO UNA VEZ VERIFICADOS LOS REQUISITOS DISPUESTOS EN EL D.F.L. N° 44/78 Y LEY N° 16744 B: CON DERECHO A SUBSIDIO DE CARGO DEL EMPLEADOR O ENTIDAD RESPONSABLE ART. 56 DS N° 3/84 C: SIN DERECHO A SUBSIDIO	I	1
73	Fecha de recepción	Fecha de recepción en el Servicio de Salud o Isapre	<entidad_fecha_recepcion>	Datetime		I	1
74	Fecha de resolución	Fecha de resolución por parte del Servicio de Salud o Isapre	<fecha_resolucion>	Datetime		I	1
75	Fecha de redictamen	Fecha de redictamen	<fecha_redictamen>	Datetime		I	2
76	Apellido Paterno	Apellido paterno del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre	<contralor>	CTPersona		I	1
77	Apellido Materno	Apellido materno del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre				I	1
78	Nombres	Nombres del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre				I	1
79	RUT	RUT del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre				I	1

80	Digito Verificador RUT	Digito Verificador del RUT del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre				I	1
81	Registro médico colegio	Registro colegio médico del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre	<contralor_registro_colegio>	String		I	3

B.F FIRMA DEL MEDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
82	Firma Asegurador	Datos Zona B cifrados con llave privada del operador	<firma_asegurador>	base64Binary o XML Signature		N	1

ZONA C							
RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR							
C.1 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
83	Razón social	Razón social del empleador o nombre del trabajador independiente	<emp_nombre>	String		I	1
84	RUT	RUT del empleador o trabajador independiente	<emp_rut>	STRut		I	1
85	Teléfono	Teléfono del empleador o trabajador independiente	<emp_telefono>	CTTelefono		I	1
86	Fecha recepción	Fecha de recepción de licencia por el empleador o trabajador independiente	<emp_fecha_recepcion>	Datetime		I	1
87	Dirección	Dirección donde cumple funciones el trabajador	<emp_direccion>	CTDireccion		I	1

88	Código comuna	Código comunal uso COMPIN	<codigo_comuna_compin>	Integer		I	2
89	Actividad laboral	Actividad laboral del trabajador	<código_actividad_laboral>	STActividad_laboral	0: Agricultura, servicios agrícolas, silvicultura y pesca 1: Minas, petróleo y canteras 2: Industrias manufactureras 3: Construcción 4: Electricidad, gas y agua 5: Comercio 6: Transporte, almacenamiento y comunicaciones 7: Finanzas, seguros bienes muebles y servicios técnicos, profesionales y otros 8: Servicios estatales, sociales, personales e internacionales 9: Actividad no especificada	I	1
90	Ocupación	Ocupación	<codigo_ocupación>	STOcupacion	11: Ejecutivo o directivo 12: Profesor 13: Otro profesional 14: Técnico 15: Vendedor 16: Administrativo 17: Operario, trabajador manual 18: Trabajador de casa particular 19: Otro	I	1
91	Otra ocupación	Especificación de la ocupación	<emp_otra_ocupación>	String		I	2

C.2 IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O

Compendio de Procedimientos
 Capítulo IV Licencias Médicas
 Título VI. Otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas

92	Fecha recepción	Fecha de recepción de licencia por la Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF)	<prev_fecha_recepción_ccaf>	Datetime			2
93	Tipo previsional régimen	Tipo de régimen previsional	<código_tipo_regimen_previsional>	STRegimen_previsional	1: D.L. 2501 INP 2: D.L. 3500 AFP		1
94	Código previsional régimen	Código de régimen previsional	<código_regimen_previsional>	String			1
95	Letra caja previsión	Letra de caja de previsión	<código_letra_caja>	String			2
96	Nombre previsión	Nombre de institución previsional	<prev_nombre>	String			1
97	Calidad del trabajador	Calidad de trabajador	<código_calidad_trabajador>	STCalidad_trabajador	1: TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY 18.834 2: TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LEY 18.834 3: TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO 4: TRABAJADOR INDEPENDIENTE.		1
98	Seguro de desempleo AFC	Seguro de desempleo trabajador afiliado a AFC	<código_seguro_afc>	STSiNo	1: SI 2: NO		2
99	Seguro de desempleo indefinido	Seguro de desempleo trabajador con contrato de duración indefinida	<código_seguro_indef>	STSiNo	1: SI 2: NO		2
100	Fecha afiliación	Fecha primera afiliación a entidad previsional	<fecha_afiliación>	Date			1
101	Fecha contrato	Fecha de contrato de trabajo	<fecha_contrato>	Date			1

102	Entidad pagadora	Entidad que debe pagar el subsidio o mantener la remuneración	<código_entidad_pagadora>	STEntidad_pagadora	A: SERVICIO DE SALUD B: ISAPRE C: CCAF D: EMPLEADOR E: SERVICIO DE SALUD F: MUTUAL G: INP H: EMPLEADOR	I	2
103	Nombre pagador	Nombre de entidad pagadora de subsidio	<prev_nombre_pagador>	String		I	1

C.3		INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
104	Código previsión	Código institución previsional				I	1
105	Mes remuneraciones	Mes al cual corresponden las remuneraciones				I	1
106	Año remuneraciones	Año al cual corresponden las remuneraciones				I	1
107	Nº remuneraciones días	Nº de días a remunerar	<remuneración>	CTRemuneración	MAXIMO 12 REPETICIONES	I	1
108	Monto Imponible	Monto Imponible desahucio para trabajadores corporaciones municipales y públicos				I	1
109	Monto total	Monto total de remuneraciones imponibles para pensiones y salud (tope 60 UF)				I	1

110	Monto incapacidad laboral	Monto subsidio por incapacidad laboral				I	2
111	N° días incapacidad laboral	N° de días de subsidio por incapacidad laboral				I	2
112	% de desahucio	% de desahucio	<porcen_desahucio>		Decimal	I	1
113	Monto mes anterior	Monto imponible del mes anterior al inicio de la licencia médica	<monto.imponible.mesanterior>		Integer	I	1

C.4 LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
114	Licencias anteriores	Licencias anteriores	<lma_nlicencias>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	1
115	Total de días	Total de días				I	2
114	Fecha inicio licencia anterior	Fecha de inicio de la licencia médica anterior	<licencia_anterior>	CTLicencia_anterior	MAXIMO 12 REPETICIONES	I	2
115	Fecha fin licencia anterior	Fecha de término de la licencia médica anterior				I	2

C.F FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
116	Firma Empleador	Datos Zona C cifrados con llave privada del operador	<firma_empleador>	XML Signature		N	1

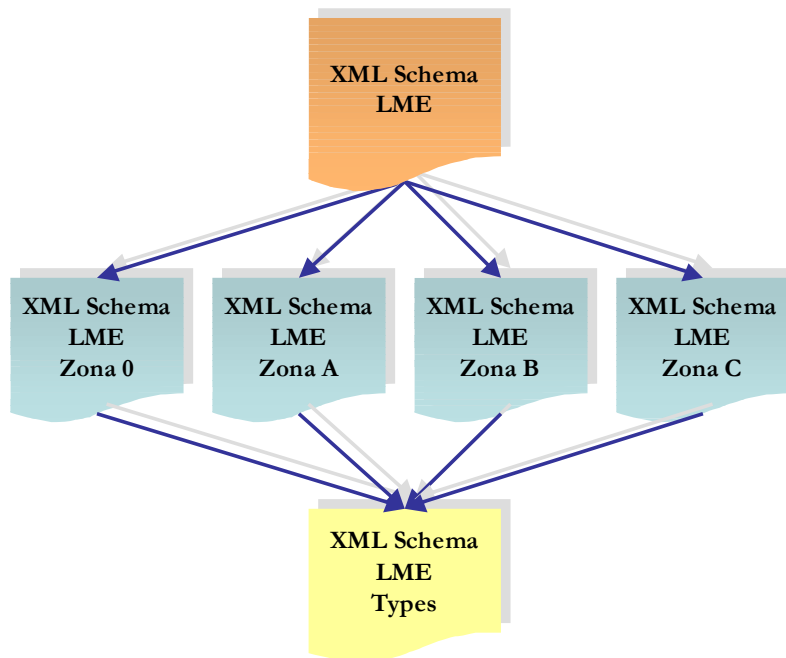
2.3. Formato de la Licencia Médica Electrónica.

El formato para la Licencia Médica Electrónica como documento electrónico será XML, el cual deberá ser generado en consistencia con un XML Schema.



2.3.1. XML Schema de la Licencia Médica Electrónica.

El XML Schema LME está conformado por cuatro XML Schema LME Zona, que definen el contenido de la Licencia Médica Electrónica, y un XML Schema LME Types, que permite la validación de todos los datos.



2.3.2. Definición de los XML Schemas.

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que definen la Licencia Médica Electrónica y un ejemplo de la misma, serán publicadas en la dirección <http://www.lme.gov.cl/lme>.

2.4. Seguridad de la Licencia Médica Electrónica como documento electrónico.

La seguridad de la licencia médica electrónica como documento electrónico estará resguardada en la medida que éste cumpla con los atributos de autenticidad, integridad, confidencialidad y no repudio. Para ello, deberá considerarse lo siguiente:

- a) **Autenticidad:** Los receptores de la licencia médica electrónica deberán poder verificar la identidad del emisor del documento.

El Operador deberá utilizar un mecanismo de autenticación biométrica y/o infraestructura de llave pública (PKI). En este último caso deberá otorgar un par de llaves por Prestador o Profesional que otorga, trabajador, empleador o trabajador independiente, Contralor médico autorizado y entidad que se pronuncia.

b) **Integridad:** La licencia médica electrónica no deberá poder ser alterada por un tercero sin que esto sea detectable.

En el momento del otorgamiento y cada vez que la licencia médica electrónica adquiera un nuevo estado, el Organismo Monitor deberá guardar automáticamente una copia de la licencia médica electrónica.

En el caso que el mecanismo de autenticación utilizado sea el de infraestructura de llave pública (PKI), la integridad se verá además resguardada a través de las potencialidades que son propias de dicho sistema.

c) **No repudio: El emisor de la licencia médica electrónica no deberá poder negar la autoría del documento.**

El Operador deberá utilizar un mecanismo de autenticación biométrica y/o infraestructura de llave pública (PKI). En este último caso deberá otorgar un par de llaves por Prestador o Profesional que otorga, trabajador, empleador o trabajador independiente, Contralor médico autorizado y entidad que se pronuncia.

d) **Confidencialidad:** La licencia médica electrónica o parte de ella, no deberá poder ser leída por actores no autorizados para hacerlo.

El Operador deberá cifrar los elementos del documento electrónico respecto de los cuales se requiera resguardar su confidencialidad.

Para lo anterior se debe cumplir con las siguientes condiciones iniciales:

a) El Operador deberá tener la capacidad de generar y asignar un par de llaves, por sí mismo o a través de un tercero, para uso de infraestructura de llave pública (PKI). En el caso que dicho par de llaves sea generado por el mismo Operador, éste deberá contar con reglas sobre prácticas de certificación y mantener un registro de acceso público de certificados.

b) El Operador deberá tener la capacidad de firmar utilizando XML Signature a partir de una llave privada.

c) El Operador deberá tener la capacidad de cifrar utilizando XML Encryption a partir de una llave pública.

d) El Operador deberá contar con un par de llaves propias otorgadas por un tercero.

Se debe tomar en consideración que desde su otorgamiento por el profesional hasta su pronunciamiento por parte de la entidad que se pronuncia, la licencia médica electrónica es firmada por 4 actores:

a) Firma del Profesional que otorga la licencia médica.

b) Firma del Trabajador.

c) Firma del Empleador o Trabajador Independiente.

d) Firma del médico autorizado por el servicio de salud o ISAPRE.

En cada una de estas firmas se deberá realizar las acciones que se describen a continuación:

Otorgamiento por parte del profesional	
Firma del Profesional	<p>Para el caso que la autenticación sea a través de PKI, la firma del Prestador o Profesional debe ser un registro en el documento electrónico utilizando XML Signature sobre el elemento <ZONA_A> de manera ensobrada, utilizando la llave privada del Prestador o Profesional.</p> <p>Para el caso que la autenticación sea a través de un mecanismo biométrico, la firma del Profesional debe ser un registro en el documento electrónico que permita la verificación de la identidad.</p>
Firma del Trabajador	<p>Para el caso que la autenticación sea a través de PKI, la firma del Trabajador debe ser un registro en el documento electrónico utilizando XML Signature sobre el elemento <ZONA_A> de manera ensobrada, utilizando la llave privada del Trabajador.</p> <p>Para el caso que la autenticación sea a través de un mecanismo biométrico, la firma del Prestador debe ser un registro en el documento electrónico que permita la verificación de la identidad.</p>
Datos cifrados	<p>Se deberá cifrar utilizando XML Encryption el elemento <ZONA_A6> con la llave pública del Operador y en el momento de ser solicitada la LME por los actores que rescatan, ésta debe ser descifrada por el mismo.</p>

Tramitación por parte del Empleador o Trabajador Independiente	
Firma del Empleador o Trabajador Independiente.	<p>Para el caso que la autenticación sea a través de PKI, la firma del empleador o trabajador independiente debe ser un registro en el documento electrónico utilizando XML Signature sobre el elemento <ZONA_C> de manera ensobrada, utilizando la llave privada del Empleador o Trabajador Independiente.</p> <p>Para el caso que la autenticación sea a través de un mecanismo biométrico, la firma del Empleador o Trabajador Independiente debe ser un registro que permita la verificación de la identidad.</p>

Pronunciamento por parte de la Entidad	
Firma de la Entidad	<p>Para el caso que la autenticación sea a través de PKI, la firma de la Entidad debe ser un registro en el documento electrónico utilizando XML Signature sobre el elemento <ZONA_B> de manera ensobrada, utilizando:</p> <p style="padding-left: 40px;">La llave privada de la Entidad que se pronuncia, en el caso de las licencias médicas autorizadas por las Isapre.</p> <p style="padding-left: 40px;">La llave privada del Contralor médico autorizado, en cualquier otro caso.</p> <p>Para el caso que la autenticación sea a través de un mecanismo biométrico, la firma del Contralor médico autorizado debe ser un registro en el documento electrónico que permita la verificación de la identidad.</p>

3. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA.

3.1. Objetivo.

El objetivo de este capítulo es establecer los requisitos mínimos que deberá cumplir el sistema de información, a efectos de asegurar el correcto funcionamiento del procedimiento de otorgamiento y tramitación de la Licencia Médica Electrónica. En particular, se establecen requerimientos de los servicios, de las interfaces de visualización, de impresión y de operación, los cuales son esenciales para cumplir con la finalidad señalada.

3.2. Requerimientos de servicios.

El sistema de información deberá estar basado en una Arquitectura Orientada a Servicios (SOA), la cual deberá contemplar un conjunto de servicios, cuyas interfaces podrán ser invocadas en secuencias según las

necesidades que se deriven del proceso de otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica. Los servicios representarán las funcionalidades de los procesos y deberán especificar los tipos de mensajes que podrá enviar y recibir y las reglas de secuenciamiento de estos mensajes en la interacción con los servicios.

A su vez, cada servicio deberá contar con los mecanismos de autenticación que permitan validar al usuario que lo utiliza, para lo cual el Operador del sistema de información deberá establecer los parámetros que sean necesarios para cumplir con dicho fin.

Sin perjuicio de los servicios descritos a continuación, el Operador deberá implementar todos aquellos que estime conveniente para el adecuado funcionamiento del sistema de información.

3.2.1. Directorio de servicios.

Debe existir un directorio de servicios UDDI (Universal Description, Discovery, and Integration) en el que se describan los requisitos técnicos, los parámetros de entrada y de salida de los mensajes y los formatos de los mensajes solicitados para interactuar con los Servicios.

3.2.2. Servicios para el Profesional que otorga la licencia médica electrónica o el Prestador.

3.2.2.1. Validación de entidades adscritas.

Debe permitir la validación de las entidades adscritas al sistema de información. Por una parte, deberá validar si la Entidad que le corresponde pronunciarse sobre la licencia médica del Trabajador se encuentra o no adscrita al sistema, lo cual determinará si ésta pueda ser otorgada electrónicamente. Por otra parte, deberá validar si el o los Empleadores de dicho Trabajador se encuentran o no adscritos, lo cual determinará si la licencia médica electrónica debe ser impresa para su tramitación por parte del Trabajador.

3.2.2.2. Validación de la licencia médica electrónica.

Debe permitir que la licencia médica electrónica en XML sea validada por el XML Schema entregado en el capítulo 2 de este anexo.

3.2.2.3. Foliación de la licencia médica electrónica.

Debe generar y asignar un número de folio para cada licencia médica electrónica en el momento que es otorgada. En el caso que se estuviese otorgando múltiples licencias médicas en el mismo acto, se deberá asignar para cada licencia un número de folio distinto.

3.2.2.4. Remisión de una licencia médica electrónica otorgada.

Debe permitir que el usuario Profesional pueda remitir toda aquella licencia médica electrónica que haya otorgado, debiendo registrarse en ella el estado 1, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.2.5. Remisión de una licencia médica electrónica anulada.

Debe permitir que el usuario Profesional pueda remitir toda aquella licencia médica electrónica que haya anulado, debiendo registrarse en ella el estado 2, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.2.6. Acceso al registro de licencias médicas electrónicas otorgadas.

Debe permitir acceder al registro de todas las licencias que el Profesional haya otorgado a través del sistema de información. Sólo debe permitir el acceso a aquellas zonas respecto de las cuales el Profesional tuvo conocimiento o intervino directamente.

3.2.2.7. Generación de correo electrónico de aviso al Empleador.

Debe permitir el envío de un correo electrónico de aviso a el o los Empleadores adscritos en el cual se le informe del otorgamiento de la licencia médica a uno de sus Trabajadores.

3.2.3. Servicios para el Empleador o Trabajador Independiente.

3.2.3.1. Rescate de licencia médica electrónica por parte del Empleador o Trabajador Independiente.

Debe permitir que el usuario Empleador o Trabajador Independiente pueda rescatar toda aquella licencia médica electrónica otorgada que haya sido puesta a su disposición para su tramitación.

3.2.3.2. Validación de la licencia médica electrónica.

Debe permitir que la licencia médica electrónica en XML sea validada por el XML Schema entregado en el capítulo 2 de este anexo.

3.2.3.3. Remisión de licencia médica electrónica tramitada por el Empleador o Trabajador Independiente.

Debe permitir que el usuario Empleador o Trabajador Independiente pueda remitir toda aquella licencia médica electrónica que haya tramitado, debiendo registrarse en ella el estado 5, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.3.4. Remisión de licencia médica electrónica no recepcionada por el Empleador o Trabajador Independiente.

Debe permitir que el usuario Empleador o Trabajador Independiente pueda remitir toda aquella licencia médica electrónica que no haya recepcionado, debiendo registrarse en ella el estado 4, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.3.5. Constatación de licencia médica electrónica no tramitada por el Empleador o Trabajador Independiente.

Debe constatar, transcurrido el plazo para tramitar la licencia médica por parte del usuario Empleador o Trabajador Independiente, que licencia médica electrónica no se ha tramitado, debiendo registrarse en ella el estado 3, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.3.6. Remisión de información complementaria por parte del Empleador o Trabajador Independiente.

Debe permitir que el usuario Empleador o Trabajador Independiente pueda remitir información complementaria a la licencia médica electrónica referenciándola a la misma mediante su número de folio. En el caso de licencias tramitadas podrá agregar información para el pronunciamiento o el cálculo de los respectivos subsidios por incapacidad laboral. En el caso de licencias no recepcionadas podrá agregar información sobre motivos de la no recepción.

3.2.3.7. Acceso al registro de licencias médicas electrónicas tramitadas.

Debe permitir acceder al registro de todas las licencias que el Empleador o Trabajador Independiente haya tramitado, haya expresado motivo de no recepción o no se haya manifestado dentro del plazo a través del sistema de información. Sólo debe permitir el acceso a aquellas zonas respecto de las cuales el Empleador o Trabajador Independiente tuvo conocimiento o intervino directamente.

3.2.3.8. Generación de correo electrónico de aviso a la Entidad encargada de pronunciarse sobre la licencia.

Debe permitir el envío de un correo electrónico de aviso a la Entidad encargada de pronunciarse sobre ella en el cual se le informe de la tramitación de la licencia médica.

3.2.4. Servicios para la Entidad que se pronuncia.

3.2.4.1. Rescate de licencia médica electrónica por parte de la Entidad que se pronuncia.

Debe permitir que la Entidad pueda rescatar toda licencia médica electrónica que haya sido puesta a su disposición. Para las licencias médicas electrónicas en estados 1 ó 2 debe permitir el rescate de al menos la zona 0 y zona A de las definiciones dadas. Para las licencias médicas electrónicas en estados 3, 4 ó 5 debe permitir el rescate de al menos la zona 0, la zona A y la zona C de las definiciones dadas.

3.2.4.2. Remisión de una licencia médica electrónica devuelta para su puesta a disposición del Empleador o Trabajador Independiente adscrito.

Debe permitir que la Entidad pueda remitir toda licencia médica electrónica, que desee poner a disposición del Empleador o Trabajador Independiente adscrito, debiendo registrarse en ella el estado 6, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.4.3. Remisión de una licencia médica electrónica pronunciada.

Debe permitir que la Entidad pueda remitir toda licencia médica electrónica respecto de la cual se haya pronunciado, debiendo registrarse en ella el estado 7, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.4.4. Acceso al registro de licencias médicas electrónicas pronunciadas.

Debe permitir acceder al registro de todas las licencias respecto de las cuales la Entidad se haya pronunciado o haya sido devuelta a través del sistema de información. Sólo debe permitir el acceso a aquellas zonas respecto de las cuales tuvo conocimiento o intervino directamente.

3.2.5. Servicios para el Trabajador.

3.2.5.1. Consulta sobre estado de tramitación de la licencia médica electrónica.

Debe permitir consultar el estado de tramitación de la licencia médica electrónica, indicando como mínimo:

- a) Historial de estado de la licencia médica, con la respectiva fecha y hora en la que adquirió cada estado.
- b) Datos de la zona A de la licencia médica electrónica, con excepción de A6.
- c) Datos de la Zona B de la licencia médica electrónica, con excepción del código del diagnóstico.
- d) Datos de la Zona C de la licencia médica electrónica.

3.2.6. Servicios para el Organismo Monitor

3.2.6.1. Consulta sobre personas, instituciones o entidades con convenio con el Operador (adscritas).

Debe permitir al usuario Monitor el acceso a información sobre personas, instituciones o entidades que hayan celebrado convenios con el Operador (Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores, según corresponda, Empleadores, Trabajadores Independientes e ISAPRES o COMPIN, esta última a través de la Subsecretaría de Salud Pública, según corresponda), indicando como mínimo:

- a) RUT
- b) Fecha de inicio de convenio y fecha de término del servicio.

En caso de convenios con Prestadores (Instituciones Públicas o Privadas en las cuales se desempeñen Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas), se deberá acceder además a información sobre:

- a) Datos de lugares o centros de atención adscritos (dirección, teléfono, otros).
- b) Datos de profesionales adscritos en el marco del convenio (nombre, especialidad, otros).

3.2.6.2. Rescate de una licencia médica electrónica por parte del Organismo Monitor.

Debe permitir el rescate de una licencia médica electrónica, cualquiera sea su estado, así como también toda aquella información complementaria referenciada a una determinada licencia.

3.2.6.3. Acceso al registro de licencias médicas electrónicas.

Deberá permitir acceder al registro de todas las licencias que hayan sido otorgadas a través del sistema de información. Se debe permitir el acceso a todas las zonas de la licencia médica electrónica.

3.2.6.4. Actualización de licencias médicas electrónicas.

Deberá permitir acceder a un registro que indique las licencias médicas electrónicas que han sido creadas o actualizadas en el sistema de información.

3.2.6.5. Acceso a los servicios disponibles.

Deberá permitir acceder y utilizar, en un ambiente de prueba, todos los servicios disponibles para todos los usuarios: Profesionales, Empleadores o Trabajadores Independientes y Entidades que se pronuncian sobre las licencias médicas.

3.3. Requerimientos de las interfaces de visualización.

Sin perjuicio de las interfaces que sean necesarias de implementar por parte del Operador, en adelante se establecen los requerimientos para aquellas interfaces mínimas con las que deberá contar el sistema de información para su adecuado funcionamiento. Es recomendable que estos requerimientos se encuentren implementados en las interfaces que utilicen los actores que intervienen en el proceso de otorgamiento y tramitación de la Licencia Médica Electrónica en caso que dichas interfaces sean provistas por ellos mismos o por terceros. En esos casos, el Operador deberá verificar que las interfaces permitan cumplir con los requisitos de procesos (descritos en el capítulo 1) y aquellos establecidos para el documento electrónico (descritos en el capítulo 2).

3.3.1. Requerimientos para el Profesional que otorga la licencia médica electrónica o el Prestador.

3.3.1.1. Otorgamiento de la licencia médica electrónica.

Se deberá proporcionar al usuario Profesional acceso a un formulario para el otorgamiento de la licencia médica electrónica con todos aquellos campos que corresponde completar en esta etapa del procedimiento, es decir, la zona A descrita en el capítulo 2 de este anexo y cumpliendo con los requisitos señalados en el punto 3.3.8 sobre especificación de textos para interfaz de visualización, de este capítulo.

3.3.1.2. Visualización de la licencia médica electrónica.

Se deberá desplegar la totalidad de los datos que se han completado en esta etapa, a efectos de permitir la revisión por parte del Profesional que la otorga.

3.3.1.3. Firmado de la licencia médica electrónica por parte del Profesional que otorga la licencia.

Se deberá permitir que el Profesional, una vez que haya revisado el contenido de la licencia médica electrónica, firme a través de algún medio tecnológico que permita cumplir con los requisitos establecidos para el documento electrónico en el punto 2.5 sobre seguridad de la licencia médica electrónica como documento electrónico.

3.3.1.4. Firmado de la licencia médica electrónica por parte del Trabajador.

Se deberá permitir que el Trabajador, una vez que la licencia médica electrónica haya sido firmada por el Profesional, firme a través de algún medio tecnológico que permita cumplir con los requisitos establecidos para el documento electrónico en el punto 2.5 sobre seguridad de la licencia médica electrónica como documento electrónico.

3.3.1.5. Impresión de comprobante de la licencia médica electrónica.

Se deberá permitir la impresión del comprobante de otorgamiento de la licencia médica, el cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.1. sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.1.6. Impresión de copia en papel de la licencia médica electrónica.

En caso que el sistema de información no haya identificado empleador adscrito, se deberá permitir la impresión de la copia en papel de la licencia médica electrónica, la cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.2 sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.2. Requerimientos para el Empleador o Trabajador Independiente.

3.3.2.1. Visualización de los datos de la licencia médica electrónica a los cuales puede acceder el Empleador o Trabajador Independiente.

Se deberá presentar al Empleador o Trabajador Independiente, los datos contenidos en la zona A de la licencia médica electrónica con excepción de la zona A6, los datos contenidos en la zona B de la licencia médica

electrónica con excepción del código del diagnóstico y los datos contenidos en la zona C de la licencia médica electrónica.

3.3.2.2. Tramitación de la licencia médica electrónica.

Se deberá proporcionar al usuario Empleador o Trabajador Independiente acceso a un formulario para la tramitación de la licencia médica electrónica con todos aquellos campos que corresponde completar en esta etapa del procedimiento, es decir, la zona C descrita en el capítulo 2 de este anexo y cumpliendo con los requisitos señalados en el punto 3.3.8 sobre especificación de textos para interfaz de visualización, de este capítulo.

3.3.2.3. Visualización de la licencia médica electrónica.

Se deberá desplegar la totalidad de los datos que se han completado en esta etapa, a efectos de permitir la revisión por parte del Empleador o Trabajador Independiente, según corresponda.

3.3.2.4. Firmado de la licencia médica electrónica por parte del Empleador o Trabajador Independiente, según corresponda.

Se deberá permitir que el Empleador o Trabajador Independiente, una vez que haya revisado el contenido de la licencia médica electrónica, firme a través de algún medio tecnológico que permita cumplir con los requisitos establecidos para el documento electrónico en el punto 2.5 sobre seguridad de la licencia médica electrónica como documento electrónico.

3.3.2.5. Impresión de comprobante de tramitación de la licencia médica electrónica.

Se deberá permitir la impresión del comprobante de tramitación de la licencia médica, el cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.1 sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.3. Requerimientos para la Entidad que se pronuncia

3.3.3.1. Visualización de los datos de la licencia médica electrónica a los cuales puede acceder la Entidad que se pronuncia.

Se deberá presentar a la Entidad que se pronuncia, los datos contenidos en la zona A, zona B y zona C de la licencia médica electrónica.

3.3.3.2. Pronunciamiento de la licencia médica electrónica.

Se deberá proporcionar a la Entidad que se pronuncia acceso a un formulario para el pronunciamiento de la licencia médica electrónica con todos aquellos campos que corresponde completar en esta etapa del procedimiento, es decir, la zona B descrita en el capítulo 2 de este anexo y cumpliendo con los requisitos señalados en el punto 3.3.8 sobre especificación de textos para interfaz de visualización, de este capítulo.

3.3.3.3. Visualización de la licencia médica electrónica.

Se deberá desplegar la totalidad de los datos que se han completado en esta etapa, a efectos de permitir la revisión por parte de la Entidad que se pronuncia.

3.3.3.4. Firmado de la licencia médica electrónica por parte de la Entidad que se pronuncia.

Se deberá permitir que la Entidad que se pronuncia, una vez que haya revisado el contenido de la licencia médica electrónica, firme a través de algún medio tecnológico que permita cumplir con los requisitos establecidos para el documento electrónico en el punto 2.5 sobre seguridad de la licencia médica electrónica como documento electrónico.

3.3.3.5. Impresión de copia en papel de la licencia médica electrónica.

Se deberá permitir la impresión de la copia en papel de la licencia médica electrónica, la cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.2 sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.4. Requerimientos para el Trabajador

3.3.4.1. Visualización de los datos de la licencia médica electrónica a los cuales puede acceder el Trabajador.

Se deberá presentar al Trabajador los datos contenidos en la zona A de la licencia médica electrónica con excepción de la zona A6, los datos contenidos en la zona B de la licencia médica electrónica con excepción del código del diagnóstico y los datos contenidos en la zona C de la licencia médica electrónica.

3.3.4.2. Impresión de comprobante de licencia médica electrónica.

Se deberá permitir la impresión del comprobante de otorgamiento de la licencia médica, el cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.1 sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.4.3. Impresión de copia en papel de la licencia médica electrónica.

Se deberá permitir la impresión de la copia en papel de la licencia médica electrónica, la cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.2. sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.5. Requerimientos para el Organismo Monitor

3.3.5.1. Acceso a todas las interfaces de visualización

Se deberá permitir el acceso a todas las interfaces de visualización que se encuentren en operación. Este acceso deberá cuidar que los datos que sean ingresados en éste no sean almacenados en el mismo repositorio que sea utilizado para la prestación de los servicios a los usuarios.

3.3.6. Requerimientos de usabilidad

3.3.6.1. Medios de orientación para el uso del sistema de información.

Se deberá ofrecer medios de orientación para facilitar su uso. Para ello:

- a) Todas las interfaces deberán tener un título que indique la sección en la que se encuentra el usuario.
- b) Deberán existir mensajes que ayuden al usuario a realizar las operaciones del sistema, tales como: mensajes de advertencia para confirmar las acciones realizadas por el usuario, mensajes de error para explicar al usuario el problema ocurrido.
- c) Deberán existir indicaciones que señalen los campos que son obligatorios de completar, por ejemplo, a través de un *. Se deberá indicar también el formato a ingresar en el caso que el campo exija un formato específico, por ejemplo, en el caso de fechas.

3.3.6.2. Medios de apoyo para el llenado de datos.

Se deberá incorporar medios de apoyo para el llenado de datos a efectos de reducir la cantidad de campos que deban ser digitados por los distintos usuarios. Para estos efectos, se podrá considerar:

- a) Llenado automático con datos provenientes de las bases de datos de las entidades encargadas de pronunciarse o de aquellas a las cuales el Operador lícitamente acceda.
- b) Llenado de datos con apoyo de mecanismos del tipo “calendar box” (fechas).
- c) Llenado de datos con apoyo de mecanismos del tipo “combo box” (tipos de licencia, regiones, comunas, actividad laboral, ocupación, etc.).

3.3.6.3. Despliegue de listados.

Se deberá, en caso de desplegarse listados, contemplar:

- a) Paginación acorde a la interfaz de visualización utilizada.
- b) Mecanismos de búsqueda.
- c) Mecanismos de filtrado de información.
- d) Mecanismos de orden.

3.3.6.4. Diseño.

Se deberá poseer un diseño gráfico coherente en todas sus interfaces. Para ello se deberá cuidar el estilo y gama de colores, la tipografía utilizada debe ser claramente legible y su color debe permitir un adecuado

contraste entre texto y fondo, los íconos que se utilicen deben representar clara e inequívocamente la función o acción que realizan y deberán desplegar textos alternativos que señalen la acción asociada a cada uno de ellos.

3.3.6.5. Manuales de Usuario y Tutoriales.

Se deberá disponer de material didáctico que permita facilitar a los usuarios el uso del sistema de información, el cual podrá consistir en manuales de usuario, tutoriales u otros que el Operador estime conveniente.

3.3.6.6. Información sobre asistencia telefónica.

Se deberá proporcionar la información necesaria para acceder al servicio de asistencia telefónica en forma claramente visible.

3.3.7. Requerimientos de accesibilidad

3.3.7.1. Accesibilidad.

En caso que la solución tecnológica utilice un sitio Web como interfaz de visualización, el Operador deberá indicar en forma explícita los navegadores o browsers, y sus versiones, respecto de los cuales el sistema garantiza su correcto funcionamiento.

3.3.7.2. Tamaño y formato de documentos que se descargan.

Se deberá indicar el tamaño (expresado en bytes, kbytes o megabytes) y formato de los documentos cuando exista la posibilidad de descargarlos y especificar el programa necesario para visualizarlo junto con la información de descarga.

3.3.7.3. Resolución de las interfaces de visualización.

Se deberá asegurar la correcta visualización de los contenidos independientemente de la resolución gráfica utilizada.

3.3.7.4. Uso de tecnologías auxiliares.

En caso de utilizar tecnologías auxiliares, tales como plug-ins, active-x, applets u otros, se deberá proporcionar los medios para obtenerlos.

3.3.7.5. Uso de texto alternativo.

En caso que la solución tecnológica utilice un sitio Web como interfaz de visualización, se deberá ofrecer "Texto Alternativo" para cada una de las imágenes.

3.3.8. Especificación de textos para interfaz de visualización.

Los requerimientos que deberán tener las interfaces para el otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas se describen en la siguiente tabla, cuyo contenido se explica a continuación para cada una de sus columnas:

- a) **Texto:** Texto que debe aparecer en el formulario de manera informativa.
- b) **Etiqueta:** Nombre que se debe desplegar en la pantalla a lado del campo a ser llenado por el usuario.
- c) **Texto explicativo:** Texto que debe incorporarse en pantalla para explicar y/o informar.
- d) **Opciones:** Indica al usuario las opciones posibles del campo a ser llenado, las cuales se validarán con el XML Schema una vez que la licencia médica se constituya en un documento XML.
- e) **Validación:** Validación que el sistema debe realizar como mínimo frente a la información entregada por el usuario en cuanto al proceso de tramitación. Se debe tener en cuenta que las validaciones de cada campo propiamente tal están dadas por el XML Schema contra el cual se validará la licencia médica una vez que se constituya como documento XML. Para cumplir con este fin, el Operador deberá implementar todos los servicios que sean necesarios para realizar las validaciones de procesos.

Zona	Texto	Etiqueta	Texto explicativo	Opciones	Validación
0	Licencia Médica		La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3/1984.		
A	Uso y responsabilidad exclusiva del profesional				
A.1	Identificación del trabajador				
A.1		Apellido Paterno			
A.1		Apellido Materno			
A.1		Nombres			
A.1		RUT			Validación entre número y dígito verificador con algoritmo módulo 11. No debe permitir la duplicación de una licencia en proceso de otorgamiento. Las personas sin RUT deben ser identificadas como 111-2 .
A.1		Fecha Emisión Licencia	Día Mes Año		
A.1		Fecha Inicio Reposo	Día Mes Año		No puede existir una licencia vigente cuyo rango de fechas de reposo contenga el dato ingresado.
A.1		Edad			
A.1		Sexo			
A.1		Nº de Días			
A.1		Nº de Días en palabras			

A.2	Identificación del hijo		Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)		
A.2		Apellido Paterno			
A.2		Apellido Materno			
A.2		Nombres			
A.2		RUT			Validación entre número y dígito verificador con algoritmo módulo 11
A.2		Fecha de Nacimiento	Día Mes Año		
A.3		TIPO DE LICENCIA		1: ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2: PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3: LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4: ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR DE 1 AÑO 5: ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6: ENFERMEDAD PROFESIONAL 7: PATOLOGIA DEL EMBARAZO	
A.3		Recuperabilidad laboral		1: SI 2: NO	
A.3		Inicio trámite de invalidez		1: SI 2: NO	Si Recuperabilidad laboral es 1, debe tener valor 2 Si Recuperabilidad laboral es 2, debe tener valor 1
A.3		Fecha del accidente del trabajo o del trayecto			
A.3		Hora Minutos			

A.3		Trayecto		1: SI 2: NO	
A.3		Fecha de concepción	Mes Año		
A.4	Características del reposo				
A.4		Tipo de reposo		1: REPOSO LABORAL TOTAL 2: REPOSO LABORAL PARCIAL	
A.4		Solo para reposo parcial		A: MAÑANA B: TARDE C: NOCHE	
A.4		Lugar de reposo		1: SU DOMICILIO 2: HOSPITAL 3: OTRO DOMICILIO	
A.4		Justificar si es otro	(3)		
A.4		Dirección	Calle; Nº; Depto;Comuna		
A.4		Teléfono	(Personal o de contacto)		
A.5	Identificación del profesional				
A.5		Apellido Paterno			
A.5		Apellido Materno			
A.5		Nombres			
A.5		RUT			Validación entre número y dígito verificador con algoritmo módulo 11
A.5		Especialidad			
A.5		Tipo de Profesional			1: MEDICO 2: DENTISTA 3: MATRONA
A.5		Registro colegio profesional			
A.5		Correo electrónico			
A.5		Teléfono			

A.5		Dirección			
A.5		Fax			
A.6		Diagnóstico principal			
A.6		Otros diagnósticos			
A.6		Antecedentes clínicos			
A.6		Exámenes de apoyo diagnóstico			

Zona	Texto	Etiqueta	Texto explicativo	Opciones	Validación
B	Uso exclusivo servicio de salud o isapre				
B		Servicio de Salud o Isapre			
B		Resolución N°			
B		Establecimiento			
B		Código establecimiento			
B		Tipo de licencia			
B		Desde	Día Mes Año		
B		Hasta	Día Mes Año		
B		Autorizado por	Días		
B		Diagnóstico	Código		
B		Continuación		1: PRIMERA 2: CONTINUACION	
B		N° días previos			
B		Tipo de resolución		1: AUTORIZASE 2: RECHAZASE 3: AMPLIASE 4: REDUCESE	

				5: PENDIENTE DE RESOLUCIÓN	
B		Redictamen		1: SI 2: NO	
B		Causa rechazo		1: REPOSO INJUSTIFICADO 2: DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3: FUERA DE PLAZO 4: INCUMPLIMIENTO REPOSO 5: OTRO	
B		Reposo autorizado		1: REPOSO LABORAL TOTAL 2: REPOSO LABORAL PARCIAL	
B		Jornada de reposo	Solo para reposo parcial	A: MAÑANA B: TARDE C: NOCHE	
B		Derecho a subsidio		A: con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el d.f.l. n° 44/78 y ley n° 16744 B: con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable art. 56 ds n° 3/84 C: sin derecho a subsidio	
B		Causa de modificación o rechazo			
B		Pendiente por			
B		Fecha de recepción en servicio de salud o isapre	Día Mes Año		
B		Fecha emisión resolución servicio de salud o isapre	Día Mes Año		
B		Redictamen	Día Mes Año		
B		Registro colegio médico			

Zona	Texto	Etiqueta	Texto explicativo	Opciones	Validación
C	Responsabilidad exclusiva del empleador				

C.1	Identificación del empleador o trabajador independiente				
C.1		Nombre o Razón social			
C.1		RUT			Validación entre número y dígito verificador con algoritmo módulo 11.
C.1		Código área			
C.1		Teléfono			
C.1		Fecha recepción licencia por el empleador	Día Mes Año		Mayor o igual a la fecha de emisión. Debe ser la menor fecha entre el día siguiente hábil de emisión de la licencia y el día de procesamiento por parte del empleador.
C.1		Dirección donde cumple funciones el trabajador			
C.1		Comuna			
C.1		Ciudad			
C.1		Código comunal uso COMPIN			
C.1		Actividad laboral del trabajador		0: AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA 1: MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS 2: INDUSTRIAS MANUFACTURERAS 3: CONSTRUCCIÓN 4: ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA 5: COMERCIO 6: TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES	

				7: FINANZAS, SEGUROS BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS 8: SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES 9: ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA	
C.1		Ocupación		11: EJECUTIVO O DIRECTIVO 12: PROFESOR 13: OTRO PROFESIONAL 14: TÉCNICO 15: VENDEDOR 16: ADMINISTRATIVO 17: OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL 18: TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR 19: OTRO	
C.1		Especificar Otro			
C.2	Identificación del régimen previsional del trabajador y entidad pagadora del subsidio				
C.2		Régimen previsional		1: D.L. 2501 INP 2: D.L. 3500 AFP	
C.2		Código			
C.2		Letra (caja prev.)			
C.2		Nombre int. Prev.			
C.2		Calidad del trabajador		1: TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY 18.834 2: TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO	

				NO AFECTO A LEY 18.834 3: TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO 4: TRABAJADOR INDEPENDIENTE.	
C.2		Seguro de desempleo de	Trabajador afiliado a AFC	1: SI 2: NO	
C.2			Contrato de duración Indefinida	1: SI 2: NO	
C.2		Fecha primera afiliación entidad previsional	Día Mes Año		
C.2		Fecha contrato de trabajo	Día Mes Año		
C.2		Entidad que debe pagar el subsidio o mantener la remuneración		A: SERVICIO DE SALUD B: ISAPRE C: CCAF D: EMPLEADOR E: SERVICIO DE SALUD F: MUTUAL G: INP H: EMPLEADOR	
C.2		Nombre entidad pagadora de subsidio			
C.3	Informe de remuneraciones rentas y/o subsidios		LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.		
C.3			Las 6 últimas repeticiones corresponden en caso de las licencias maternas (Tipo3). Solo para este caso, la información debe corresponder		

			a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.		
C.3		Código Institución Previsional			
C.3		Mes al cual corresponden las remuneraciones - A	Mes		
C.3			Año		
C.3			Nº de días		
C.3		Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L., N° 44, 1978)	Imponible desahucio para trabajadores corp. Municipal y públicos – B		
C.3			Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 UF) – C		
C.3		Subsidio por discapacidad laboral	Monto – D		
C.3			Nº de días – E		
C.3			Art. 13. El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.		
C.3		% Desahucio			
C.3		Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 UF) para trabajador afiliado a AFC			

C.4	Licencias anteriores en los últimos 6 meses		Información obligatoria del empleador o trabajador independiente		
C.4		Licencias anteriores		1: SI 2: NO	
C.4		Total días			
C.4		Fecha inicio licencia anterior			
C.4		Fecha fin licencia anterior			

3.4. Requerimientos de impresión.

3.4.1. Requerimientos de impresión de los comprobantes.

3.4.1.1. Aspectos de formato de los comprobantes.

Cantidad de ejemplares	1 ejemplar por cada licencia otorgada
Tipo de papel	Color Blanco Gramaje mayor o igual a 50 gramos/m ²
Dimensiones	Tamaño ½ carta (21,59 ancho x 13,97 alto) para el comprobante
Información preimpresa	Ninguna
Margen de impresión	Mínimo 0,5 centímetros libres

3.4.1.2. Contenido de los Comprobantes.

3.4.1.2.1. Contenido del comprobante de otorgamiento de licencia médica electrónica a imprimir por el Profesional que la otorga.

	Contenido	Características
Encabezado	Logo del Gobierno de Chile "Ministerio de Salud" "Ministerio de Trabajo y Previsión Social"	1,5 x 1,5 cms. Arriba alineado a la izquierda con textos centrados bajo el Logo. Ver normas corporativas en www.gobiernodechile.cl .

	“Comprobante de Licencia Médica Electrónica”	Tamaño 10. Arriba alineado al centro.
	“Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite”	Tamaño 8. Arriba alineado al centro bajo texto anterior.
	Datos zona 0.	Tamaño 10. Arriba alineado a la derecha.
Datos del comprobante	Zonas A1 y A2.	Tamaño 10. Alineado a la izquierda.
Textos de información	Sólo empleador adscrito: “Esta licencia médica fue puesta a disposición de su empleador, en los términos señalados en los artículos 69 y 70 del D.S. N° 3”	Tamaño 10. Abajo alineado a la izquierda.
	Sólo empleador no adscrito: “Fecha recepción licencia por el empleador”	Tamaño 10. Abajo alineado a la izquierda.
	Sólo empleador no adscrito: “Firma y timbre del empleador”	Tamaño 10. Abajo alineado a la derecha.
	“Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a (URL definida por el Operador).”	Tamaño 10. Abajo centrado, bajo texto anterior.
Publicidad	El uso de publicidad en el comprobante deberá ser informado y autorizado por el organismo monitor.	

3.4.1.2.2. Contenido del comprobante de tramitación de licencia médica electrónica a imprimir por el Empleador o Trabajador Independiente, según corresponda.

	Contenido	Características
Encabezado	Logo del Gobierno de Chile “Ministerio de Salud” “Ministerio de Trabajo y Previsión Social”	1,5 x 1,5 cms. Arriba alineado a la izquierda con textos centrados bajo el Logo. Ver normas corporativas en www.gobiernodechile.cl .
	“Comprobante de Licencia Médica Electrónica”	Tamaño 10. Arriba alineado al centro.

	“Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite”	Tamaño 8. Arriba alineado al centro bajo texto anterior.
	Datos zona 0.	Tamaño 10. Arriba alineado a la derecha.
Datos del comprobante	Zonas A1, A2 y C1 Fecha en la cual la licencia médica electrónica fue puesta a disposición de la Entidad encargada de pronunciarse respectiva.	Tamaño 10. Alineado a la izquierda.
Textos de información	“Esta licencia médica fue puesta a disposición de la Entidad encargada de pronunciarse respectiva, en los términos señalados en los artículos 69 y 70 del D.S. N° 3”	Tamaño 10. Abajo alineado a la izquierda.
	“Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a (URL definida por el Operador).”	Tamaño 10. Abajo centrado, bajo texto anterior.
Publicidad	El uso de publicidad en el comprobante deberá ser informada y autorizada por el organismo monitor.	

3.4.2. Requerimientos de las copias impresas de una licencia médica electrónica.

3.4.2.1. Aspectos de formato de las copias impresas.

Cantidad de ejemplares	1 ejemplar por cada licencia otorgada
Tipo de papel	Color Blanco Gramaje mayor o igual a 50 gramos/m2
Dimensiones	Tamaño carta (21,59 ancho x 27,94 alto) para la licencia médica
Información preimpresa	Ninguna
Margen de impresión	Mínimo 0,5 centímetros libres

3.4.2.2. Contenido de la copia impresa de licencia médica electrónica.

3.4.2.2.1. Contenido de la copia impresa de Licencia Médica Electrónica a imprimir por el Profesional que la otorga y el Trabajador.

Contenido	Características
-----------	-----------------

Encabezado	Logo del Gobierno de Chile "Ministerio de Salud" "Ministerio de Trabajo y Previsión Social"	1,5 x 1,5 cms. Arriba alineado a la izquierda con textos centrados bajo el Logo. Ver normas corporativas en www.gobiernodechile.cl .
	"Copia impresa de Licencia Médica Electrónica"	Tamaño 10. Arriba alineado al centro.
	"Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite"	Tamaño 8. Arriba alineado al centro bajo texto anterior.
	Datos zona 0.	Tamaño 10. Arriba alineado a la derecha.
Datos de la copia impresa	Zona A (con excepción de A6). Zona C.	Tamaño 10. Alineado a la izquierda.
Textos de información	"Sr. Empleador o Trabajador Independiente: si desea continuar la tramitación de esta licencia médica en forma electrónica, debe estar registrado en (URL definida por el Operador).	Tamaño 10. Abajo centrado.
	"Trabajador Sector Público: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo." "Trabajador Independiente: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia." "Trabajador Dependiente: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo."	Tamaño 10. Abajo centrado, bajo texto anterior.
Publicidad	El uso de publicidad en el comprobante deberá ser informada y autorizada por el organismo monitor.	

3.4.2.2.2. Contenido de la copia impresa de Licencia Médica Electrónica a imprimir por la Entidad que se pronuncia.

	Contenido	Características
--	-----------	-----------------

Encabezado	Logo del Gobierno de Chile "Ministerio de Salud" "Ministerio de Trabajo y Previsión Social"	1,5 x 1,5 cms. Arriba alineado a la izquierda con textos centrados bajo el Logo. Ver normas corporativas en www.gobiernodechile.cl .
	"Copia impresa de Licencia Médica Electrónica"	Tamaño 10. Arriba alineado al centro.
	"Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite"	Tamaño 8. Arriba alineado al centro bajo texto anterior.
	Datos zona 0.	Tamaño 10. Arriba alineado a la derecha.
Datos de la copia impresa	Zona A. Zona B. Zona C.	Tamaño 10. Alineado a la izquierda.

3.5. Requerimientos de operación

3.5.1. Seguridad

3.5.1.1. Almacenamiento de claves.

El sistema de información deberá guardar un hash criptográfico de las claves de usuario y no podrá en ningún caso guardar registro de las claves en texto puro.

3.5.1.2. Respuesta del sistema de información ante fallas en su uso.

El sistema de información, en caso de ocurrir algún error inesperado, deberá informar o dar respuesta de tal situación al usuario mediante mensajes simples que indiquen acciones concretas al usuario. En ningún caso podrá desplegar código fuente, rutas de acceso o algún tipo de información que pudiese servir para vulnerar el sistema.

3.5.1.3. Validación de datos que se ingresan al sistema de información.

El sistema de información deberá validar que los datos ingresados por el usuario tengan el formato correcto. Si hubiese ingreso errado de datos por parte del usuario, el sistema deberá informar apropiada y oportunamente sobre el error cometido. En caso que el ingreso de datos se realice mediante la selección de opciones cerradas en vez de campos abiertos y que eventualmente éstas determinen nuevas opciones cerradas, el sistema de información deberá realizar los filtros necesarios a efectos de evitar inconsistencias de información.

3.5.1.4. No indexación por buscadores.

En caso que la solución tecnológica utilice un sitio Web como interfaz de visualización, deberá resguardarse la captura de datos por parte de buscadores web, no permitiéndose la indexación por parte de éstos. Se deberá verificar el cumplimiento estricto de este requisito por lo menos en los siguientes buscadores:

- a) Google
- b) Yahoo
- c) MSN

3.5.1.5. Comunicación a través de canales seguros.

Toda comunicación a través de Internet que implique transferencia de datos deberá utilizar canales de conexión segura (SSL).

3.5.1.6. Integridad de programas y datos.

Se debe proteger la integridad de sus programas y datos. Para ello:

- a) El código fuente no debe ser accesible por parte de los usuarios.
- b) El nombre de los programas y los directorios no deben ser revelados en la ruta de acceso.
- c) El nombre de las variables y sus valores no deben revelados en la ruta de acceso.

3.5.1.7. Desconexión automática.

El sistema de información deberá tener habilitado un sistema de auto desconexión o cierre de sesión del tipo "time out", que se ejecute automáticamente transcurridos 20 minutos sin actividad por parte del usuario autenticado.

3.5.1.8. Registro de logs y sistema de monitoreo.

En caso que la solución tecnológica utilice un sitio Web como interfaz de visualización, deberá contar con una bitácora o registros de "log" de acceso, bitácora o "log" de errores y un mecanismo de monitoreo en línea, como por ejemplo "AwStats", que permita al Monitor conocer el comportamiento de los usuarios.

3.5.2. Acceso.

Se deberán tener como únicas condiciones de acceso, las siguientes:

- a) Acceso por el puerto 80 para las interfaces de conexión normal.
- b) Acceso por el puerto 443 para las interfaces de conexión segura.

Cualquier otra restricción que el Operador estime necesaria como parte de su solución, deberá quedar documentada y deberá entregar el soporte adecuado a través de la mesa de ayuda.

3.5.3. Hospedaje.

3.5.3.1. Hosting.

Durante la operación del sistema, el Operador deberá brindar el hosting para la administración y operación de la aplicación principal y de todo otro software adicional necesario (compiladores, servidores Web, servidores de correo, lenguajes de programación, librerías estáticas y/o dinámicas, etc.) para que el sistema de información funcione correctamente.

3.5.3.2. Sincronización horaria.

Él o los servidores que alojen el sistema deberán tener su hora sincronizada con el "Simple Network Time Protocol" ([s]ntp.shoa.cl) del Servicio Hidrográfico y Oceanográfico de la Armada de Chile. Para más información ver en www.horaoficial.cl.

3.5.3.3. Seguridad de acceso a infraestructura.

El sistema de información deberá alojarse en áreas físicas seguras, protegidas por un perímetro de seguridad definidos y controles de entrada. Éstos deberán estar físicamente protegidos del acceso no autorizado, daño e interferencia.

3.5.4. Almacenamiento

3.5.4.1. Capacidad

La capacidad de almacenamiento de los datos no deberá ocupar un espacio superior al 50% de la capacidad total de los dispositivos de almacenamiento que el Operador disponga.

3.5.4.2. Redundancia

Se deberá contar con mecanismos de tolerancia a fallas (redundancia) realizado por hardware, con una condición mínima de RAID 1. Sin embargo se sugiere por razones de mayor velocidad y tolerancia a fallas que se utilice RAID 1+0.

3.5.5. Respaldo

3.5.5.1. Respaldo en el centro de datos.

Se deberá documentar la modalidad en la que se realizarán los respaldos locales, tanto del sistema de información como de los datos. No obstante, el Operador deberá ajustarse a lo siguiente:

- a) Respaldo del sistema de información: Se deberá realizar a través de copias totales y su periodicidad no podrá ser menor a 1 respaldo trimestral, cada vez que se realice una modificación al sistema o cada vez que el Operador estime conveniente de acuerdo a actualizaciones o mantenciones del sistema.
- b) Respaldo de los datos: Se deberá realizar a través de copias totales, diferenciales o parciales según sea necesario o el Operador estime conveniente, y su periodicidad no podrá ser menor a 1 respaldo mensual o cada vez que el Operador estime conveniente de acuerdo al nivel de transacciones del sistema.

3.5.5.2. Respaldo fuera del centro de datos.

Los registros exactos y completos de las copias de respaldos totales y los procedimientos documentados de restablecimiento deberán almacenarse en una ubicación remota, emplazada a una distancia tal que escape de cualquier daño producto de un desastre en el centro de datos. Se deberán almacenar al menos tres generaciones o ciclos de respaldos totales. Para tal efecto, se entenderá como respaldo total el respaldo del sistema de información en conjunto con el respaldo de los datos.

3.5.5.3. Seguridad de acceso a los respaldos.

Deberá garantizarse que el acceso a cualquier respaldo solamente pueda ser realizado por personal autorizado, tanto en los respaldos locales como en aquéllos ubicados remotamente.

3.5.5.4. Condiciones de infraestructura de respaldos.

Deberá garantizarse la disponibilidad de la infraestructura adecuada de respaldo, a efectos de asegurar que éstos estén disponibles después de un desastre o falla de un dispositivo. Las configuraciones de respaldo para el sistema de información y de los datos deberá ser probada con regularidad, a lo menos 1 vez al año, para asegurar que ellas satisfacen los requisitos de continuidad. Los respaldos deberán cumplir con un nivel adecuado de protección física de los medios. Deberán utilizarse medios y condiciones físicas de almacenamiento que garanticen una vida útil y permitan la mantención de los dispositivos físicos sin deteriorarse por el paso del tiempo o por causa de un agente externo.

3.5.5.5. Procedimiento de restablecimiento.

Se deberá explicitar y documentar el procedimiento de restablecimiento, en donde se debe detallar al menos lo siguiente:

- a) Arquitectura del sistema.
- b) Requerimientos mínimos de hardware.
- c) Detalle de todo software y sistema operativo con sus respectivas versiones y actualizaciones necesarias.
- d) Procedimiento de instalación de sistema de información.
- e) Procedimiento de restauración de datos a partir de respaldo.
- f) Procedimiento de pruebas para comprobar su funcionamiento.

3.5.5.6. Tiempo de restablecimiento del sistema de información y de los datos.

En caso de pérdida de información o cualquier otra situación que implique la utilización de cualquier tipo de respaldo, el Operador deberá asegurar que este proceso sea factible en un plazo no superior a las 2 horas.

3.5.5.7. Mantenimiento.

Durante el uso del sistema, el Operador debe brindar mantenimiento al sistema, manteniendo su continuidad operativa y consistencia en las bases de datos, es decir no debe interrumpirse el servicio durante modificaciones que puedan producirse para efectuar de cambios de versiones de los módulos u otras modificaciones que afecten alguna funcionalidad del sistema. La consistencia de las bases de datos dice relación con cambios que pudieran existir en las validaciones, en aumento o modificación de campos, que deben ser consistentes y coherentes con datos almacenados en el pasado. En caso de caída del sistema, el Operador estará obligado a reponer el servicio dentro de la hora siguiente. En caso que el Operador requiera detener el servicio para proceder a realizar alguna tarea que estime necesaria, deberá avisar con al menos 24 horas de anticipación a todos aquellos usuarios con los que tenga convenio vigente y al Organismo Monitor

3.5.6. Requerimientos de niveles de servicio

3.5.6.1. Up Time

El sistema de información deberá tener un up time demostrable de al menos 99,5%, medido mensualmente, con modalidad de servicio 24 x 7. Esto aplica tanto para el sitio Web y sus funcionalidades para los distintos tipos de usuarios como para los Web Services y los respectivos trasposos de información. Se podrán exceptuar de la medición de up time, las suspensiones de servicio programadas con al menos 72 horas de anticipación, que tengan como finalidad cambios de versión, equipos o mejoramientos en general del sistema, y que sean ejecutadas entre las 22:00 y 08:00. El sistema de información no verá comprometido su up time por fallas o caídas del servicio imputables a servicios de terceros que participan en el proceso, fallas que no serán consideradas en la medición del tiempo de servicio.

3.5.6.2. Manejo contingencias

El Operador deberá disponer de un plan documentado de manejo de contingencias que permita la continuidad del servicio mediante mecanismos alternativos que resuelvan las diversas situaciones que pueden acontecer. En caso de enfrentarse una contingencia, el Operador deberá declararla e informar a todos los involucrados sobre las medidas dispuestas para enfrentar la situación.

3.5.6.3. Asistencia telefónica

El Operador deberá comprometerse a mantener un servicio de asistencia telefónica de apoyo a los usuarios del sistema, con un horario mínimo de atención de 8:00 a 21:00 horas de lunes a viernes y de 8:00 a 14:00 los sábados.

Anexo N° 2.

Condiciones Generales y Uniformes de Contratación

Sin perjuicio de la libertad de las partes para acordar las cláusulas que estimen necesarias, en los convenios de prestación de servicios informáticos se podrán utilizar las siguientes cláusulas:

(para convenios de prestación de servicios informáticos aplicables a entidades encargadas de pronunciarse sobre licencias médicas)

1. Cláusula sobre factibilidad jurídica del convenio.

Se deja constancia que se puede celebrar este convenio en la medida que el sistema de información ofrecido por el Operador cumple con los requisitos jurídicos y tecnológicos que emanan del DS N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, de la Resolución Exenta N° 608 del Ministerio de Salud y de la Circular conjunta de la Superintendencia de Seguridad Social y de la Superintendencia de Salud IF N° 32, 1.12.2006. En tal sentido, el Operador se obliga a mantener los requisitos jurídicos y tecnológicos que establezcan las mencionadas o futuras regulaciones.

2. Cláusula de obligación de cumplimiento de las disposiciones legales.

Las partes se obligan a cumplir cabalmente todas las normas legales y reglamentarias que sean aplicables, entre otras, el DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, las Leyes N°s 16.395, 19.799 y 19.628, el DS N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, la Resolución Exenta N° 608 del Ministerio de Salud y todas las instrucciones que impartan la Superintendencia de Salud y de Seguridad Social, que digan relación con el sistema de información y el procedimiento de otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas, las que formarán parte integrante del presente convenio.

3. Cláusula de objeto del convenio y características esenciales del servicio.

Este convenio tiene como objeto la prestación de un servicio informático a través del cual el Operador pone electrónicamente a disposición de la entidad encargada de pronunciarse sobre la licencia médica, toda la información respecto de todas aquellas licencias médicas electrónicas otorgadas por Profesionales habilitados para ello y tramitadas por los Empleadores, o los Trabajadores Independientes, en su caso, que se encuentren adscritos, necesaria para el adecuado pronunciamiento de la licencia médica por parte de ésta, de conformidad a lo dispuesto en el procedimiento previsto en el marco reglamentario vigente.

Para ello, el Operador se obliga con la entidad encargada de pronunciarse sobre la licencia médica a lo siguiente:

- a) Proporcionar acceso permanente al sistema de información que constituye el medio oficial para acceder a la información en virtud de la cual la entidad competente pueda pronunciarse sobre la licencia médica electrónica.
- b) Poner a disposición a través del sistema de información todas aquellas licencias médicas electrónicas otorgadas por los Profesionales habilitados adscritos y tramitadas por el o los Empleadores, o Trabajadores Independientes, adscritos, respecto de las cuales deba pronunciarse, pudiéndose acreditar la identidad de quienes participaron en el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica y asegurar la integridad de la misma.
- c) Registrar y almacenar el pronunciamiento sobre todas aquellas licencias médicas electrónicas tramitadas por la entidad correspondiente, en el repositorio electrónico del sistema de información.

d) Poner a disposición a través del sistema de información el registro completo de las licencias médicas electrónicas otorgadas y tramitadas, permitiendo el acceso a dicha información a las Superintendencias de Salud y de Seguridad Social

Por su parte, la entidad que deba pronunciarse sobre la licencia médica se obliga a lo siguiente:

a) Acceder y utilizar el sistema de información para obtener la información de todas las licencias médicas electrónicas otorgadas respecto de las cuales deba pronunciarse, a menos que por motivos de fuerza mayor no pueda hacerlo.

b) Hacer uso responsable y exclusivo de las claves de acceso al sistema de información, debiendo guardar reserva de las mismas.

c) Generar y mantener las condiciones tecnológicas y operativas para el adecuado uso de los servicios informáticos materia del convenio.

4. Cláusula sobre uso de la información.

Las partes declaran y reconocen que toda la información referida a licencias médicas electrónicas que se genere exclusivamente con motivo de los servicios materia de este convenio y toda otra información que a partir de ella pudiese derivarse, no podrán ser objeto de propiedad ni uso privados, no pudiendo, en consecuencia, ninguna de las partes de este convenio alegar la titularidad exclusiva de dicha información, ni pretender el pago por parte de la otra o de terceros de algún precio o retribución por su uso. Lo anterior es sin perjuicio de que deberá garantizarse el acceso en todo momento a la misma por parte de las Superintendencias de Salud y de Seguridad Social.

5. Cláusula sobre confidencialidad de la información.

Las partes se obligan a guardar reserva y confidencialidad respecto de toda la información que constituya un dato personal o sensible de acuerdo a la Ley N° 19.628. En consecuencia, esta información no podrá divulgarse o compartirse de modo alguno, y sólo podrá ser objeto del tratamiento necesario para el cumplimiento de este convenio.

El Operador deberá tener especial cuidado respecto del diagnóstico de la licencia médica indicado por el Profesional que la otorga, el que no deberá ser conocido por el Empleador.

6. Cláusula sobre integridad de la información.

El Operador se obliga a disponer de mecanismos para detectar si alguna licencia médica electrónica ha sido objeto de alguna pérdida o alteración en el transcurso de su tramitación, debiendo para ello implementar y mantener los medios tecnológicos que permitan resguardar la integridad de la información, proveyendo además los elementos de respaldo de la misma.

7. Cláusula de obligación del Operador de permitir el acceso a la información.

El Operador se obliga a permitir el acceso a la información de licencias médicas electrónicas que mantenga en su sistema de información a la Superintendencia de Seguridad Social y a la Superintendencia de Salud.

8. Cláusula de obligación del Operador de someter el sistema de información a monitoreo.

El Operador acepta el monitoreo que respecto del sistema de información pueda realizar la Superintendencia de Seguridad Social, sin perjuicio de las facultades que en esta materia le competen a la referida Superintendencia, a la Superintendencia de Salud u otras entidades fiscalizadoras.

9. Cláusula de obligación del Operador de informar la suscripción o término de convenios.

El Operador se obliga a informar a la entidad encargada de pronunciarse de toda suscripción o término de convenio con Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores, Empleadores y Trabajadores Independientes, de modo que ésta comunique, a su vez, a la Superintendencia de Seguridad Social y la Superintendencia de Salud.

10. Cláusula de obligación del Operador de uniformar sus convenios con Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores.

Con el objeto de asegurar el funcionamiento del sistema de información en un contexto de uniformidad, eficiencia y legalidad, será obligación del Operador incorporar en sus respectivos convenios con Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores, según corresponda, las siguientes cláusulas:

10.1. Objeto del Convenio.

El objeto de este convenio es la prestación de un servicio informático a través del cual el Operador proporciona al Profesional habilitado para otorgar licencias médicas o al Prestador, según corresponda, las condiciones para que dicho profesional pueda otorgar licencias médicas electrónicas, de conformidad a lo dispuesto en el procedimiento previsto en el marco reglamentario vigente.

10.2. Obligaciones del Operador.

El Operador se obliga con el Profesional habilitado para otorgar licencias médicas o el Prestador, según corresponda, a lo siguiente:

- a) Proporcionar acceso al sistema de información que constituye el medio oficial para el otorgamiento de licencias médicas electrónicas.
- b) Incorporar y mantener como parte esencial del sistema de información, todas aquellas funcionalidades que permitan el adecuado otorgamiento de licencias médicas electrónicas, por parte de todos aquellos Profesionales habilitados para tal efecto en el marco del convenio, de conformidad con el procedimiento establecido. En particular, el Operador deberá proveer los medios que permitan acreditar la identidad de quienes participen en el otorgamiento de la Licencia Médica Electrónica y asegurar la integridad de la misma.
- c) Transmitir electrónicamente a través de medios seguros, toda la información de las licencias médicas electrónicas otorgadas por el Profesional habilitado, al repositorio electrónico del sistema de información, para su registro y almacenamiento seguro.
- d) Poner electrónicamente a disposición de los empleadores adscritos, o de los trabajadores independientes adscritos, en su caso, y de la entidad que deba pronunciarse sobre la licencia médica, la información de las licencias médicas electrónicas otorgadas, necesaria para la adecuada tramitación por parte de éstos.

10.3. Obligaciones del Profesional habilitado para otorgar licencias médicas o el Prestador.

Por su parte, el Profesional habilitado para otorgar licencias médicas o el Prestador, según corresponda, se obliga a lo siguiente:

- a) Acceder y utilizar en forma preferente el sistema de información provisto por dicho Operador para otorgar licencias médicas electrónicas.
- b) Hacer uso responsable y exclusivo de las claves de acceso al sistema de información, debiendo guardar reserva de las mismas.

- c) Generar y mantener las condiciones tecnológicas y operativas para el adecuado uso de los servicios informáticos materia del convenio.
- d) El Profesional habilitado para otorgar licencias médicas electrónicas a través del Sistema de Información provisto por este Operador, reconoce ser un profesional autorizado para el otorgamiento de licencias médicas, en virtud de lo establecido en el artículo 6 del DS N° 3 del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pueda derivarse del mal uso o uso indebido de esta capacidad.

11. Cláusula sobre obligación del Operador de uniformar sus convenios con Empleadores o Trabajadores Independientes.

Con el objeto de asegurar el funcionamiento del sistema de información en un contexto de uniformidad, eficiencia y legalidad, será obligación del Operador incorporar en sus respectivos convenios con Empleadores o Trabajadores Independientes, según corresponda, las siguientes cláusulas:

11.1 Objeto del Convenio.

El objeto de este convenio es la prestación de un servicio informático a través del cual el Operador pone electrónicamente a disposición del Empleador o del Trabajador Independiente, la información de licencias médicas electrónicas otorgadas a sus trabajadores o a él mismo, en su caso, necesaria para tomar conocimiento de la licencia médica, y permite al Empleador o al Trabajador Independiente, completar y poner electrónicamente a disposición de las entidades encargadas de pronunciarse sobre la misma, según corresponda, los datos que son de su obligación, de conformidad a lo dispuesto en el procedimiento previsto en el marco reglamentario vigente.

11.2. Obligaciones del Operador.

El Operador se obliga con el Empleador o el Trabajador Independiente, a lo siguiente:

- a) Proporcionar acceso al sistema de información, el cual constituye el medio oficial para la tramitación de licencias médicas electrónicas.
- b) Incorporar y mantener como parte esencial del sistema de información, todas aquellas funcionalidades que permitan la adecuada tramitación de licencias médicas electrónicas, por parte de todos aquellos usuarios habilitados para tal efecto en el marco del convenio, de conformidad con el procedimiento establecido. En particular, el Operador deberá proveer los medios que permitan acreditar la identidad de quienes participen en la tramitación de la Licencia Médica Electrónica y asegurar la integridad de la misma.
- c) Transmitir electrónicamente a través de medios seguros, toda información de licencias médicas electrónicas tramitadas por el Empleador o el Trabajador Independiente, al repositorio electrónico del sistema de información, para su registro y almacenamiento seguro.
- d) Poner electrónicamente a disposición las licencias médicas electrónicas tramitadas a las entidades encargadas de pronunciarse sobre las mismas, según corresponda.

11.3. Obligaciones del Empleador o el Trabajador Independiente.

Por su parte, el Empleador o el Trabajador Independiente se obliga a lo siguiente:

- a) Acceder y utilizar el sistema de información para tomar conocimiento de todas las licencias médicas electrónicas otorgadas a sus trabajadores, o a él mismo, en su caso.
- b) Hacer uso responsable y exclusivo de las claves de acceso al sistema de información, debiendo guardar reserva de las mismas.
- c) Generar y mantener las condiciones tecnológicas y operativas para el adecuado uso de los servicios informáticos materia del convenio.

- d) Proporcionar al sistema de información datos veraces y fidedignos, tanto respecto de la información que solicite el formulario de licencia médica u otra adicional o complementaria que opcionalmente el sistema pudiera solicitar en función del mejor otorgamiento y/o tramitación de la Licencia Médica Electrónica.
- e) Manifiestar en el sistema de información la voluntad de no recepcionar o no tramitar la licencia médica electrónica, cuando corresponda.

12. Cláusula de obligación del Operador de no delegar aspectos esenciales del convenio.

El presente convenio se celebra en atención a las propiedades, atributos y características que posee el Sistema de Información provisto por el Operador, en tanto cumple con los requerimientos jurídicos o tecnológicos que establece el DS N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, la Resolución Exenta N° 608 del Ministerio de Salud y la Circular conjunta de la Superintendencia de Seguridad Social y de Salud N° 32, 1.12.2006; en virtud de lo cual se prohíbe cualquier subcontratación, delegación, cesión, transferencia a cualquier título, sea a título gratuito u oneroso, traslativo o no traslativo de dominio de los derechos y obligaciones que emanan para el Operador de este Convenio, que implique que éste pierda alguna de las calidades que lo habilitan para la celebración de este convenio.

13. Cláusula sobre efectos en caso de término del convenio.

En caso de término de este convenio se deberán seguir las siguientes reglas, según lo señalado en el numeral 2.2.4 de la Circular conjunta de la Superintendencia de Seguridad Social y de la Superintendencia de Salud:

- a) No podrá implicar bajo ninguna circunstancia la suspensión de la tramitación de aquellas licencias médicas que hayan sido otorgadas electrónicamente.
- b) El Operador se obliga a mantener toda la información sobre cada licencia médica electrónica otorgada y tramitada a través del sistema de información en su repositorio electrónico por un periodo de 5 años desde la fecha del otorgamiento, a efectos de permitir su acceso por parte de los otros usuarios del sistema de información y frente a los requerimientos de instituciones competentes.
- c) La entidad encargada para pronunciarse respecto de la licencia médica deberá adoptar los resguardos necesarios para respaldar la información de las licencias médicas electrónicas en las cuales hubiera participado y respecto de las cuales pudiere ser requerida por quien corresponda.
- d) En caso que el término de este convenio se origine en el cese de la prestación de servicios por parte del Operador, éste último deberá hacer entrega íntegra del respaldo de toda la información de las licencias médicas otorgadas y tramitadas electrónicamente en su sistema de información, proporcionando a la entidad encargada de pronunciarse la información que le corresponde.

Capítulo V Solución de Conflictos

Título I. Tramitación de reclamos ante el Fonasa e isapres

1. Definiciones

Para los efectos del presente Título, se entenderá por:

1.1. Reclamo: Toda presentación formal a raíz de un conflicto particular suscitado entre el Fondo Nacional de Salud o una isapre, por una parte, y uno o más cotizantes, beneficiarios, ex cotizantes o ex beneficiarios, por la otra, dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

1.2. Reclamante: El afiliado, beneficiario, ex-afiliado o ex-beneficiario de una isapre o del Fonasa, que presenta un reclamo, ya sea personalmente o debidamente representado por un tercero.

Igualmente será considerado reclamante, ante el Fonasa y las isapres, el heredero que actúe administrando la herencia originada por un ex-cotizante o ex-beneficiario fallecido, sin que sea necesario el trámite de la posesión efectiva ni la concurrencia del resto de los herederos, si los hubiere¹⁰².

1.3. Entidad reclamada o entidad: Isapre y Fonasa.

2. Obligaciones de la entidad reclamada

La entidad reclamada recibirá, registrará, en su caso, formará el expediente respectivo y dará respuesta a los reclamos que se le presenten o que esta Superintendencia le derive.

Los reclamos referidos a rechazos o modificaciones de licencias médicas, falta de pago o pago insuficiente del subsidio por incapacidad laboral serán derivados por la entidad reclamada al organismo competente para pronunciarse de estos reclamos, a más tardar el día hábil subsiguiente a su recepción, informando lo obrado al reclamante.

3. El procedimiento de reclamo

3.1. Recepción del reclamo

La entidad reclamada deberá recibir formalmente todos los reclamos que se le presenten directamente o que le fueren derivados por la Superintendencia u otro Organismo Público con el cual esta última haya celebrado un convenio para tales efectos.

Los reclamos podrán ser presentados en cualquiera de las oficinas, agencias o sucursales de la entidad reclamada en que se atiende público, dentro del horario habitual de atención. También podrá enviarse el reclamo por correo, fax, medios electrónicos u otros que la entidad reclamada habilite para estos efectos.

3.2. Constancia de recepción del reclamo

Para formalizar la recepción del reclamo, la entidad reclamada deberá adoptar algún mecanismo tendiente a que el reclamante cuente con una constancia de la interposición del mismo.

3.3. Derivación de reclamos presentados ante la Superintendencia

¹⁰² Incorporado por la Circular IF/N° 237, de 6 de enero de 2015.

Los reclamos que sean presentados directamente ante la Superintendencia serán remitidos a la entidad reclamada que corresponda, debiendo enviarse al reclamante una comunicación que dé cuenta de dicha circunstancia.

4. El expediente del reclamo y su contenido

La entidad reclamada deberá abrir un expediente, con la identificación del reclamante, el que deberá contener los antecedentes y documentos que se acumulen durante el proceso de reclamación.

4.1. No se dará formación al expediente en caso de que las partes lograren un acuerdo que ponga fin al reclamo, dentro de un plazo de quince días hábiles contado desde la recepción de éste. Este plazo podrá prorrogarse por el mismo término y por una sola vez, en virtud de negociaciones que se encuentren pendientes entre las partes, lo que deberá constar por escrito. Logrado el acuerdo que ponga fin al reclamo, la entidad reclamada sólo deberá guardar una copia del documento a través del cual se acredite la solución del problema planteado.

4.2. El expediente deberá contener, en la medida que en cada caso proceda:

- a) La presentación del reclamante y todos los documentos que se acompañen a ésta.
- b) El Oficio de la Superintendencia que haya derivado a la entidad reclamada los antecedentes señalados en la letra a), cuando corresponda.
- c) Los requerimientos de antecedentes que se hubieren formulado a terceros (empleadores, prestadores de atención de salud, entidades previsionales, etc.).
- d) Los antecedentes recopilados internamente y recibidos de terceros que sirvan de fundamento a la resolución del caso.
- e) Las comunicaciones efectuadas al reclamante.
- f) La copia de la respuesta definitiva y del documento que dé cuenta de la fecha de su envío.

5. Respuesta al reclamo

La entidad reclamada estará obligada a responder por escrito el reclamo presentado abarcando todas las cuestiones planteadas en él, que sean de su competencia.

5.1. Contenido de la respuesta al reclamo

La respuesta deberá contener, a lo menos:

- a) La individualización precisa del reclamante, su número de R.U.T. y domicilio.
- b) La enunciación breve de la materia reclamada y de las peticiones concretas formuladas por el reclamante.
- c) Los fundamentos de su resolución. En caso de ser desfavorable a las pretensiones del reclamante, deberá explicar, citar y/o adjuntar los antecedentes que respalden dicha respuesta, teniendo en consideración la materia reclamada.
- d) Cuando sea procedente (respuesta total o parcialmente favorable), el plazo y la forma en que se dará cumplimiento a lo solicitado.
- e) Firma del habilitado de la entidad reclamada.
- f) La siguiente frase: "En caso de disconformidad con el contenido de esta respuesta, Ud. podrá solicitar a la Superintendencia de Salud su revisión, debiendo acompañar copia de esta carta y de los antecedentes remitidos por esta Institución".

5.2. Plazo de respuesta

Por regla general, el plazo para emitir la respuesta a los reclamos será de quince días hábiles, contado desde el día hábil siguiente a su recepción. Excepcionalmente, en el evento que deban requerirse antecedentes a terceros -ajenos a la entidad reclamada y con los cuales no tenga convenios vigentes- y que se estimen determinantes para responder el reclamo, el mencionado plazo será de treinta días hábiles, transcurrido el cual, la entidad deberá responder con los antecedentes de que disponga.

La entidad reclamada deberá estar siempre en condiciones de acreditar dichas circunstancias, esto es, que los antecedentes requeridos no estaban en su poder y que resultaban indispensables para responder adecuadamente el reclamo.

5.3. Tabla de emplazamiento

Los reclamos presentados en las oficinas de la entidad reclamada ubicadas en una región y que deban ser resueltos en las oficinas ubicadas en otra distinta, podrán añadir al plazo antes mencionado, los días suplementarios hábiles que se señalan a continuación.

I

3 II

3 3 III

3 3 3 IV

4 4 3 3 V

5 5 4 3 3 RM

5 5 4 3 3 3 VI

6 5 4 4 3 3 3 VII

7 6 5 4 3 3 3 3 VIII

8 7 6 5 5 4 4 3 3 IX

9 8 7 6 5 4 4 3 3 3 X

10 10 9 8 7 5 5 4 4 3 3 XI

10 10 9 8 7 5 5 4 4 3 3 3 XII

5.4. Fecha de emisión de la respuesta

Se entenderá como fecha de emisión del pronunciamiento aquella en que la entidad reclamada envíe su respuesta al reclamante, esto es, despache el fax o correo electrónico o entregue la carta respuesta a la empresa de correos, debiendo estar siempre en condiciones de acreditar este hecho.

6. Notificación y plazos

La respuesta del reclamo podrá notificarse por cualquier medio que disponga la entidad reclamada, en la medida que esté en condiciones de acreditar ante esta Superintendencia y terceros interesados, la fecha de remisión o entrega de la comunicación respectiva y su contenido.

Las notificaciones por correo se efectuarán al domicilio registrado por el cotizante ante la entidad reclamada, a menos que para efectos de la tramitación del reclamo se haya señalado una dirección distinta.

En el caso que la notificación se efectúe por fax o correo electrónico, se considerará practicada el día en que éste haya sido despachado. Tratándose de una notificación efectuada por correo certificado, ésta se entenderá practicada a contar del tercer día siguiente a su recepción por la oficina de correos respectiva¹⁰³.

Los plazos referidos son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los sábado, domingo y festivos.

Los plazos serán de días completos, por lo que se computarán desde el día siguiente a aquél en que se practique una notificación o se realice una gestión a contar de la cual se deba computar el término respectivo.

7. Revisión de lo resuelto por la entidad reclamada

El reclamante siempre podrá requerir de la Superintendencia la revisión de lo resuelto por la entidad reclamada.

La Superintendencia resolverá de conformidad al mérito de los antecedentes que obren en el expediente respectivo, el que deberá ser remitido a ésta en el plazo de cinco días hábiles, y notificará su pronunciamiento a las partes, otorgando, de ser procedente, un plazo para que éste sea cumplido.

8. Archivo del expediente de reclamo

El expediente deberá mantenerse en archivo en la entidad que resuelve el reclamo, a lo menos, doce meses contados desde el primer día del mes siguiente a aquél en que emita su pronunciamiento, salvo autorización expresa otorgada por la Superintendencia, en virtud de lo establecido en el penúltimo inciso del artículo 110 del DFL N° 1.

¹⁰³ Modificado por la Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.

Título II: Reclamos de los cotizantes y beneficiarios contra las isapres o el Fonasa deducidos ante la Superintendencia

I. Aspectos generales

1. Definiciones

1.1. Reclamo: Toda presentación formal en que se requiera la revisión de lo resuelto por el Fonasa o la isapre, en el contexto de un conflicto particular suscitado entre dichas entidades y uno o más cotizantes, beneficiarios, ex cotizantes o ex beneficiarios, y relativo a materias de competencia de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

1.2. Reclamante: El cotizante y beneficiario, incluyendo a quienes hayan perdido dicha condición, que, de acuerdo a la ley, presenta un reclamo ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, ya sea personalmente o debidamente representado por un tercero. En este último caso, se solicitará un poder simple en que conste la representación invocada.

Sin perjuicio de lo señalado, en aquellos casos que un heredero actúe administrando la herencia originada por un ex-cotizante o ex-beneficiario fallecido, según sea el caso, bastará que éste acredite su calidad de tal y la defunción de éste último para presentar el reclamo, ya sea con los certificados del Registro Civil e Identificación que demuestren el deceso y, por otra parte, el parentesco o la relación marital que los ligaba; con el testamento que lo nombra como sucesor; o con cualquier otro medio probatorio -conforme a las reglas generales-, sin que sea necesaria la posesión efectiva ni la concurrencia del resto de los herederos, si los hubiere¹⁰⁴.

1.3. Entidad Reclamada: El Fonasa o la isapre, según corresponda.

1.4. Procedimiento de reclamo administrativo: Conjunto de actuaciones, diligencias y/o trámites conducentes al conocimiento, tramitación y resolución de un reclamo por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en el ámbito administrativo.

2. Reglas generales

2.1. Ámbito de aplicación

Los reclamos que sean sometidos al conocimiento y resolución del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en ejercicio de la facultad prevista en el artículo 127 del DFL N° 1.

2.2. Admisibilidad institucional

Todo reclamo, para ser sometido al procedimiento administrativo, deberá haber sido conocido previamente por la entidad reclamada, de acuerdo a lo establecido en el artículo 127 del DFL N° 1, y en las instrucciones sobre tramitación de reclamos ante los seguros de salud.

En consecuencia, aquellos reclamos que no cumplan con este requisito, serán derivados al Fonasa o a la isapre que corresponda para su pronunciamiento, informándose tal circunstancia al reclamante. Con la respuesta de la entidad reclamada, o una vez transcurrido el plazo de que dispone sin que hubiere emitido un pronunciamiento, el reclamante podrá iniciar la tramitación del procedimiento administrativo ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

2.3. Formalidades del reclamo

El reclamo deberá contener, a lo menos:

- La individualización del reclamante y/o de quien lo representa, señalando sus nombres y apellidos, el número de cédula de identidad, su domicilio para los efectos de las notificaciones y su número telefónico, si lo tuviere.

¹⁰⁴ Incorporado por la Circular IF/N° 237, de 6 de enero de 2015.

- Identificación de la entidad contra quien se dirige el reclamo
- Lugar y fecha del reclamo
- Relación breve y clara de los hechos que motivan el reclamo y los antecedentes que le sirven de fundamento
- Enunciación precisa y clara de las peticiones concretas que se someten al conocimiento y resolución de la Intendencia
- Copia del reclamo y de la respuesta de la entidad reclamada, si ésta la hubiera emitido
- Poder simple de representación, cuando corresponda, y
- Firma del reclamante y/o de su apoderado. Sin perjuicio de ello, la Intendencia admitirá, en casos calificados, la acreditación de la autenticidad de la voluntad expresada por otros medios habilitados.

Si el reclamo no reúne los requisitos señalados precedentemente, se ordenará al interesado que, dentro de un plazo de cinco días hábiles, subsane la falta o acompañe los documentos respectivos, bajo apercibimiento de tenerlo por no presentado.

3. Notificaciones

Las resoluciones dictadas en el procedimiento administrativo deberán ser notificadas a las partes, conteniendo su texto íntegro, por medios electrónicos o mediante carta certificada dirigida al domicilio que el interesado hubiere designado en su primera presentación o que haya comunicado con posterioridad a dicho acto.

Las notificaciones por medio de carta certificada se entenderán practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio del notificado.

Las notificaciones por medios electrónicos estarán sujetas a las instrucciones especiales que se dicten para tal efecto, las que, en todo caso, deberán contemplar la obligación de dejar constancia en el respectivo expediente de su envío y de adoptar los resguardos necesarios para que las partes en el proceso administrativo tengan conocimiento de las resoluciones que se dicten.

Las notificaciones también podrán practicarse en forma personal, por medio de un funcionario competente de la Superintendencia de Salud, quien dará copia íntegra del acto o resolución que se notifica y certificará tal circunstancia en el expediente respectivo. En tal caso, el interesado deberá firmar la recepción de la copia respectiva.

Aunque no se hubiere practicado notificación alguna, o la que existiere estuviera viciada, se entenderá el acto administrativo debidamente notificado, si el interesado a quien afectare sus resultados, hiciera cualquier gestión en el procedimiento que suponga necesariamente su conocimiento, sin haber reclamado previamente la falta de notificación o la ineficacia de la misma.

Cualquiera de los intervinientes en el procedimiento administrativo podrá proponer para sí otras formas de notificación, que esta Intendencia podrá aceptar si, en su opinión, resultaren suficientemente eficaces y no causaren indefensión.

4. Plazos

Los plazos de días establecidos en el procedimiento administrativo son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los sábados, domingos y festivos.

Los plazos se computarán desde el día siguiente a aquél en que se notifiquen.

Si el último día de un plazo recayere en día inhábil, éste se entenderá inmediatamente prorrogado al primer día hábil siguiente.

La autoridad podrá conceder, de oficio o a petición de los interesados, una ampliación de los plazos establecidos en estas instrucciones, salvo aquellos que se encuentren establecidos en la ley.

5. Acumulación de reclamos

Por razones de economía procesal, la Intendencia podrá disponer la acumulación de dos o más reclamos, en los siguientes casos:

- a) Cuando exista identidad entre las partes; y
- b) Cuando exista identidad de hechos y pretensiones entre usuarios de una misma Entidad Reclamada.

En tal caso, los reclamos se sustanciarán conjuntamente y serán resueltos por un solo acto administrativo de término.

Por resolución fundada, la Intendencia podrá ordenar la desacumulación de los reclamos, aun cuando se verifique la concurrencia de las condiciones necesarias para su acumulación, si se estima necesario resolver separadamente las pretensiones sometidas a su consideración.

II. El procedimiento administrativo de resolución de reclamos¹⁰⁵

1. Formación del expediente

El procedimiento constará en un expediente escrito o electrónico debidamente foliado, en el que figurarán todas las actuaciones de la Autoridad y de las partes, al que se agregarán, en forma consecutiva, los documentos presentados por los interesados, terceros y otros órganos públicos.

El expediente electrónico estará sujeto a las instrucciones especiales que se dicten para tal efecto.

En el caso de documentos que contengan datos sensibles -ya sea por su naturaleza o porque cualquiera de las partes haya requerido expresamente tal carácter- se formará un expediente separado, el cual quedará bajo custodia, de conformidad a las reglas contenidas en el procedimiento especial que se elabore al efecto.

1.1. Reglas de funcionamiento del “Reloj-buzón” para la recepción de escritos y documentación en la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud en la tramitación de reclamos administrativos

1. El Reloj buzón

Se dispondrá de un “**Reloj buzón**”, que estará ubicado en un lugar de fácil acceso al público, habilitado para el ingreso de recursos en Reclamos Administrativos, más la documentación de respaldo, a partir del horario de cierre de la Oficina de Partes y hasta su reapertura al día siguiente hábil.

2. Presentación de escritos y documentación

Los escritos y documentos que a éstos se acompañen deberán timbrarse en la primera hoja, con el timbre electrónico fechador de que dispondrá el señalado Reloj, y luego deberán ser depositados en el Buzón correspondiente. De estimarlo necesario, la persona que presente el escrito de que se trata, podrá timbrar una copia del mismo.

Sólo se tendrán por debida y oportunamente presentados, los escritos que se timbren en el Reloj buzón y cuyo plazo de vencimiento corresponda al día de su presentación.

¹⁰⁵ Circular IF N° 135, 22.10.2010.

3. Tramitación de los escritos ingresados al Reloj buzón

Los escritos y documentos presentados en la forma indicada precedentemente serán retirados a primera hora del día hábil siguiente al de su ingreso por un funcionario de la Oficina de Partes de la Superintendencia, para su trámite de rigor.

4. Presentaciones no relacionadas con los reclamos administrativos

Dada la finalidad exclusiva que se le ha asignado al Reloj Buzón, los escritos u otras presentaciones que se ingresen a él, que no digan relación con trámites sujetos a plazo en reclamos administrativos, se tendrán por no presentados.

5.- Información a los usuarios sobre las reglas de uso del reloj Buzón

Para la correcta información a los usuarios sobre la finalidad y modo de uso del Reloj Buzón, se instalará en forma visible un instructivo que indique claramente cuáles son los documentos que se pueden ingresar, cuál es la forma de realizar correctamente el timbraje e ingreso de los mismos y cuándo se entenderá que los documentos están presentados dentro de plazo.

2. Instrucción del procedimiento

Una vez recibido el reclamo, se requerirá a la Entidad Reclamada el envío del expediente del reclamo tramitado de conformidad a las instrucciones sobre tramitación de los reclamos en las aseguradoras, gestión que deberá notificarse al reclamante.

Allegados los antecedentes del caso, se determinarán los hechos relevantes que requieran ser acreditados, ordenándose las diligencias y/o trámites que, de acuerdo a Derecho, permitan esclarecer el asunto controvertido, cuyo mérito se apreciará en conciencia.

La Intendencia calificará la procedencia de acceder a las diligencias probatorias solicitadas por las partes, pudiendo desechar aquéllas que estime improcedentes o inconducentes para la resolución del reclamo, en cuyo caso deberá señalar las razones o motivos que tuvo en vista para adoptar tal decisión en el Oficio de término respectivo.

En el caso que los hechos no ameriten prueba, se resolverá derechamente el asunto, emitiéndose un Oficio de término.

3. Diligencias probatorias

Para esclarecer los hechos controvertidos y alegaciones de las partes, la Intendencia podrá ordenar se practiquen algunas de las siguientes medidas probatorias:

a) Dictación de oficios requiriendo información o antecedentes adicionales a la Entidad Reclamada, al reclamante, a prestadores o a otras Instituciones, públicas o privadas.

El oficio deberá remitirse con copia a todas las partes para el debido conocimiento del estado de tramitación del reclamo.

b) Declaración del reclamante, de funcionarios de la Entidad Reclamada o testigos.

Si resulta indispensable recibir la declaración del reclamante, de funcionarios de la Entidad Reclamada o de testigos, se les citará, mediante un oficio, para una audiencia con tales fines, indicando el día, la hora y lugar en que ésta se llevará a efecto, individualizándose al profesional encargado de conducirla. Asimismo, se dejará expresa constancia que podrán asistir las partes, a quienes se remitirá copia del oficio respectivo.

De la diligencia a que haya lugar, se dejará constancia en un acta, cuyo texto deberá individualizar a los asistentes y las declaraciones prestadas en dicha oportunidad, debiendo ser firmada por los comparecientes y el funcionario que represente a la Intendencia, como ministro de fe, en tres ejemplares.

Un ejemplar de ese documento se entregará al final de la audiencia a las partes asistentes, a fin que éstas formulen las observaciones que estimaren pertinentes. En caso de ausencia de una de las partes, se le remitirá un ejemplar del acta, por el medio habitual de notificación, haciéndole presente el plazo de que dispone para formular sus observaciones.

c) Solicitud de informes periciales sanitarios y/o fiscalizaciones, especialmente del Subdepartamento Médico y del Subdepartamento de Control del Régimen Complementario de la Superintendencia de Salud.

4. Término del procedimiento

Una vez agotadas las diligencias probatorias, se procederá a resolver el reclamo mediante un Oficio de término, el cual será notificado a todas las partes.

El Oficio de término que se dicte deberá:

- a) Identificar los antecedentes, la materia y las partes en conflicto.
- b) Señalar los fundamentos de hecho y de Derecho en que basa el reclamante su presentación y las peticiones que formula a la autoridad.
- c) Indicar los argumentos de hecho y de Derecho esgrimidos por la Entidad Reclamada al contestar el reclamo que le fue presentado originalmente.
- d) Contener la decisión del asunto controvertido y, en su caso, la orden de cumplir las instrucciones particulares que imparta la Intendencia de Fondos.

En aquellos casos en que la Superintendencia dictamine restituir a los afiliados sumas asociadas expresamente al pago de intereses, cuando se trate de reliquidaciones o pagos de reembolsos en materia de beneficios, el pago -debidamente reajustado- deberá efectuarse considerando el interés corriente que se haya devengado, en el período comprendido entre el mes anterior a aquél en que debió efectuarse dicho pago y el mes anterior a aquél en que se ponga a disposición. La tasa de interés corriente a utilizar corresponde a la definida en el artículo 6° de la Ley N°18.010, esto es, aquella para operaciones reajustables en moneda nacional, menores a un año -sin distinguir monto- publicada por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras.

e) Señalar el derecho que le asiste al perjudicado de interponer un recurso de reposición, en tiempo y forma debidos.

En el caso que se ponga término al conflicto, en forma total o parcial, mediante una vía alternativa a la resolución final del Intendente -verbigracia: desistimiento, avenimiento, entre otras de similar naturaleza-, las partes deberán comunicar formalmente tal circunstancia a dicha Autoridad, en cuyo caso se emitirá un Oficio de término que consigne la ocurrencia de ese evento y la orden de archivar el expediente respectivo.

5. Revisión del acto administrativo de término

a) Recurso de Reposición

En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Intendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde la fecha de la notificación de la resolución respectiva.

El recurso será puesto en conocimiento de la otra parte, otorgándole un plazo de cinco días hábiles para que formule las observaciones o descargos que estime pertinente a sus derechos.

Transcurrido dicho plazo, se determinará si existen hechos relevantes que requieran ser acreditados, pudiendo ordenarse la práctica de diligencias y/o trámites que, de acuerdo a Derecho, permitan esclarecer el asunto controvertido. En caso que los hechos no ameriten prueba, se resolverá derechamente el asunto.

Finalmente, la Intendencia se pronunciará sobre el recurso mediante una Resolución Exenta, la cual será notificada a todas las partes.

b) Recurso de Reclamación

En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, en cuyo caso deberá seguirse el procedimiento de impugnación definido en el inciso tercero del artículo 113 del DFL N° 1. La interposición de este recurso no suspende el cumplimiento del acto recurrido.

c) Recurso Jerárquico y Recurso de Revisión

Procederán dichos recursos, ante el Superintendente de Salud, en los casos y de acuerdo a las formalidades establecidas expresamente en los artículos 59 y 60 de la Ley N° 19.880.

d) Recurso de Rectificación, Aclaración o Enmienda

En caso que los actos administrativos de término contengan errores de copia, de referencia o de cálculo numérico, o bien incluyan aspectos oscuros o dudosos, la parte afectada podrá solicitar que dicha situación sea superada mediante la dictación de una nueva Resolución, en la que se aclararán los puntos dudosos o se corregirán los errores detectados.

6. Cumplimiento

6.1.- Aspectos Generales

El Intendente será la autoridad competente para conocer de todos los asuntos relacionados con el cumplimiento de los actos administrativos que pongan término a un reclamo.

Esta facultad podrá delegarse en otro funcionario de la Institución, de acuerdo a las reglas generales.

6.2.- Plazos y procedimiento

El cumplimiento de lo dispuesto en las instrucciones impartidas por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá efectuarse por la entidad reclamada, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo que contenga dichas instrucciones.

Para acreditar el efectivo cumplimiento de la instrucción impartida, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, la Aseguradora deberá enviar a la Intendencia los documentos que se detallan en el Anexo de este Título, así como una copia del documento mediante el cual se comunica al afiliado la ejecución de dichas instrucciones.

Previo a ello, la misma Aseguradora será responsable de arbitrar las medidas necesarias y realizar las gestiones que le permitan obtener o elaborar los antecedentes de respaldo que se le requieren, dentro del plazo previsto para el cumplimiento.

En aquellos casos en que la Aseguradora se vea impedida de informar el cumplimiento efectivo de la instrucción impartida dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, por circunstancias que no le fueren imputables, deberá, en ese mismo término, comunicar las gestiones necesarias que ha efectuado para obtener las actuaciones o los antecedentes faltantes. Una vez superado el impedimento alegado, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo de cinco días, el cumplimiento efectivo, acompañando los antecedentes de respaldo que se detallan en el Anexo de este Título.

Para estos efectos, se considerarán circunstancias no imputables a la responsabilidad de la Aseguradora, entre otras, la falta de comparecencia del reclamante a suscribir un determinado documento, la no entrega por parte

del reclamante de antecedentes indispensables para proceder al cumplimiento y cualquier otra situación de similar naturaleza.

6.3.- Recursos

En contra de los actos administrativos que se dicten a propósito del cumplimiento, procederán los mismos recursos indicados en el número 5 "Revisión del Acto Administrativo de Término", de este Título.

7. Rol de la Intendencia

Sin perjuicio de las disposiciones del presente Título, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud podrá dirigir el procedimiento del modo que considere más apropiado, garantizando el cumplimiento de los principios y normas del debido proceso.

Anexo

Para acreditar el cumplimiento efectivo de lo resuelto en un Oficio o en una Resolución Exenta dictada por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, las Aseguradoras deberán acompañar la información que a continuación se indica.

Si la instrucción impartida atañe a más de una de las materias que en seguida se registran, la Aseguradora deberá acreditar el cumplimiento, remitiendo los antecedentes que se exigen en el Título II, respecto de cada una de las materias involucradas.

A) Cobertura y bonificaciones

Se seguirán las presentes instrucciones, tratándose del cumplimiento de instrucciones relativas a:

- a) Negativas de cobertura por solicitud de los beneficios fuera de plazo;
- b) Exclusiones de cobertura;
- c) Cobertura en planes cerrados y planes con prestadores preferentes;
- d) Restricciones de cobertura;
- e) Cobertura en modalidad ambulatoria a prestación hospitalaria;
- f) Bonificación inferior a la correspondiente al plan de salud;
- g) Aplicación del mecanismo de financiamiento del DFL N°1 de 2005, para atenciones de urgencia o emergencia.
- h) En general, cualquier otra materia que incida en la determinación y cálculo de la cobertura que corresponde a prestaciones de salud.

i.- Si la instrucción impartida se traduce en que la Aseguradora debe otorgar cobertura a prestaciones que originalmente han quedado excluidas de bonificación y no dispone de la documentación de respaldo de dichas atenciones y su valor o, en su caso, de los gastos efectuados, deberá requerir al afiliado la entrega de los documentos necesarios (boleta, factura, prefectura u otro documento auténtico) para efectuar la liquidación ordenada, evitando cualquier requerimiento innecesario y dilatorio.

Una vez efectuada la liquidación y dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, la Aseguradora deberá informar el cumplimiento definitivo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, adjuntando una copia de la comunicación dirigida al afiliado en la que le informa la liquidación de cobertura efectuada y el lugar y fecha de pago, según corresponda.

ii.- Si la instrucción impartida se refiere a reliquidación de una cobertura ya otorgada, de modo que la Institución cuenta con la documentación de respaldo del gasto incurrido (boleta, factura, prefectura u otro documento auténtico) se procederá sin mayor trámite a la determinación de la cobertura que corresponde otorgar, debiendo la Aseguradora informar a la Superintendencia dicho resultado dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo.

Específicamente, en relación a los puntos i; ii; precedentes, la Aseguradora deberá informar a esta Superintendencia, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el monto de la cobertura inicialmente otorgada y el monto de la cobertura que resulta de las instrucciones de esta Superintendencia, identificando el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago de la cobertura que se ordena otorgar a las prestaciones reclamadas y la fecha a partir de la cual estará a disposición del cotizante o la fecha de entrega al afiliado si ésta ya se materializó. Tratándose de bonificaciones que se

harán efectivas a través de la emisión de órdenes de atención, se señalará el N° del bono y la fecha de su emisión.

B) Suscripciones y modificaciones de contrato

Se seguirán las presentes instrucciones, tratándose del cumplimiento de instrucciones relativas a:

- a) Suscripción o modificación de contrato,
- b) Incorporación o eliminación de beneficiarios
- c) Modificación de tipo de beneficiario
- d) Doble afiliación

i.- En aquellos casos en que para el cumplimiento de la instrucción impartida por la Superintendencia no sea necesaria la comparecencia personal del afiliado, la Aseguradora deberá informar dicho cumplimiento a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, acompañando copia del instrumento (F.U.N., certificado de afiliación vigente u otro) que haya emitido en virtud de lo ordenado y una copia del documento en que comunica al afiliado dicho cumplimiento.

ii.- Por el contrario, de requerirse alguna gestión o decisión del afiliado (por ejemplo, que opte por mantenerse en uno u otro plan o que suscriba un FUN) la Aseguradora deberá requerirle su concurrencia para realizar dicha gestión, de manera de estar en condiciones de informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud el cumplimiento íntegro y efectivo de la instrucción, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, acompañando una copia del documento contractual respectivo.

C) Cotizaciones de salud, precio del plan

Se seguirán las presentes instrucciones, tratándose del cumplimiento de instrucciones relativas a:

- a) Revisión de las cotizaciones de salud enteradas;
- b) Deudas de cotizaciones;
- c) Cotizaciones mal enteradas;
- d) Excedentes o excesos de cotización
- e) En general, cualquier otra materia que incida en la determinación del precio del plan de salud.

Cuando la instrucción impartida por la Intendencia implique que la Aseguradora deba revisar las cotizaciones enteradas, ésta deberá cumplir la instrucción dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, adjuntando una copia de la comunicación de la liquidación de las cotizaciones efectuadas y el lugar y fecha de pago de los excesos, según corresponda.

La Aseguradora deberá informar el monto de los excesos de cotizaciones inicialmente calculado y el monto de los excesos que resulte de las instrucciones impartidas, identificando el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago ordenado y la fecha a partir de la cual estará a disposición del cotizante o la fecha de su entrega si ésta ya se materializó.

En relación a las deudas de cotizaciones, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el monto de la deuda inicialmente calculado por la Aseguradora y el monto de la deuda que resulta de las instrucciones impartidas.

En cuanto a los excedentes, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el saldo disponible de excedentes inicialmente calculado por la Aseguradora y el saldo disponible que resulta de las instrucciones impartidas y la fecha de emisión de la respectiva cartola.

D) Adecuación de contratos

Atendido que en estos casos puede resultar necesario reliquidar cotizaciones de salud enteradas y/o coberturas otorgadas, la Isapre deberá proceder como se ha indicado en las letras precedentes.

E) Término del contrato

Cuando se ordene a la Aseguradora dejar sin efecto el término de contrato dispuesto, deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, que la situación contractual del afiliado se encuentra completamente regularizada y vigentes sus beneficios, para lo cual deberá acompañar un certificado de afiliación vigente y una copia de la comunicación al afiliado del cumplimiento de la instrucción impartida.

Si como resultado de dicha medida se hace necesario reliquidar cotizaciones de salud y/o la cobertura de prestaciones efectuadas, se procederá como se ha indicado en las letras precedentes.

Título III. Procedimiento para solicitud de afiliación en caso de reclamos por alza de precio ¹⁰⁶

Derogado

Título IV: Procedimiento de arbitraje para el conocimiento, tramitación y resolución de controversias¹⁰⁷

Controversias sujetas al procedimiento:

- Las que surjan entre las isapres o el Fonasa y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control de la Superintendencia.
- Las que surjan entre el Fonasa o los prestadores que formen parte del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo creado por Ley 20.850, y los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud de Chile, en caso de incumplimiento de aquéllos, que diga relación con las coberturas y beneficios que otorga dicha ley.
- Las que surjan entre los prestadores de salud, el Fonasa, las Instituciones Previsionales de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública o las isapres, por un lado, y por el otro, los beneficiarios, por incumplimiento de aquéllos, del deber de informar a éstos, que tienen derecho a la protección financiera otorgada por el sistema a que se refiere la viñeta precedente, y el momento a partir del cual lo tienen.

¹⁰⁶ Título derogado por la Circular IF/N°220, del 29 de julio de 2014

¹⁰⁷ Complementado por Circular IF N° 135, 22.10.10; Circular IF N° 179, 5.12.2012. Modificado por Circular IF/N° 259, de 20.01.16.

1. Procedimiento de arbitraje

Los reclamos que sean sometidos al conocimiento y resolución del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en adelante el Intendente, en su calidad de árbitro arbitrador, se sustanciarán conforme al procedimiento fijado en el presente Título.

El procedimiento de arbitraje está inspirado en los siguientes principios:

- a) **Escrituración:** La comunicación entre las partes y el Tribunal se efectuará, en general, por medio de las respectivas presentaciones y resoluciones, las que deberán incorporarse al expediente, sea en soporte de papel o electrónico, con expresión de la fecha de su recepción, respetando su orden de ingreso. Igualmente, se incorporarán a éste las actas que den cuenta de las audiencias o diligencias efectuadas en el curso del procedimiento. Si la naturaleza de un acto, diligencia, documento, etc., no permite su escrituración, aquél deberá custodiarse por el Tribunal en el formato que corresponda, dejándose constancia de ello en el expediente.
- b) **Economía procesal:** Las partes y el Tribunal deberán llevar el proceso al estado de dictarse sentencia definitiva, con la mayor celeridad que les permita el cumplimiento del debido proceso, evitando la realización de actos y la solicitud de diligencias que sean meramente dilatorios o no sean pertinentes para la resolución del conflicto. El Tribunal podrá rechazar de plano los incidentes o solicitudes que, a su juicio, tengan dichas características.
- c) **Bilateralidad de la audiencia:** Ambas partes tienen el derecho de intervenir en el juicio, en los plazos y la forma que prevé el procedimiento que los rige.
- d) **Imparcialidad:** El Tribunal deberá actuar con objetividad, dando cumplimiento al deber de probidad consagrado en la Constitución Política de la República.
- e) **Transparencia:** El Tribunal deberá permitir que cada parte conozca las presentaciones que realice la contraria y las resoluciones que se dicten en el proceso. No obstante, atendido lo dispuesto en la Ley N° 19.628, en el artículo 21 de la Ley N° 20.285 y la naturaleza de los datos de los beneficiarios que son tratados en sus relaciones con las aseguradoras previsionales de salud, prestadores, fondos e instituciones de salud previsual de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública, el expediente será reservado y deberá ser custodiado por el Tribunal, quien tomará los resguardos necesarios para evitar que sea conocido por terceros, pudiendo al efecto arbitrar modos especiales en que las partes y sus representantes podrán acceder a él.
- f) **Fallo en prudencia y equidad:** El Árbitro dará a la prueba rendida y a los demás elementos y antecedentes de que disponga, el valor que le dicten la prudencia y la equidad y expresará en la sentencia los razonamientos en que ha fundado su convicción.
- g) **Gratuidad:** Todos los actos del Tribunal necesarios para la substanciación del juicio, no tendrán costo para las partes, salvo aquellos que irroguen una utilización excesiva de recursos, lo que el Tribunal definirá en cada caso.

1.1. Notificación a las partes

Las resoluciones dictadas en el procedimiento deberán ser notificadas a las partes, remitiéndose, cuando corresponda, copia íntegra de la presentación sobre la que recaen, por medios electrónicos o mediante carta certificada dirigida al domicilio que hubieren designado en su primera presentación o con posterioridad.

Las notificaciones por carta certificada se entenderán practicadas el tercer día hábil siguiente a su recepción en la oficina de Correos que corresponda.

Las notificaciones por medios electrónicos, estarán sujetas a las instrucciones especiales que se dicten para tal efecto, las que, en todo caso, deberán contemplar la obligación de dejar constancia en el respectivo expediente de su envío y de adoptar los resguardos necesarios para que las partes en el proceso tengan conocimiento de las resoluciones que se dicten.

Las notificaciones podrán hacerse, también, por el funcionario que el Tribunal designe al efecto, quien dejará copia íntegra del acto o resolución que se notifica, en el domicilio del interesado, y estampará una constancia de dicha diligencia en el expediente.

Asimismo, las notificaciones podrán hacerse personalmente en las oficinas de la Superintendencia, firmando el interesado en el expediente la debida recepción del acto o resolución que se le notifica. Si la persona notificada no puede o no quiere firmar, se dejará testimonio de este hecho en la misma diligencia. En todo caso, si la misma persona ha sido antes válidamente notificada de la misma resolución por carta certificada u otro medio, los plazos respectivos se contarán desde la primera notificación.

Para la validez de la notificación no se requiere el consentimiento de la persona notificada.

Aun cuando no se haya verificado notificación alguna o se haya efectuado de una forma distinta a las indicadas precedentemente, se tendrá por notificada la resolución de que se trate, desde que la parte a quien afecte haga en el juicio cualquiera gestión que suponga su conocimiento, sin haber antes reclamado la falta o nulidad de la notificación.

1.2. Plazos

Los plazos que fija este Título son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los sábados, domingos y festivos. Los plazos se contarán para cada parte desde el día en que se practique o se entienda practicada la notificación respectiva.

Los plazos comunes para las partes comenzarán a correr desde que se practique o se entienda practicada la última notificación.

2. Recepción del reclamo o solicitud de arbitraje

2.1 El reclamo o solicitud de arbitraje debe contener, al menos:

- a) La individualización completa del reclamante y/o de quien lo representa, señalándose, en el caso del cotizante o beneficiario, su nombre, número de la cédula de identidad, domicilio y profesión u oficio y en el caso de una Isapre o Fonasa, el nombre de la Institución.
- b) Entidad o beneficiario contra quien se reclama.

- c) Breve y clara exposición de los hechos que motivan el reclamo y los antecedentes que le sirven de fundamento o apoyo.
- d) Enunciación precisa y clara de las peticiones concretas que se someten al conocimiento y resolución del árbitro.
- e) Poder simple de representación, cuando corresponda.

En caso que un heredero actúe administrando la herencia originada por un ex-cotizante o ex-beneficiario fallecido, según sea el caso, bastará que éste acredite su calidad de heredero y la defunción de éste último para actuar válidamente en juicio, ya sea con los certificados del Registro Civil e Identificación que demuestren el deceso y, por otra parte, la relación marital o el parentesco que los ligaba; con el testamento que lo nombra como sucesor; o con cualquier otro medio probatorio -conforme a las reglas generales-, sin que sea necesaria la trámite la posesión efectiva ni la concurrencia del resto de los herederos, si los hubiere¹⁰⁸.

- f) Firma del reclamante y/o de su apoderado.

2.2 Los reclamos deberán ser presentados en la Oficina de la Superintendencia de Salud correspondiente al último domicilio que hubiere fijado el cotizante o beneficiario en su entidad previsional de salud. El incumplimiento de la presente disposición, en ningún caso afectará los derechos del reclamante.

Lo dispuesto en el párrafo anterior, no obsta a que la demanda pueda ser presentada por medios electrónicos, de acuerdo a las instrucciones especiales que se dicten al efecto.

2.3 El Árbitro, puede de oficio, no dar curso al reclamo o demanda que no contenga alguno de los requisitos señalados el N° 2.1 precedente, expresando el reparo formulado, el que deberá ser subsanado dentro del quinto día, bajo el apercibimiento de tenerlo por no presentado.

2.4 Las partes podrán comparecer personalmente en los juicios cuyo procedimiento establece este Título, sin necesidad de patrocinio de abogado. Asimismo, podrán ser representadas por cualquier persona legalmente capaz, extendiendo un poder simple al efecto, firmado por el o la mandante, el que deberá ser acompañado de una copia de su cédula de identidad.

No obstante lo anterior, en el caso de las personas jurídicas, bastará con que el apoderado individualice el instrumento en que consta su personería y el hecho de haber sido puesto en conocimiento de la Superintendencia.

En el evento de que alguna de las partes comparezca representada por un abogado, su patrocinio y poder deberá constituirse conforme a lo dispuesto en la Ley N°18.120.

Cuando el poder para litigar comprenda las facultades de ambos incisos del artículo 7° del Código de Procedimiento Civil, y éste no haya sido constituido en conformidad a los numerales 1° o 2° del artículo 6° del mismo Código, el Tribunal podrá exigir la comparecencia personal del o la mandante.

¹⁰⁸ Incorporado por la Circular IF/N° 237, de 6 de enero de 2015.

3. Formación del expediente

3.1 El proceso constará en un expediente en soporte papel o electrónico, iniciado con una carátula en la que se identificará el número de ingreso, las partes del juicio y sus representantes. El expediente será debidamente foliado, foliación que podrá ser exclusivamente en cifras, en el que figurarán todas las actuaciones del Tribunal y de las partes, con expresión de su fecha. A él se agregarán los antecedentes presentados por los litigantes y los aportados por terceros a requerimiento del Tribunal, por orden de ingreso. Los antecedentes que por su naturaleza no puedan materialmente agregarse al proceso, se acompañarán en sobre adjunto, debidamente cerrado para evitar su extravío, con la identificación correspondiente.

3.2 Todos los escritos y documentos que se presenten en el juicio se deberán acompañar con copia y serán puestos en conocimiento de la contraparte. Excepcionalmente, sólo se comunicará a las partes el hecho de haberse agregado al proceso, antecedentes que, atendida su naturaleza, volumen o carácter reservado, quedan bajo custodia en el Tribunal.

3.3 El Tribunal contará con un “Reloj-buzón” para la recepción de escritos y antecedentes que presenten las partes en la tramitación de los juicios arbitrales, el que funcionará de acuerdo a las siguientes reglas¹⁰⁹:

3.3.1 El Reloj buzón

Se dispondrá de un “Reloj buzón”, que estará ubicado en un lugar de fácil acceso al público, habilitado únicamente para el ingreso de escritos judiciales, más la documentación de respaldo, sólo cuando se trate del último día del plazo para hacerlo, a partir del horario de cierre de la Oficina de Partes y hasta la medianoche.

3.3.2 Presentación de escritos y documentación

Los escritos y documentos que a éstos se acompañen deberán timbrarse en la primera hoja, con el timbre electrónico fechador de que dispondrá el señalado Reloj, y luego deberán ser depositados en el Buzón correspondiente. De estimarlo necesario, la persona que presente el escrito de que se trata, podrá timbrar una copia del mismo.

Sólo se tendrán por debida y oportunamente presentados, los escritos que se timbren en el Reloj buzón y cuyo plazo de vencimiento corresponda al día de su presentación.

3.3.3 Tramitación de los escritos ingresados al Reloj buzón

Los escritos y documentos presentados en la forma indicada precedentemente serán retirados a primera hora del día hábil siguiente al de su ingreso por un funcionario de la Oficina de Partes de la Superintendencia, para su trámite de rigor.

3.3.4 Presentaciones no relacionadas con los juicios arbitrales

Dada la finalidad exclusiva que se le ha asignado al Reloj Buzón, los escritos u otras presentaciones que se ingresen a él, que no digan relación con trámites sujetos a plazo en juicios arbitrales se tendrán por no presentados.

3.3.5 Información a los usuarios sobre las reglas de uso del Reloj buzón

¹⁰⁹ Circular IF N° 135, 22.10.2010.

Para la correcta información a los usuarios sobre la finalidad y modo de uso del Reloj Buzón, se instalará en forma visible un instructivo que indique claramente cuáles son los documentos que se pueden ingresar, cuál es la forma de realizar correctamente el timbraje e ingreso de los mismos y cuándo se entenderá que los documentos están presentados dentro de plazo.

3.4 En la carátula del expediente se consignará, a lo menos, el número de rol asignado, la fecha de presentación del reclamo, la materia sobre que versa y la individualización de las partes, la que deberá contener los nombres, apellidos, número de cédula nacional de identidad y domicilio del demandante y de sus apoderados, si correspondiere. Tratándose de entidades cuya individualización y personería conste fehacientemente al Tribunal, bastará la indicación de su nombre en la carátula.

3.5 Durante la tramitación del juicio el expediente estará a disposición de las partes. Si éstas lo solicitan, se podrá otorgar copias, a costa del requirente.

3.6 Una vez ejecutoriada la sentencia respectiva, los expedientes serán archivados. Se llevará un registro especial de archivo de expedientes.

4. Contestación de la demanda

4.1 Admitido a tramitación el reclamo, el Tribunal dictará una resolución en la que ordenará ponerlo en conocimiento de la contraparte, concediéndole un plazo de diez días para contestar, bajo apercibimiento de proseguir el procedimiento sin su respuesta. En dicha resolución, se pronunciará derechamente sobre las cuestiones incidentales que contenga el reclamo, a menos que, por su naturaleza, deban ser resueltas en la sentencia definitiva.

4.2 La contestación debe contener, al menos:

- a) El nombre y domicilio del reclamado; tratándose del Fonasa o de una Isapre, bastará el nombre.
- b) Las excepciones o simples alegaciones o defensas que se oponen a la demanda; la exposición clara de los hechos y fundamentos de derecho en que se apoya. Además, deberá pronunciarse sobre los hechos contenidos en la demanda, que sean substanciales y pertinentes de acuerdo a la o las materias reclamadas, aceptándolos o negándolos en forma expresa y concreta;
- c) La enunciación precisa y clara, consignada en la conclusión, de las peticiones que se sometan al fallo del tribunal;
- d) Firma del reclamado y/o de su apoderado, cuando corresponda.

Cuando la demanda haya consistido en la impugnación de una decisión de una isapre, del Fonasa o de un prestador, la demandada deberá adjuntar al escrito de contestación los instrumentos o antecedentes en que se basó para tomar dicha decisión. El Tribunal, en caso de que la reclamada no dé cumplimiento a lo anterior, podrá declarar de inmediato que el proceso queda en estado de fallo.

4.3 Sin perjuicio de lo señalado en el numeral 5.4 siguiente, el Tribunal podrá llamar a las partes a conciliación en cualquier estado de la causa.

5. Prueba

5.1 Vencido el plazo para contestar la demanda, sea que la parte demandada haya evacuado o no ese trámite, el Tribunal, si estima conveniente otorgar a las partes una oportunidad adicional para aportar antecedentes, podrá

recibir la causa a prueba. En tal caso, en la misma resolución abrirá para ese efecto un término probatorio de diez días, que será común para las partes, dentro del cual éstas deberán rendir todas sus pruebas o, al menos, solicitarlas, si su naturaleza así lo hiciera necesario. Si el Tribunal, por el contrario, estima que no hay hechos que probar, declarará que el proceso queda en estado de fallo, sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 9.1 letra c) de este Título.

Si han de declarar testigos, la parte interesada lo solicitará al Tribunal dentro de los dos primeros días del término probatorio, indicando su nombre completo, domicilio y profesión u oficio. La resolución que ordene su comparecencia, será puesta en conocimiento de las partes, indicando el día, hora y lugar en que se recibirá la prueba testimonial. En el evento que la persona llamada a declarar tenga su domicilio en una ciudad distinta a la de la sede de la Superintendencia o de sus Agencias Regionales, el Tribunal podrá ordenar que la realización de la diligencia se efectúe por otro Servicio Público con el cual se haya celebrado un convenio para este efecto.

El Árbitro sólo dará lugar a la petición de oficios cuando se requiera por ese medio información objetiva, pertinente y específica sobre los hechos materia del juicio, lo que deberá constar en el expediente. En todo caso, podrá rechazar la petición si la información requerida puede ser obtenida directamente por el peticionario desde la persona o entidad que la posee. Lo anterior no obsta a lo dispuesto en el numeral 9.1 letra c) de este Título.

Podrán admitirse, como pruebas, cintas de audio y video, fotografías y otros sistemas de reproducción de la imagen y del sonido y, en general, cualquier medio apto para producir fe. El Árbitro determinará la forma como ha de dejarse constancia de estas pruebas en el expediente.

El Árbitro podrá, de oficio o a petición de parte, encomendar a la unidad correspondiente de la Superintendencia de Salud la emisión de informes que permitan esclarecer los hechos de la causa. En caso que tal diligencia sea solicitada por una de las partes, el Juez podrá exigirle que fundamente su petición y/o que aporte elementos que la justifiquen.

El Tribunal calificará la procedencia de acceder a las diligencias probatorias solicitadas por las partes, pudiendo desechar, de plano, aquéllas que estime redundantes o inconducentes para la resolución de la controversia.

5.2 Si una de las partes debidamente requerida por el Tribunal para presentar documentos o aportar las pruebas, no lo hace en los plazos fijados, sin invocar causa suficiente, el Árbitro podrá dictar la sentencia, sin reiterar su requerimiento.

Asimismo, no será obstáculo para la dictación de la sentencia, el hecho de no haber sido recibida por el Tribunal la prueba rendida fuera de él o la información requerida mediante oficio, o el de no haberse practicado alguna diligencia de prueba pendiente. Sin perjuicio de ello, la información solicitada con anterioridad a la dictación del fallo que fuese recibida después de emitido éste, deberá ser agregada al expediente.

5.3 Vencido el término probatorio, el juicio quedará en estado de fallo, el proceso cerrado y finalizada la oportunidad de las partes para efectuar presentaciones o solicitar diligencias.

5.4 Audiencia de Contestación, Conciliación y Prueba

No obstante lo dispuesto en los numerales precedentes, si el Tribunal lo estima conveniente, en la resolución a que alude el punto 4.1 que antecede, podrá citar a las partes a una audiencia de contestación, conciliación y

prueba para un día no anterior al décimo, contado desde la última notificación, pudiendo requerir de ellas que aporten determinados medios de prueba. A dicha audiencia, las partes podrán comparecer personalmente o debidamente representadas. En casos calificados, se podrá autorizar la participación de alguna de las partes vía tele conferencia o la comparecencia de un agente oficioso.

Las partes deberán concurrir a dicha audiencia con las pruebas que sirvan de fundamento a sus pretensiones y en ella se procederá a la exposición verbal de la demanda y de las peticiones formuladas por el reclamante. Acto seguido, el reclamado podrá oponer las excepciones que correspondan, contestando en subsidio, la demanda por escrito o bien, contestarla derechamente por escrito. Luego, el Tribunal instará a las partes a una conciliación. Si ésta no se produjere, se recibirá la prueba.

La audiencia se celebrará con la o las partes que asistan y en ella se agotará la etapa de prueba, salvo que el Tribunal disponga otorgar un plazo adicional para recibir determinadas pruebas que estime necesarias para el esclarecimiento de los hechos. Si no asistiere ninguna de las partes, se tendrá por evacuada la audiencia en rebeldía de éstas y por agotadas las etapas procesales de discusión y prueba, quedando el juicio en estado de fallo. No obstante, ante la inasistencia de alguna o todas las partes, el Tribunal, en casos excepcionales y por resolución fundada, podrá suspender la audiencia y fijar nuevos día y hora para su realización.

6. Término de la controversia

6.1 Si durante el juicio las partes llegasen a un acuerdo extrajudicial que ponga término al mismo, deberán comunicarlo por escrito al Tribunal, de inmediato, acompañando el documento en que conste el acuerdo, a más tardar, en el plazo que éste fije, bajo apercibimiento de continuarse con el procedimiento hasta la dictación de la sentencia que ponga término al litigio. En caso de un avenimiento, éste tendrá el valor de sentencia definitiva, una vez aprobado por el Tribunal.

6.2 Si antes que se dicte la sentencia se hace imposible la continuación del procedimiento, el Tribunal comunicará a las partes que se dispondrá el archivo del expediente indicando el antecedente que ha tenido a la vista para ello. Cualquiera de las partes podrá oponerse si hace valer razones fundadas, dentro del plazo de cinco días, caso en el que resolverá el Tribunal.

La parte reclamante tendrá la facultad de retirarse del proceso en cualquier estado de éste, hasta antes de la dictación de la sentencia definitiva, informándolo por escrito al Tribunal. Mientras no dé cumplimiento a este requisito, le afectarán los resultados del juicio.

6.3 La sentencia deberá contener:

- a) Fecha y lugar en que se expide;
- b) Individualización de las partes;
- c) Enunciación breve de las peticiones o acciones deducidas por el demandante y de sus fundamentos;
- d) Enunciación breve de las excepciones perentorias o defensas alegadas por el demandado;
- e) Las consideraciones de hecho o de derecho que sirven de fundamento a la sentencia;
- f) La enunciación de las razones de prudencia y equidad en que se fundamenta la resolución;
- g) La decisión del asunto controvertido.

En aquellos casos en que la Superintendencia dictamine restituir a los afiliados sumas asociadas expresamente al pago de intereses, cuando se trate de reliquidaciones o pagos de reembolsos en materia de beneficios, el pago -debidamente reajustado- deberá efectuarse considerando el interés corriente que se haya devengado, en el período comprendido entre el mes anterior a aquél en que debió efectuarse dicho pago y el mes anterior a aquél en que se ponga a disposición. La tasa de interés corriente a utilizar corresponde a la definida en el artículo 6° de la Ley N°18.010, esto es, aquella para operaciones reajustables en moneda nacional, menores a un año -sin distinguir monto- publicada por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras.

7. Recursos

7.1 Durante la tramitación del juicio

Durante la tramitación del procedimiento arbitral, en contra de las resoluciones del árbitro arbitrador sólo procederá el recurso de reposición, el que deberá interponerse dentro del plazo de tres días contado desde su notificación. El Tribunal podrá resolverlo de plano o conferirle traslado a la otra parte, por el término de tres días hábiles. Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, se pronunciará sin más trámite.

7.2 Contra la sentencia definitiva

a) Una vez notificada la sentencia definitiva, podrán las partes solicitar al Tribunal que se enmiende o rectifique cualquier error numérico, de cálculo o copia, o se aclare algún concepto oscuro u omisión del fallo. El Tribunal resolverá dicha petición de plano o previo traslado de tres días a la contraparte.

El Tribunal no podrá modificar de oficio la sentencia definitiva una vez notificada a cualquiera de las partes. No obstante, dentro de los cinco días siguientes a la primera notificación, podrá rectificar, aun sin que le haya sido solicitado, los errores a que se alude en el párrafo primero de esta letra. En tal caso, podrá, si lo estima necesario, otorgar un nuevo plazo para su cumplimiento.

b) En contra de la sentencia definitiva, podrá deducirse recurso de reposición ante el Intendente, el que deberá interponerse en el plazo fatal de diez días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral. Deberá darse traslado del recurso a la otra parte, por el término de cinco días hábiles. Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Intendente deberá pronunciarse sobre el recurso en el plazo de treinta días hábiles.

En la tramitación del recurso no se admitirá la rendición de prueba ni la solicitud de diligencias probatorias de ninguna especie, salvo la presentación de documentos fundantes del mismo, que deberán ser acompañados al escrito en que se presenta el recurso, y sin perjuicio de lo dispuesto en el punto 9.1 letra c) de este Título.

c) Resuelto el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación para que se pronuncie en calidad de árbitro arbitrador. Deberá darse traslado del recurso a la otra parte por el plazo de cinco días hábiles. Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Superintendente deberá pronunciarse sobre el recurso en el plazo de treinta días hábiles.

Con todo, se podrá declarar inadmisibles las apelaciones, si éstas se limitan a reiterar los argumentos esgrimidos en la reposición de que trata la letra anterior.

8. Cumplimiento de las sentencias

8.1 Competencia

El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud será competente para conocer de todos los asuntos relacionados con el cumplimiento del fallo.

Sin embargo, cuando el cumplimiento de la sentencia exija procedimientos de apremio o el empleo de otras medidas compulsivas, tales como el embargo de bienes, o cuando haya de afectar a terceros que no sean parte del juicio seguido ante el Intendente, el interesado o la interesada podrá solicitar ante la justicia ordinaria la ejecución de lo resuelto.

8.2 Normativa aplicable

El cumplimiento de las sentencias dictadas por el Tribunal, se sujetará a las normas de este Título y, a falta de disposición expresa en esta instrucción general, se aplicarán supletoriamente las normas del Título XIX del Libro Primero del Código de Procedimiento Civil.

8.3 Procedimiento

8.3.1 Normas generales

Para acreditar el cumplimiento de una sentencia, la demandada deberá acompañar, dentro del plazo que en cada fallo se establezca, los documentos que se detallan en el Anexo de este Título.

La demandada será responsable de arbitrar las medidas necesarias y realizar las gestiones que le permitan obtener y/o elaborar los antecedentes de respaldo que se le requieran, con el objeto de dar cumplimiento al fallo dentro del plazo instruido.

Los antecedentes que ella acompañe, serán revisados por el Tribunal y de estimarse éstos suficientes para acreditar el cumplimiento del fallo, se procederá al archivo del expediente, sin más trámite.

Cuando de la revisión efectuada por el Árbitro, aparezca que dichos antecedentes no se ajustan estrictamente a lo dispuesto en el Anexo de este Título, el Tribunal ordenará a la demandada, sin más trámite, su íntegra remisión, dentro de tercero día. Cuando los antecedentes acompañados, ameriten el pronunciamiento previo de la parte demandante, el Juez pondrá en conocimiento de esta última lo informado por la demandada, con el objeto que, dentro del tercer día hábil, formule las observaciones pertinentes.

Vencido el plazo señalado precedentemente, sin que se hayan recibido observaciones, se ordenará el archivo de la causa. Habiéndose recibido oposición dentro del plazo indicado, y de considerarse necesario, se remitirán los antecedentes a la Unidad correspondiente de la Superintendencia de Salud para que fiscalice el cumplimiento informado.

El resultado de este análisis será puesto en conocimiento de las partes, quienes podrán hacer presentes los errores que de él aparezcan, dentro del quinto día.

El Tribunal resolverá de plano la objeción planteada, y en esta misma resolución, se ordenará el cumplimiento inmediato o el archivo de la causa, según corresponda.

8.3.2. Impedimento para cumplir

Cuando por razones que no le fueren imputables, la demandada se vea impedida de informar el cumplimiento de una sentencia, en la forma y plazo indicados en el numeral 8.3.1 precedente, deberá comunicar por escrito, en el mismo plazo, tal circunstancia, indicando los hechos en que se funda el impedimento y las gestiones realizadas para superarlo, las que deberá acreditar fehacientemente.

Una vez superado el impedimento alegado, la demandada deberá informar, dentro del plazo de cinco días, el cumplimiento efectivo, acompañando los antecedentes de respaldo que se detallan en el Anexo de este Título.

Para este efecto, se considerarán circunstancias no imputables a la responsabilidad de la demandada, entre otras, la falta de comparecencia del demandante a suscribir un determinado documento, la no entrega por parte

del demandante de antecedentes indispensables para proceder al cumplimiento y cualquier otra situación de similar naturaleza.

8.3.3. Nuevas alegaciones

Con ocasión del análisis del cumplimiento de una sentencia, las partes no podrán efectuar pretensiones distintas a las que fueron objeto del litigio, las que deberán hacer valer a través de un nuevo reclamo, según las reglas generales.

8.4. Recursos en la etapa de cumplimiento

Las resoluciones que dicte el Tribunal durante la etapa de cumplimiento de las sentencias, sólo serán susceptibles del recurso de reposición previsto y regulado en el numeral 7.1 de este Título, sin perjuicio del derecho previsto en favor de las partes y del Tribunal en el numeral 9.7 de estas instrucciones.

9. Disposiciones generales

9.1 En cualquier estado del procedimiento, el Tribunal podrá:

- a) Ordenar a las partes que, por escrito, se pronuncien derechamente sobre alguna de las alegaciones de la contraria, o bien, podrá citar a una audiencia a alguna de ellas, o a ambas, para que aporten mayores antecedentes o aclaren lo debatido.
- b) Efectuar un nuevo llamado a conciliación.
- c) Decretar o practicar, en cualquier estado del juicio, las diligencias para mejor resolver que estime necesarias para el conocimiento o esclarecimiento de los hechos, incluida la citación de testigos que no hayan declarado dentro del término probatorio.

9.2 Todo hecho que acontezca durante la tramitación del juicio que pueda incidir en la resolución del reclamo, se deberá poner en conocimiento del Tribunal de inmediato por la parte que haya recibido noticia de aquél.

Los incidentes que se produzcan durante la tramitación del juicio, podrán resolverse conforme a las reglas del procedimiento incidental previsto en el Título IX del Libro I del Código de Procedimiento Civil, o de plano por el Tribunal cuando la resolución pueda fundarse en hechos que consten en el proceso o sean de pública notoriedad, lo que se consignará en la resolución. Si el incidente no tiene relación directa con el asunto que es materia del juicio, podrá ser rechazado de plano.

9.3 El Tribunal podrá, de oficio o a petición de parte, fundado en razones de economía procesal, ordenar la acumulación de expedientes, cuando conforme a su criterio, deban constituir un solo juicio y terminar por una sola sentencia.

Excepcionalmente, podrá el Árbitro disponer, con el sólo mérito de la presentación de una de las partes, aun antes de haberse notificado a la contraria, la acumulación de ese reclamo a otro que ya haya dado origen a un juicio.

9.4 Cuando en un mismo juicio se ventilen dos o más cuestiones que puedan ser resueltas separada o parcialmente, sin que ello ofrezca dificultad para la marcha del proceso, y alguna o algunas de dichas cuestiones o parte de ellas, lleguen al estado de sentencia antes de que termine el procedimiento en las restantes, podrá el

Tribunal fallar desde luego las primeras. En este caso se formará un cuaderno separado con compulsas de todas las piezas necesarias para dictar el fallo.

9.5 El Jefe de la Unidad de Arbitraje o su continuadora, actuará como Secretario del Tribunal. En su caso, asumirá las funciones de Secretario quien lo subroge en el cargo, mientras dure esta circunstancia.

El Juez Árbitro, en su primera resolución o cuando lo estime conveniente, podrá designar a un funcionario o funcionaria de la Superintendencia de Salud como Actuario o Sustanciador, con el objeto de que colabore en la tramitación del proceso.

9.6 No procederá que la parte reclamada alegue el abandono del procedimiento.

9.7 El Tribunal, de oficio o a petición de parte podrá, durante la tramitación del proceso, corregir de oficio los errores que observe en la tramitación del mismo. Podrá asimismo tomar las medidas que tiendan a evitar la nulidad de los actos de procedimiento.

Notificada una sentencia interlocutoria a alguna de las partes, podrá el Tribunal de oficio o a petición de parte, salvar las omisiones y rectificar los errores que aparezcan de manifiesto en la misma sentencia.

10. Disposición final

En los casos de que conozca, el Tribunal podrá suplir lo no regulado en estas instrucciones con las normas contenidas en los Libros I y II del Código de Procedimiento Civil, a menos que ellas sean contrarias a los principios que informan este procedimiento o a la naturaleza del mismo. En tal caso, el Tribunal dispondrá la forma en que se practicará la actuación respectiva, aplicando lo dispuesto en el párrafo siguiente.

No obstante lo dispuesto en los numerales precedentes, el Tribunal podrá dirigir el proceso del modo que considere más apropiado, garantizando el cumplimiento de las normas del debido proceso y, en especial, de las reglas de procedimiento que, como mínimo, establece la parte final del inciso segundo del artículo 117 del DFL N° 1, de Salud, de 2005.

ANEXO

De conformidad a lo dispuesto en el punto 8.3.1 de este Título IV, para acreditar el cumplimiento efectivo de lo ordenado en cada fallo, las demandadas deberán acompañar la información y/o documentación que se indica a continuación, dependiendo de la materia sobre la que verse la sentencia que se cumple:

Si la instrucción impartida atañe a más de una de las materias que en seguida se registran, la demandada deberá acreditar el cumplimiento, remitiendo los antecedentes que se exigen en este Título respecto de cada una de las materias involucradas.

1.- Tratándose de materias referidas a Cobertura, Bonificaciones y aplicación de la Ley de Urgencia o de la Ley 20.850, la demandada deberá acompañar al Tribunal lo siguiente:

- a) Copia de la carta remitida al demandante, informándole acerca del cumplimiento de la sentencia, y
- b) Detalle del monto de la cobertura inicialmente otorgada por la Aseguradora y el monto de la cobertura resultante del cumplimiento del fallo, indicando para este último caso, el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago ordenado y la fecha a partir de la cual estará a disposición del demandante o la fecha y lugar en que dicho pago ya se efectuó, según sea el caso. Si la bonificación se hará efectiva a través de la emisión de órdenes de atención, el detalle deberá contemplar el registro correspondiente al N° del bono y la fecha de su emisión.

2.- Tratándose de materias referidas a Suscripciones, Modificaciones y Adecuaciones de contrato, habrá que distinguir:

- Cuando para el cumplimiento de lo ordenado baste sólo la emisión por parte de la Aseguradora de uno o más documentos, deberá acompañar copia del o los documentos respectivos, debidamente suscritos por la institución. (F.U.N., Certificado de afiliación vigente, etc.).
- Cuando para el cumplimiento de lo ordenado, se requiera la manifestación de voluntad del afiliado, la Aseguradora deberá acompañar copia del documento que dé cuenta de la voluntad expresamente manifestada por el demandante.

3.- Tratándose de materias de Cotizaciones de salud, Precio del plan, específicamente a instrucciones referidas a:

- a) Revisión de las cotizaciones de salud enteradas;
- b) Deudas de cotizaciones;
- c) Cotizaciones mal enteradas;
- d) Excedentes o excesos de cotización
- e) En general, cualquier otra materia que incida en la determinación del precio del plan de salud.

Cuando la instrucción impartida por la Intendencia implique que la Aseguradora deba revisar las cotizaciones enteradas, ésta deberá cumplir la instrucción dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, adjuntando una copia de la comunicación de la liquidación de las cotizaciones efectuadas y el lugar y fecha de pago de los excesos, según corresponda.

La Aseguradora deberá informar el monto de los excesos de cotizaciones inicialmente calculado y el monto de los excesos que resulte de las instrucciones impartidas, identificando el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago ordenado y la fecha a partir de la cual estará a disposición del cotizante o la fecha de su entrega si ésta ya se materializó.

En relación a las deudas de cotizaciones, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el monto de la deuda inicialmente calculado por la Aseguradora y el monto de la deuda que resulta de las instrucciones impartidas.

En cuanto a los excedentes, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el saldo disponible de excedentes inicialmente calculado por la Aseguradora y el saldo disponible que resulta de las instrucciones impartidas y la fecha de emisión de la respectiva cartola.

4.- Tratándose de materias referidas a término de contrato.

Cuando una sentencia ordene a la Aseguradora dejar sin efecto el término de contrato dispuesto, ésta deberá acompañar un certificado de afiliación vigente y una copia de la carta dirigida al afiliado en la que le comunica el cumplimiento de la sentencia dictada.

Si como resultado de dicha medida se hace necesario reliquidar cotizaciones de salud y/o la cobertura de prestaciones efectuadas, se procederá como se ha indicado en las letras precedentes.

Título V. Mediación para controversias entre isapres o Fonasa y los cotizantes y/o beneficiarios

En conformidad a lo establecido en el artículo 120 del DFL N° 1, las partes de un conflicto podrán convenir que éste sea sometido a mediación.

1. Definiciones

1.1 Mediación: es un procedimiento no adversarial, que tiene por objeto propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con la intervención de un Mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

1.2. Parte: es indistintamente un cotizante o beneficiario, o el Asegurador.

1.3. Asegurador: podrá ser una isapre o el Fonasa.

2. Registro de Mediadores

En esta mediación intervendrán, en calidad de mediadores, las personas que se hayan incorporado al Registro de Mediadores que la Superintendencia mantendrá para este efecto.

La nómina de los mediadores, así como un extracto de sus antecedentes académicos y laborales estarán disponibles en las dependencias de la Superintendencia y en su portal de Internet.

Los mediadores tendrán la obligación de informar oportunamente a la Superintendencia de todo cambio en sus antecedentes personales o laborales que fueren de interés para la debida actualización de la nómina de Mediadores.

2.1. Solicitud de incorporación al Registro de Mediadores del artículo 120 del DFL N° 1

La incorporación al Registro de Mediadores operará conforme a las normas definidas en estas instrucciones.

Para ser inscrito en el Registro de Mediadores para los conflictos entre Aseguradores y sus cotizantes y/o beneficiarios, la persona interesada deberá elevar una solicitud a la Superintendencia, llenando el correspondiente formulario de postulación, que estará disponible en las dependencias de la Superintendencia, acompañando los antecedentes que allí se indican y que permiten la acreditación del cumplimiento de los requisitos que se señalan a continuación:

- a) Tener un título profesional, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste.
- b) Tener cinco años de experiencia de ejercicio profesional, a lo menos.
- c) Poseer un título o diploma de especialización en materia de mediación, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, o por una institución de educación superior extranjera debidamente acreditada en su país de origen. Dicho título o diploma deberá acreditar estudios de, a lo menos, 180 horas teóricas y 40 horas de práctica efectiva en mediación. Del total de horas teóricas, un mínimo de 80 horas deberán haberse encontrado específicamente referidas al proceso de mediación.
- d) Contar con una oficina dotada de las condiciones que permitan un adecuado, expedito y reservado desarrollo del procedimiento de mediación, que disponga de, a lo menos, una sala de reuniones, una sala de espera y un baño para los usuarios.
- e) No haber sido condenado u objeto de una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

2.2 Pronunciamiento respecto de la solicitud de incorporación al Registro

La Superintendencia se pronunciará respecto de la solicitud de ingreso al Registro de Mediadores mediante una resolución.

El registro como Mediador tendrá carácter indefinido mientras no sobrevenga alguna de las causales de eliminación de la inscripción.

2.3. Rechazo de la inscripción

La Superintendencia no dará lugar a la inscripción en el Registro de Mediadores cuando el solicitante no cumpla los requisitos establecidos precedentemente.

2.4. Causales de eliminación de la inscripción del Registro

La eliminación de la inscripción del Registro operará en los siguientes casos:

- a) Muerte del Mediador;
- b) Solicitud del Mediador;
- c) Pérdida de alguno de los requisitos establecidos para ser Mediador;
- d) Resolución de la Superintendencia en caso de comisión de las infracciones previstas en el N° 10.2.1 de este Título.

Eliminado un Mediador del Registro, sólo podrá solicitar su reincorporación transcurridos cinco años, contados desde la aplicación de la medida. La Superintendencia se pronunciará sobre la solicitud mediante resolución fundada.

3. Reglas generales de la mediación

3.1. Función del Mediador. El Mediador deberá ayudar a las partes a lograr por sí mismas la solución de su controversia.

3.2. Sesiones y requerimiento de antecedentes. El Mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, pero manteniendo informada a la otra parte. Podrá, además, requerir de éstas o terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de ellas se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia de la mediación.

3.3. Citaciones y notificaciones. Las citaciones que se expidan y las notificaciones que se practiquen en el procedimiento de mediación se efectuarán personalmente o por carta certificada dirigida al domicilio que las partes hayan designado en su solicitud de mediación, o por escrito con posterioridad.

Se entenderá practicada la citación o efectuada la notificación al tercer día hábil siguiente al de su recepción en la oficina de correos respectiva.

3.4. Costo de la Mediación. Las partes asumirán el costo de la mediación, conforme los valores pactados directamente con el Mediador, y de los demás gastos que deriven del proceso, en la forma que ellos determinen en conjunto con el Mediador.

3.5. Deber de reserva. El Mediador deberá guardar reserva de todo lo que conozca durante o con ocasión del proceso de mediación.

3.6. Principios de la Mediación. El Mediador deberá velar en todo momento porque se respeten los principios de igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad, imparcialidad y probidad, que a continuación se indican:

Principio de Igualdad

El Mediador se cerciorará de que los participantes se encuentren en igualdad de condiciones para adoptar acuerdos. Si no fuese así, propondrá o adoptará, en su caso, las medidas necesarias para que se obtenga ese equilibrio.

3.6.2. Principio de Celeridad

El procedimiento de mediación se impulsará de oficio en todos sus trámites. El Mediador deberá actuar por propia iniciativa, salvo respecto de las actuaciones que correspondan a las partes, haciendo expeditos los trámites del procedimiento y removiendo todo obstáculo que pudiese afectar su pronta y debida solución.

3.6.3. Principio de Confidencialidad

El Mediador deberá guardar reserva de toda la información de que tome conocimiento durante el proceso de mediación y estará amparado por el secreto profesional.

3.6.4. Principio de Imparcialidad

El Mediador debe actuar con objetividad, cuidando de no favorecer o privilegiar a una parte en perjuicio de la otra.

3.6.5. Principio de Voluntariedad

Cualquiera de las partes podrá, en todo momento, expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, el que se dará por terminado, dejándose constancia en un acta que deberá ser firmada por las partes y el Mediador.

3.6.6. Principio de Probidad

Consiste en observar una conducta intachable y desarrollar un desempeño honesto y leal de la función de Mediador, con preeminencia del interés de las partes y de la sociedad por sobre el particular.

4. Procedimiento de mediación

4.1. Solicitud de Mediación

Para dar lugar al procedimiento de mediación las partes deberán presentar a la Superintendencia de Salud una solicitud escrita de mediación en la que conste su acuerdo de someter su controversia a dicho procedimiento.

Sin perjuicio de ello, en el evento que un cotizante o beneficiario requiera la intervención del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en su calidad de árbitro arbitrador, para la resolución de una controversia con un asegurador que sea susceptible de ser sometida a mediación, se comunicará esta circunstancia a las partes con el objeto de lograr un acuerdo para que dicho proceso se lleve a efecto. En tal caso la controversia se someterá al procedimiento de mediación regulado en el presente Título. De lo contrario, se tramitará como juicio arbitral.

El acuerdo de mediación deberá contener, a lo menos, las siguientes menciones, según se indica en Anexo N° 1 de este Título:

- a) Identificación de las partes, incluyendo nombre completo, cédula de identidad, profesión u oficio, en su caso, y domicilio;
- b) Descripción de la situación de conflicto;
- c) Firmas de las partes o huella digital del cotizante o beneficiario en caso de no poder firmar.

Las partes podrán acompañar a la solicitud todos los antecedentes que estimen convenientes.

4.2. Nombramiento del Mediador

Presentada la solicitud, la Superintendencia pondrá a disposición de las partes la nómina de mediadores, para efectos que se designe de común acuerdo a uno de ellos. Las partes deberán escoger, además, a un primer Mediador en carácter de suplente, para el evento que el titular se vea imposibilitado para ejercer su función, y a un segundo Mediador suplente, por si el primer suplente no puede ejercer el cargo.

Dicha designación se pondrá en conocimiento de esta Superintendencia, la que deberá notificar al Mediador que ha sido seleccionado para llevar a cabo un proceso de mediación, remitiéndole el original del acuerdo de las partes y los antecedentes acompañados.

4.3. Tramitación de la Mediación

4.3.1. Primera citación

La primera gestión del Mediador consistirá en disponer la citación de las partes a la primera audiencia, dentro de los cinco días hábiles siguientes contado desde la fecha que fue notificado de su designación para llevar a cabo el proceso de mediación, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

4.3.2. Comparecencia de las partes

La comparecencia a las audiencias será personal, sin perjuicio que las partes designen un apoderado con facultad expresa para transigir. Los aseguradores comparecerán a través de su representante legal o de apoderado debidamente facultado.

Con todo, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

4.3.3. Falta de comparecencia

Si la primera audiencia de mediación no se realizare por falta de comparecencia de cualquiera de las partes, se las citará nuevamente. Si a la segunda citación no comparecieren una o ambas partes, se entenderá que la mediación ha fracasado, salvo que, dentro de tercero día hábil, se acompañen antecedentes verosímiles que justifiquen la inasistencia, en cuyo caso se citará por tercera y última vez a las partes para una primera audiencia y si ésta no se realizare por ausencia de alguna de las partes, la mediación se entenderá fracasada.

El mismo procedimiento se aplicará respecto de las audiencias posteriores.

4.3.4. Primera audiencia

En la primera audiencia, el Mediador informará a las partes sobre la naturaleza y objetivos de la mediación, de su duración y etapas, carácter voluntario de los acuerdos que se tomen, su valor jurídico y carácter secreto y confidencial de las declaraciones de las partes y de las actuaciones de la mediación, aclarando toda duda que se suscite, quedando constancia en el acta respectiva.

Durante el procedimiento, el Mediador podrá citar a todas las audiencias que fueren necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

4.3.5. Domicilio

En la primera audiencia que se celebre el Mediador deberá registrar el domicilio informado por las partes, en el que se practicarán las notificaciones, el cual se entenderá subsistente durante todo el curso del procedimiento de mediación, salvo cambio expreso y escrito que hagan las partes.

4.3.6. Citación a terceros involucrados

Durante el proceso de mediación se podrá oír la declaración o tener a la vista los antecedentes que terceros pudieren aportar.

4.3.7. Deber de reserva de las partes y terceros

Las partes, sus apoderados, asesores o representantes legales, deberán guardar reserva de todo lo que hayan conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso a través de informes o intervenciones que hayan contribuido al desarrollo o conclusión del procedimiento.

La misma información respecto del carácter reservado señalado, deberá proporcionarse a cualquier nuevo participante de una audiencia de mediación.

5. Inhabilidad del mediador y nuevo nombramiento

5.1. Inhabilidad de oficio

Si el Mediador considera que existen hechos o circunstancias graves que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, tales como interés económico, animosidad, parentesco o amistad con alguna de las personas involucradas directa o indirectamente en los hechos que motivaron el procedimiento de mediación, deberá declararlo de oficio y comunicarlo a la Superintendencia, a fin que ésta notifique al primer mediador suplente designado en su oportunidad. Si este último no pudiere ejercer el cargo, la Superintendencia notificará al segundo mediador suplente designado.

Si el Mediador no considera grave la causal, expondrá la situación a las partes y, si ninguna de éstas se opone, proseguirá el procedimiento ante él.

5.2. Inhabilidad del mediador por las partes

Durante el transcurso del procedimiento de mediación, las partes podrán hacer presente a la Superintendencia, por escrito, la inhabilidad del Mediador y solicitar la notificación al mediador suplente.

6. Plazo de la mediación

El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día del despacho de la comunicación que contiene la primera citación a las partes. Previo acuerdo de éstas, dicho plazo podrá ser prorrogado hasta enterar ciento veinte días, como máximo.

7. Término de la mediación

El procedimiento de mediación terminará por cualquiera de las siguientes causales:

- a) Por decisión voluntaria de cualquiera de las partes de no perseverar en el procedimiento;
- b) Por falta de comparecencia de las partes a las audiencias, previo haberse extendido las citaciones referidas en este Título;
- c) Por expiración del plazo de la mediación;
- d) Por haberse llegado a acuerdo entre las partes;
- e) Por sobrevenir alguna causal que impida continuar con el proceso de mediación.

El Mediador deberá informar a la Superintendencia del término de la mediación dentro del tercer día hábil a contar de la fecha de la última audiencia, comunicando el resultado de la misma, conforme a lo especificado en el Anexo N° 2 de este Título.

8. Constancia del término de la mediación

8.1. Término por decisión voluntaria, falta de comparecencia o por sobrevenir una causal que impida continuar el proceso

Cuando la mediación termine por las causales contenidas en las letras a), b) y e) del número anterior, el Mediador, actuando en calidad de Ministro de Fe, levantará un acta en la que conste el término y la expresión de la causa, la que será firmada por las partes, en los casos que corresponda. En caso de que alguna no quiera o no pueda firmar, el Mediador lo hará constar.

En el caso de la decisión voluntaria de una de las partes de no perseverar en el procedimiento, ésta deberá suscribir el acta respectiva.

8.2. Vencimiento del plazo.

Si dentro del plazo original o prorrogado no hubiere acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, dejará constancia de ello el Mediador, quien actuará como Ministro de Fe.

8.3. Término por acuerdo de las partes

En caso que la mediación termine por acuerdo de las partes, se levantará un acta firmada por éstas y por el Mediador. Ella contendrá los términos del acuerdo y las obligaciones que asume cada parte. Asimismo, deberá

contener su renuncia expresa a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

Las partes tendrán libertad para pactar soluciones al conflicto y la forma de cumplirlas.

9. Custodia de los documentos

El mediador tendrá la custodia de los documentos acompañados durante el proceso de mediación.

Éstos deberán ser debidamente registrados.

Concluida la mediación, se devolverán a la parte que lo requiera. En caso que no se efectúe dicha solicitud y transcurriere un mes de terminada la mediación, se procederá a la devolución vía correo certificado al domicilio señalado por cada parte. Si el envío fuere devuelto, se custodiarán durante un plazo mínimo de cinco años contados desde el inicio de la mediación.

10. Control de los mediadores

10.1. Formas de control

Con el fin de garantizar el adecuado desempeño de los mediadores, su actividad será controlada a través de las siguientes modalidades:

- 1.- Informes;
- 2.- Reclamos;
- 3.- Fiscalizaciones.

10.1.1. Informes

10.1.1.1. Obligación de informar

Los mediadores inscritos estarán obligados a remitir a la Superintendencia un informe semestral de los procesos de mediación terminados, consignando la información requerida en el Anexo N° 3 de este Título, o la indicación de no haber mediaciones terminadas.

En todo caso, estos informes deben resguardar la confidencialidad de la mediación.

Los informes semestrales proporcionados a esta Superintendencia, estarán referidos a las mediaciones finalizadas entre los meses de enero y junio, y julio y diciembre de cada año.

El plazo de entrega en la Superintendencia de estos informes será el día quince del mes siguiente al último mes que se informa, o al siguiente hábil.

10.1.1.2. Objeción del Informe

El informe a que se refiere el punto anterior podrá ser objetado por la Superintendencia, la que remitirá sus requerimientos al Mediador, a fin que éste efectúe las correcciones necesarias en el plazo de diez días hábiles.

Si el Mediador no realizare las correcciones pertinentes, en tiempo y forma, podrá darse inicio al procedimiento sancionatorio de que trata en el N° 10.2.2 y siguientes de este Título.

10.1.2. Reclamos

Los reclamos en contra de los mediadores deducidos por los usuarios del sistema de mediación, deberán ser presentados ante la Superintendencia por escrito, con indicación de la identidad y de los datos que permitan una expedita localización del reclamante. Asimismo, deberán contener una descripción de los hechos concretos que motivan la presentación, precisando lugar y fecha de su acaecimiento e identificando al Mediador de que se trate.

Recibido el reclamo por la Superintendencia, ésta lo pondrá en conocimiento del Mediador correspondiente, requiriéndole la evacuación de un informe dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la notificación de la solicitud de informe. Una vez recibido éste, o vencido el plazo para su presentación, la Superintendencia se pronunciará sobre el reclamo, dictando la resolución pertinente. En todo caso, agotada esta instancia, la Superintendencia podrá dar inicio al procedimiento sancionatorio, si estimare que existe mérito para ello.

10.1.3. Fiscalización

Se entenderá por fiscalización el examen o revisión de las dependencias y actuaciones del Mediador, así como la recepción de antecedentes pertinentes. Ésta será llevada a cabo por personal de la Superintendencia, sin previo aviso, en conformidad a la ley y a las presentes instrucciones.

10.1.3.1. Oportunidad de la fiscalización

Las inspecciones podrán tener lugar especialmente en los siguientes casos:

- a) Reclamos efectuados en contra de un Mediador;
- b) Incumplimiento de la obligación de remitir los informes;
- c) Presentación de informes incompletos, imprecisos, o cuyo contenido hiciere presumir la falsedad de los datos consignados en él; y
- d) Cuando en el ejercicio de sus facultades de control así lo estimare la Superintendencia.

10.1.3.2. Criterios de la fiscalización

Las inspecciones deberán llevarse a cabo de acuerdo a los siguientes criterios metodológicos:

- a) En un solo acto, sin perjuicio de lo previsto en la letra d) y e) siguientes;
- b) Se revisarán las instalaciones en que se desarrollen las tareas de mediación así como los registros que lleve el Mediador;
- c) Procurando no interferir en las labores de mediación que estén en desarrollo;
- d) Podrá entrevistarse a los usuarios del servicio de mediación;
- e) En general, podrán recabarse todos los antecedentes que permitan a los fiscalizadores formarse una impresión precisa acerca del cumplimiento de las obligaciones que la Ley Orgánica de la Superintendencia de Salud y las que estas instrucciones establecen.

10.1.3.3. Obligación de colaboración

Los mediadores deberán proporcionar la información pertinente que les fuere requerida en un procedimiento de fiscalización, salvo aquella que se encuentre amparada por el deber de reserva.

10.1.3.4. Informe de fiscalización

Al término de cada fiscalización la Superintendencia emitirá un informe. Éste será puesto en conocimiento del Mediador, dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha del mismo, cuando dé cuenta de irregularidades que deban ser subsanadas. En tal caso, el Mediador tendrá el plazo de diez días hábiles, contado desde que la Superintendencia lo puso en su conocimiento, para formular las observaciones que estime convenientes.

10.2. Las sanciones

El incumplimiento de las obligaciones contenidas en la Ley Orgánica de la Superintendencia y en este Título, sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal que pudiere corresponder, dará lugar a la aplicación de las siguientes sanciones:

- a) Amonestación
- b) Multa de hasta 1000 Unidades de Fomento
- c) Suspensión de hasta 180 días
- d) Cancelación del Registro

10.2.1. Infracciones

Para la aplicación de las sanciones señaladas precedentemente, se considerará la concurrencia de las siguientes infracciones:

- a) El incumplimiento del deber de informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, de su duración y etapas y del carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y del valor jurídico de éstos, así como de informar a las partes acerca de las audiencias que celebre por separado con cada una de ellas;
- b) El abandono de un proceso de mediación o la inasistencia a una sesión de mediación, sin causa justificada;
- c) El incumplimiento del deber de guardar reserva respecto de todo lo que ha conocido durante o con ocasión del proceso de mediación;
- d) El permitir o inducir a las partes a la suscripción de acuerdos manifiestamente ilegales;
- e) La consignación de datos falsos en los informes que debe remitir a la Superintendencia;
- f) El abandono de sus deberes como mediador registrado, sin causa justificada;
- g) El incumplimiento del deber de declararse inhábil de oficio, cuando ello hubiere correspondido.
- h) La infracción de cualquier otra obligación establecida en la ley y en estas instrucciones.
- i) En general, todo abuso cometido en el ejercicio de su cargo.

La Superintendencia llevará un registro de las sanciones que se apliquen a los mediadores.

10.2.2. Procedimiento sancionatorio

El procedimiento sancionatorio podrá hacerse efectivo en el plazo de tres años contado desde la comisión de la infracción y se iniciará por orden de la Superintendencia, siempre que ella tome conocimiento, por cualquier medio, de hechos que pudieren ser constitutivos de alguna infracción prevista en la ley o en este Título.

La instrucción del procedimiento sancionatorio se llevará a cabo por un funcionario de la Superintendencia, especialmente designado para tal efecto.

10.2.3. Plazo del procedimiento sancionatorio

El funcionario a cargo de la instrucción del procedimiento sancionatorio tiene un plazo máximo de veinte días hábiles para investigar los hechos y, si fuere el caso, formular cargos. El plazo referido se contará desde que el funcionario se hubiere notificado de su designación. En todo caso, el plazo podrá prorrogarse hasta por cuarenta días hábiles mediante resolución fundada de la Superintendencia.

Durante este periodo el funcionario recabará todos los antecedentes necesarios para la acreditación de los hechos.

En todo caso, no podrán formularse cargos sin haberse requerido declaración al Mediador. Por otra parte, el Mediador podrá ofrecer los medios de prueba o presentar los antecedentes que estime pertinentes con miras a desestimar la existencia de la infracción.

10.2.4. Sobreseimiento

Si de la investigación se reunieren antecedentes que permitan desestimar la existencia de una infracción, la Superintendencia así lo señalará en una resolución que deberá ser notificada al Mediador personalmente, ordenando el archivo de los antecedentes.

10.2.5. Formulación de cargos

En el evento de existir antecedentes suficientes que permitan estimar que se ha cometido una infracción, el funcionario instructor procederá a la formulación de cargos.

La formulación de cargos deberá contener, a lo menos, la siguiente información:

- a) Descripción de los hechos que se estiman constitutivos de infracción;
- b) Indicación de la norma eventualmente infringida y de la sanción asociada a la infracción;
- c) indicación del plazo para formular descargos;
- d) La individualización del funcionario encargado de la instrucción del procedimiento.

El plazo para formular los descargos será de cinco días hábiles, contados desde la notificación de la formulación de los cargos, la que se hará personalmente al Mediador imputado.

10.2.6. Resolución del Proceso

Formulados los descargos o vencido el plazo para ello, la Superintendencia pondrá término al procedimiento, procediendo a resolver lo que corresponda de acuerdo al mérito de la investigación.

10.2.7. Impugnación

La resolución que aplique sanciones podrá ser reclamada de acuerdo a las reglas generales contenidas en la Ley N° 19.880.

Transcurrido el plazo de tres meses contado desde la formulación de cargos, sin que se haya dictado resolución final en el respectivo procedimiento sancionatorio, deberá ordenarse el archivo de los antecedentes, notificando tal circunstancia al Mediador.

Anexos



ANEXO Nº 1
SOLICITUD DE MEDIACIÓN
ENTRE ASEGURADORAS Y COTIZANTES Y/O BENEFICIARIOS

Nº INGRESO: _____

FECHA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE Y/O BENEFICIARIO

Nombre completo: _____	
R.U.T.: _____	E-mail: _____
Profesión u oficio: _____	Teléfono(s): _____
Domicilio: _____	
Asegurador: <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre _____	(Escriba el nombre de su Isapre)

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE: (En caso de ser diferente al cotizante y/o beneficiario)

Nombre completo: _____	
R.U.T.: _____	E-mail: _____
Profesión u oficio: _____	Teléfono(s): _____
Domicilio: _____	

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE ISAPRE O FONASA:

Nombre: _____	
R.U.T.: _____	
Dirección: _____	E-mail: _____
Teléfono(s): _____	

MEDIADORES SELECCIONADOS (EN ORDEN DE SU PREFERENCIA).

La nómina de Mediadores está disponible en el sitio web de la Superintendencia.

	Apellidos	Nombres
1.- Titular:	_____	_____
2.- Primer Suplente:	_____	_____
3.- Segundo Suplente:	_____	_____

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: (Escribir con letra clara y legible)

_____ _____ _____ _____

(Si le falta espacio para describir el problema, utilice el reverso)

FIRMA COTIZANTE Y/O BENEFICIARIO

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE O FONASA
(Esta presentación debe estar firmada por ambas partes)

I REGION: Serrano 145, of. 202, Iquique / **II REGION:** Coquimbo 888, of. 402, Antofagasta / **V REGION:** Uno Norte 525, of. 402, Viña del Mar / **VII REGIÓN:** 1 Norte 963, of. 201, Talca / **VIII REGIÓN:** Caupolicán 567, of. 505, Concepción / **IX REGIÓN:** Antonio Varas 979, of. 403, Temuco / **X REGIÓN:** Concepción 120, of. 705, Puerto Montt / **REGIÓN METROPOLITANA:** Mac Iver 225, Santiago.
www.superintendenciasalud.cl

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (Si le faltó espacio en la Primera Página, utilice este espacio)

_____ _____ _____ _____ _____

ANEXO N° 2

INFORME DE CIERRE DE MEDIACIÓN
 ENTRE ASEGURADORAS Y COTIZANTES Y/O BENEFICIARIOS

N° de Informe _____

Nombre del Mediador: _____ N° de Registro: _____

N° de Ingreso y Fecha: _____

Nombre del Cotizante y/o Beneficiario: _____

Nombre del Asegurador: _____

Materia Reclamada: _____

Fecha de Despacho de la 1° Citación a las partes: _____

Fecha de Término de la Mediación: _____

Término: _____ Acuerdo Total
 _____ Acuerdo Parcial
 _____ Sin Acuerdo Causal N°: _____

- N° 1.- Por decisión voluntaria de cualquiera de las partes de no perseverar en el procedimiento
- N° 2.- Por falta de comparecencia de las partes a las audiencias
- N° 3.- Por expiración del plazo de la mediación
- N° 4.- Por sobrevenir alguna causal que impida continuar con el proceso de mediación

Detalle		
N° de la Sesión	Fecha de la sesión (dd/mm/aa)	Duración de la Sesión (en minutos)
1ª		
2ª		
3ª		
4ª		
5ª		
6ª		
7ª		
8ª		
9ª		
10ª		

ANEXO N° 3

INFORME SEMESTRAL DE MEDIACIONES TERMINADAS
ENTRE ASEGURADORAS Y COTIZANTES Y/O BENEFICIARIOS

Fecha del Informe: _____

Nombre del Mediador: _____ N° de Registro: _____

Dirección de Mediación: _____

Teléfono: _____

Período que informa: 1° Semestre (Enero - Junio) 2° Semestre (Julio - Diciembre)

Número de Mediaciones Terminadas durante el Período: _____

Detalle					
N° de Ingreso	Cotizante y/o Beneficiario	Asegurador	Materia	N° de Sesiones	Fecha de Término de la Mediación

Título VI. Expediente Electrónico Reservado y notificación electrónica de resoluciones de juicios arbitrales y reclamos administrativos¹¹⁰

1. Definiciones

a. Expediente Electrónico Reservado: documento electrónico compuesto por una serie ordenada de actos, registros y documentos representados en formato electrónico, dispuestos en estricto orden de ocurrencia, de ingreso o egreso en aquél, que se origina en el procedimiento de reclamos deducidos ante la Superintendencia de Salud por cotizantes y beneficiarios en contra de las isapres o el Fonasa, dispuesto en el Título II o, en el procedimiento de arbitraje, dispuesto en el Título IV, ambos de este Capítulo V, sobre Solución de Conflictos.

b. Extranet: Red privada virtual dispuesta por la Superintendencia de Salud para facilitar la transmisión de datos y compartir, de forma segura, su operación propia con los usuarios del Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos.

El referido segmento Extranet, cuenta con mecanismos de Confidencialidad (encriptación) para que los datos sean leídos sólo por su destinatario final; Autenticación (firma electrónica simple), a fin de otorgar certeza de que la comunicación se está llevando a cabo con quien corresponde; Integridad, en la medida que asegura que la información se recibió sin alteración alguna y, finalmente, Control de Acceso, que permite restringir el acceso sólo a aquellas personas que cuenten con la autorización necesaria para operar y respecto a las áreas que les compete o para las que se encuentren autorizados.

c. Notificación electrónica: toda comunicación formal, efectuada por medios electrónicos, en virtud de la cual el Tribunal Arbitral o la Autoridad Administrativa, según corresponda, pone en conocimiento de las partes el hecho de haberse dictado una determinada resolución judicial o acto administrativo, en el curso de un procedimiento de reclamo sustanciado por ésta.

d. Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos: conjunto de procedimientos, medios informáticos y/o electrónicos definidos y destinados por la Superintendencia de Salud para administrar los reclamos arbitrales y/o administrativos sometidos a su resolución.

2. El Expediente Electrónico Reservado

2.1. Formación del expediente

a. El Expediente Electrónico Reservado se conformará con todos los actos, registros y documentos en formato electrónico relacionados con un procedimiento judicial o administrativo, los cuales se agregarán consecutivamente, provengan del órgano público ante quien se realiza, de otros servicios, de las partes o de terceros.

Para tales efectos, los documentos presentados por los interesados, por terceros y por otros órganos públicos o privados, así como las actuaciones, los documentos y resoluciones del Tribunal Arbitral o de la Autoridad Administrativa, se incorporarán a un Expediente Electrónico Reservado, debidamente foliado, foliación correlativa que podrá ser exclusivamente en cifras¹¹¹.

b. En el procedimiento judicial se ordenará la formación del expediente en la primera resolución que dicte el Tribunal; mientras que en el procedimiento de reclamos administrativos dicha instrucción constará en el acto administrativo que solicita antecedentes a las entidades aseguradoras, agregándose en forma digital a dicho expediente los documentos que se hubieren presentado con anterioridad a la dictación de la referida resolución o acto administrativo¹¹².

¹¹⁰ Complementada por Circular IF N° 179, de 5.12.2012. Mediante Oficio Ccircular IFN° 21 de 07.10.2013 se imparten instrucciones particulares a las isapres que aún no se han incorporado al Sistema de Gestión de Reclamos y juicios arbitrales para que lo hagan a más tardar al 30 de abril de 2014, Circular IF N°210, 5.2.2014, modifica la definición de Expediente electrónico.

¹¹¹ Este párrafo segundo fue modificado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014

¹¹² Este párrafo fue modificado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014

c. Sólo el titular de los datos sensibles y las partes involucradas podrán tener acceso y obtener testimonio - íntegro o parcial- o certificado extractado del Expediente Electrónico Reservado y será la Superintendencia de Salud, en su calidad de Tribunal o Autoridad Administrativa, quien tomará los resguardos necesarios para evitar que éste sea conocidos por terceros.

d. El Expediente Electrónico Reservado incluirá registros de la fecha de la recepción o envío del documento o actuación que lo integra, identificando al emisor y al destinatario del documento.

e. *Eliminado por Circular IF/N°210 de 05.02.2014*

e. Los documentos deberán agregarse en formato PDF al Expediente Electrónico Reservado, ello sin perjuicio que esta Superintendencia, a través de instrucciones específicas, determine o autorice el uso de otro formato de almacenamiento de documentos electrónicos.

Si ello no es posible, dichos instrumentos deberán ingresarse directamente en las oficinas de la Superintendencia de Salud, procediéndose a guardarlos en un archivo físico separado, con las respectivas referencias al Expediente Electrónico Reservado.

Si los documentos integrantes de este archivo físico contienen datos sensibles, la consulta de su contenido deberá hacerse directamente en las oficinas de la Superintendencia de Salud, en cuyo caso les será aplicable, en lo que corresponda, las reglas especiales que se señalan en el punto 2.5, del presente título sobre el acceso al Expediente Electrónico Reservado¹¹³.

f. El Expediente Electrónico Reservado será válido y producirá los mismos efectos que el expediente en soporte de papel.

2.2. Acceso y presentación de los documentos a la Superintendencia de Salud

Durante la tramitación de un reclamo, las partes tendrán acceso permanente al Expediente Electrónico Reservado, a través de los medios informáticos que se describen en estas instrucciones. Sin perjuicio de lo anterior y para el caso de los reclamantes que no puedan acceder a la página web de la Superintendencia de Salud, podrán concurrir a las oficinas de este Organismo para consultar el referido expediente¹¹⁴.

2.2.1. Acceso por parte de las entidades aseguradoras

a. Las comunicaciones que, con ocasión de un reclamo, deban realizarse entre las entidades aseguradoras y la autoridad judicial o administrativa, según corresponda, se realizarán a través de la “Extranet” dispuesta por la Superintendencia de Salud en su portal institucional (www.supersalud.cl).

b. Para todos los efectos se entenderá que el usuario habilitado es el Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima de la entidad aseguradora, que tenga facultades suficientes para representarla¹¹⁵.

c. La entidad aseguradora deberá designar a la o las personas autorizadas para acceder a la “Extranet”, como asimismo, para recibir el correo electrónico de notificación de las resoluciones judiciales o actos administrativos que se dicten en los respectivos procesos de reclamos, la o las cuales deberán ser habilitadas en el Sistema de Administración de Usuario instalado en el portal web institucional, a través del administrador de cuentas de usuarios que ha sido designado según las instrucciones para la transmisión de información y remisión de los archivos maestros de información que los seguros envían a la Superintendencia de Salud.

El administrador de cuenta otorgará a dichos usuarios un “nombre de usuario” (login) y una “clave de acceso” (password) adicional para ingresar al Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos, los cuales serán de su uso exclusivo y, por tanto, su administración interna se efectuará bajo su total y exclusiva responsabilidad.

d. Será responsabilidad de las entidades aseguradoras ingresar correctamente los datos y mantener actualizada la dirección de correo electrónico de la o las personas que estarán facultadas para acceder a la “Extranet” y/o quien recibirá las notificaciones a que se refieren estas instrucciones.

¹¹³ Última parte de este párrafo modificado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014

¹¹⁴ Párrafo modificado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014

¹¹⁵ La letra b) fue modificada por la Circular IF/N°210 de 05.02.2014

e. A objeto de proveer un mecanismo de acceso eficiente a cada Expediente Electrónico Reservado, las entidades aseguradoras podrán visualizar los reclamos debidamente ordenados por vía de tramitación¹¹⁶.

A su vez, en cada una de estas vistas se desplegará información relativa al reclamo y la posibilidad de adjuntar, en cada caso, los documentos electrónicos que sean requeridos por el Tribunal o la autoridad administrativa.

Sin perjuicio de lo anterior, en cualquier momento de la tramitación electrónica de un reclamo, la entidad aseguradora tendrá la posibilidad de presentar nuevos antecedentes a través del Sistema, de acuerdo a las normas procesales que correspondan.

2.2.2 Presentación de documentos por la entidad aseguradora

a¹¹⁷. La aseguradora deberá presentar los documentos digitalizados en el procedimiento que corresponda, a través de la Extranet de la Superintendencia de Salud, los que pasarán a formar parte del Expediente Electrónico Reservado, el que podrá incluir datos personales y datos sensibles, tales como, certificados e informes médicos, resultados de exámenes, biopsias y licencias médicas y, además, documentación referida a la liquidación y/o cobro de prestaciones de salud.

En aquellos casos que no puedan agregarse documentos en formato PDF (videos, fotografías, etc.) éstos deberán remitirse a la Superintendencia para su archivo físico.

b. Para diferenciar los archivos que remita la entidad aseguradora a la Superintendencia, éstos deberán clasificarse conforme a la siguiente tipología:

“Nº de Ingreso-Año-Código de requerimiento”

Los códigos¹¹⁸ de requerimiento se adjuntan en el Anexo único del presente Título.

c. Para todos los efectos, la fecha de presentación de los documentos por parte de las entidades aseguradoras a través de la “Extranet”, será aquella que se registre al momento de su ingreso en el Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos, administrado por la Superintendencia de Salud.

Asimismo, las presentaciones de documentos y la entrega de antecedentes sujetos a un plazo, deben efectuarse hasta la medianoche del día de su vencimiento.

Las presentaciones que ingresen en días inhábiles se entenderán ingresadas el día hábil siguiente.

Para estos efectos se considerarán días inhábiles los sábado, domingo y festivos.

2.2.3 Acceso por parte del beneficiario

El beneficiario podrá acceder al Expediente Electrónico Reservado, previo registro en el sistema “Súper en línea”, del portal web institucional (www.supersalud.gob.cl), obteniendo una clave que lo acredite como un usuario registrado. Esta clave le permitirá además, ingresar a la sección “Seguimiento del estado del reclamo”, digitando el número de su cédula de identidad y el número de ingreso del reclamo¹¹⁹.

2.2.4 Presentaciones de documentos por el beneficiario

El beneficiario podrá hacer todas sus presentaciones ante esta Superintendencia en formato papel o a través del Servicio de reclamo en línea, este último, disponible en el portal web de la Superintendencia de Salud. Las presentaciones que se reciban en formato papel serán digitalizadas e incorporadas al Expediente Electrónico Reservado, bajo la responsabilidad de este Organismo Fiscalizador¹²⁰.

¹¹⁶ Letra e) modificada por la Circular IF/Nº210, de 05.02.2014

¹¹⁷ Se modifica la letra a) por Circular IF/Nº210, de 05.02.2014

¹¹⁸ Códigos modificados por la Circular IF/Nº210, de 05.02.2014

¹¹⁹ Párrafo modificado por la Circular IF/Nº210, de 05.02.2014

¹²⁰ Modificado por Circular IF/Nº210, de 05.02.2014

La fecha de ingreso de los documentos que presente el beneficiario será aquella que conste en el estampado de la Oficina de Partes de la Superintendencia de Salud y que queda de manifiesto en el documento posteriormente digitalizado, o la fecha que asigne el servicio de reclamo en línea al utilizar el beneficiario este canal de ingreso.

Las presentaciones de documentos o antecedentes sujetos a un plazo, podrán efectuarse hasta la medianoche del día de su vencimiento. Para estos efectos y atendido que, por mandato legal, la Superintendencia desarrolla sus funciones dentro de un determinado horario, se habilitarán mecanismos que permitan a los beneficiarios hacer entrega de tales documentos una vez concluido el referido horario.

2.2.5. Presentaciones de escritos judiciales y recursos en reclamos administrativos y sus documentos mediante el Reloj buzón¹²¹

Las presentaciones de documentos o antecedentes sujetos a un plazo podrán efectuarse fuera del horario de funcionamiento de la Superintendencia, hasta la medianoche del día del vencimiento del plazo, mediante el mecanismo que se describe a continuación.

2.2.5.1. El Reloj buzón

Con el fin de dar cabal cumplimiento a la obligación que pesa sobre los Tribunales de la República, en el sentido de permitir a las partes en juicio la presentación de escritos sujetos a plazo hasta la medianoche del día de su vencimiento, esta Intendencia ha dispuesto la implementación de un mecanismo que permite a los litigantes en causas arbitrales presentar ante el Tribunal Arbitral escritos y documentación fuera del horario de funcionamiento regular de la Superintendencia.

Para efectos de la presentación de los recursos que sean procedentes en la tramitación de los Reclamos Administrativos, los interesados podrán emplear el mecanismo referido.

Se dispondrá de un “Reloj buzón”, que estará ubicado en un lugar de fácil acceso al público, habilitado únicamente para el ingreso de escritos judiciales y recursos en Reclamos Administrativos, más la documentación de respaldo, sólo cuando se trate del último día del plazo para hacerlo, a partir del horario de cierre de la Oficina de Partes y hasta la medianoche.

2.2.5.2. Presentación de escritos y documentación

Los escritos y documentos que a éstos se acompañen deberán timbrarse en la primera hoja, con el timbre electrónico fechador de que dispondrá el señalado Reloj, y luego deberán ser depositados en el Buzón correspondiente. De estimarlo necesario, la persona que presente el escrito de que se trata, podrá timbrar una copia del mismo.

Sólo se tendrán por debida y oportunamente presentados, los escritos que se timbren en el Reloj buzón y cuyo plazo de vencimiento corresponda al día de su presentación.

2.2.5.3. Tramitación de los escritos ingresados al Reloj buzón

Los escritos y documentos presentados en la forma indicada precedentemente serán retirados a primera hora del día hábil siguiente al de su ingreso por un funcionario de la Oficina de Partes de la Superintendencia, para su trámite de rigor.

2.3. Incorporación de los documentos al Expediente Electrónico Reservado

Las presentaciones efectuadas por las partes ingresarán a un repositorio electrónico, en estricto orden de ingreso, hasta su incorporación efectiva al Expediente Electrónico Reservado propiamente tal.

Una vez incorporado el documento al expediente electrónico reservado, le será asignado un número de folio correlativo.

¹²¹ Circular IF N° 135, 22.10.2010, Imparte instrucciones e implementa mecanismo para la recepción de escritos en juicios arbitrales y reclamos administrativos, y sus respectivos documentos, fuera del horario de funcionamiento de la Superintendencia, complementando instrucciones contenidas en el Compendio de Procedimientos.

2.4. Firma de los actos y resoluciones

En el Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos sólo contarán con Firma Electrónica Avanzada los actos administrativos y resoluciones judiciales que pongan término al proceso de reclamo respectivo y que den respuesta a los recursos interpuestos por las aseguradoras.

2.5 Procedimiento para acceder al contenido del Expediente Electrónico Reservado

a. Las partes de un reclamo administrativo o arbitral y el titular de los datos sensibles involucrado, tienen derecho a acceder a todos los antecedentes que forman parte del Expediente Electrónico Reservado de que se trate¹²².

Las aseguradoras deberán adoptar todos los resguardos necesarios para que la información contenida en el Expediente Electrónico Reservado, sea consultada y manejada exclusivamente por los representantes habilitados por la propia institución, atendido que este expediente contiene en un solo archivo, datos que pueden ser de carácter sensible y por lo tanto reservados sólo para el titular de éstos y las partes.

b. En los casos que el reclamante no pueda acceder al Expediente Electrónico Reservado a través del portal web de la Superintendencia de Salud, podrá consultar su contenido en las oficinas de este Organismo. Para ello, se verificará que el solicitante se encuentre autorizado para conocer dichos antecedentes, otorgándole las facilidades de acceso a un terminal computacional¹²³.

c. No se permitirá la reproducción de los antecedentes contenidos en el Expediente Electrónico Reservado, sea en formato electrónico, impreso o cualquier otro medio, salvo autorización previa y expresa, dada por el Tribunal, la Jefatura de la Unidad correspondiente o el Agente Zonal, según sea el caso.

Las solicitudes de copias deberán formalizarse por escrito.

d. *Eliminado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014*

El Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos mantendrá un archivo histórico de los procedimientos arbitrales y administrativos que hubieren sido sustanciados por la Superintendencia de Salud, de acuerdo a los plazos legales¹²⁴.

El examen de los expedientes electrónicos archivados y la obtención de copias o testimonios, en forma total o parcial, de los mismos, deberá ceñirse a los protocolos de administración del citado archivo que, al efecto, establezca la Superintendencia de Salud.

3. La notificación electrónica

3.1. Aspectos generales

a. Los actos administrativos y las resoluciones judiciales que se dicten en los procedimientos de reclamos sustanciados en el Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos, serán notificadas por medios electrónicos, a la casilla de correo especialmente habilitada por la entidad aseguradora y por el beneficiario que haya manifestado expresamente su voluntad de adscribirse a este tipo de notificación, para lo cual, este último, deberá manifestar su consentimiento por escrito ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud-, a través de los mecanismos y/o formularios especialmente puestos a disposición para estos efectos, hecho del que se dejará constancia en el expediente.

b. A aquellos beneficiarios que no deseen ser notificados por medios electrónicos, se les notificarán las resoluciones judiciales y los actos administrativos, según sea el caso, por otro de los medios previstos en el Título IV de este Capítulo, de acuerdo a las reglas generales.

c. Las notificaciones practicadas a través de medios electrónicos tendrán la misma validez y producirán los mismos efectos que las que se efectúen por otro de los medios previstos en el Título IV de este Capítulo.

3.2. Reglas particulares de la notificación electrónica

¹²² Párrafos de la letra a), modificados por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014

¹²³ Párrafos de la letra b), modificados por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014

¹²⁴ Circular IF/N°210, de 05.02.2014

- a. La Superintendencia dispondrá una casilla de correo electrónico exclusiva para los efectos de remitir las notificaciones electrónicas a las partes, que contendrá el registro de los despachos exitosos y fallidos. Dicha casilla habilitada en los servidores de la Superintendencia, permitirá monitorear el correcto despacho de los correos electrónicos.
- b. Adicionalmente, se habilitará un listado especial relativo a la transmisión de las notificaciones electrónicas efectuadas por la Superintendencia de Salud y que certifica el envío de la misma, en el cual se hará referencia, a lo menos, al destinatario y la fecha de transmisión.
- c. Se entenderá que la notificación ha sido practicada el mismo día en que se hubiere verificado la comunicación electrónica, de tal manera que los plazos establecidos para las partes comenzarán a correr al día hábil siguiente, conforme a las reglas generales.

Para estos efectos se considerarán inhábiles los días sábado, domingo y festivos.

- d. La notificación electrónica deberá identificar los datos del reclamo y la resolución judicial o acto administrativo que se notifica. Además se adjuntará una copia de la resolución judicial o acto administrativo que se notifica, en formato PDF y las instrucciones para acceder al expediente electrónico reservado, alojado en el portal web de esta Superintendencia.

3.3. Obligaciones de las partes

- a. Será de exclusiva responsabilidad del destinatario mantener su casilla electrónica habilitada, con capacidad suficiente y operativa para recibir las notificaciones electrónicas que se le envíen.

Si el sistema arroja que se ha intentado la notificación, sin éxito, por tres veces, consecutivas o no, se procederá a notificar por otro de los medios previstos en el Título IV de este Capítulo.

- b. La administración por parte de las entidades aseguradoras de la casilla electrónica habilitada para las notificaciones, será de su exclusiva responsabilidad, así como la delegación interna a la persona o personas que podrán tener acceso a ella, no pudiendo fundarse la falta de notificación o su insuficiencia en esta causal.
- c. Con todo, el destinatario se entenderá debidamente notificado de la resolución judicial o del acto administrativo remitido electrónicamente, si efectúa cualquier gestión que suponga su conocimiento sin haber reclamado previamente la falta de notificación o la ineficacia de la misma.

4. Caso fortuito o fuerza mayor

En caso que los procedimientos electrónicos regulados en estas instrucciones no puedan efectuarse por caso fortuito o fuerza mayor fehacientemente acreditados, las partes y el Tribunal Arbitral u Órgano Administrativo, según corresponda, podrán realizar todas las actuaciones que conforman tales procedimientos, a través de los medios tradicionales dispuestos en el Título IV, sobre Procedimiento de Arbitraje y el Título II, sobre reclamos deducidos ante la Superintendencia de Salud por cotizantes y beneficiarios en contra de las isapres o el Fonasa, ambos de este Capítulo.

Anexo N° 1 *Eliminado por Circular IF/N°210, de 05.02.2014*

ANEXO

DEFINICIÓN DE LOS CÓDIGOS QUE DEBERÁN UTILIZAR LAS ENTIDADES ASEGURADORAS PARA RESPONDER REQUERIMIENTOS DE ANTECEDENTES EFECTUADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

1. Reclamo Administrativo:

CONTEXP	Adjunta archivo que da respuesta a la solicitud de expediente.
RESPORD	Adjunta archivo que da respuesta a la instrucción contenida en un Oficio Ordinario, informando el cumplimiento.
INTREC	Adjunta archivo interponiendo recurso de reposición.
RESANTAD	Adjunta archivo que contesta una solicitud de antecedentes adicionales efectuada por la Superintendencia.
CONTREPO	Adjunta archivo que da respuesta al traslado de un recurso de reposición.
RESPREPO	Adjunta archivo que da respuesta al recurso de reposición, informando el cumplimiento.
INTRECREV	Adjunta archivo interponiendo recurso de revisión.
CONTREV	Adjunta archivo que da respuesta al traslado de un recurso de revisión.
RESPREV	Adjunta archivo que da respuesta al recurso de revisión, informando el cumplimiento.
ADJANTAD	Adjunta cualquier archivo que no se encuentre entre los anteriores.

2. Juicio Arbitral:

CONTEM	Adjunta archivo que contesta la demanda.
INTEXCEP	Adjunta archivo interponiendo excepción dilatoria.
RESPSENT	Adjunta archivo que da respuesta a la Sentencia, informando el cumplimiento.
INTREC	Adjunta archivo interponiendo recurso de reposición.

RESANTAD	Adjunta archivo que contesta una solicitud de antecedentes adicionales efectuada por la Superintendencia.
CONTREPO	Adjunta archivo que da respuesta al traslado de un recurso de reposición.
CONTAPEL	Adjunta archivo que da respuesta al traslado de un recurso de apelación.
RESPREPO	Adjunta archivo que da respuesta a la reposición, informando el cumplimiento.
INTRECAPE	Adjunta archivo interponiendo recurso de apelación.
RESPAPEL	Adjunta archivo que da respuesta al recurso de apelación, informando el cumplimiento.
ADJANTAD	Adjunta cualquier archivo que no se encuentre entre los anteriores.

Anexo N° 3 Eliminado por Circular IF/N°210, de 05.02.2014

Capítulo VI Procedimientos Operativos de las Isapres

Título I. Garantía que las isapres deben constituir y mantener

La Superintendencia controlará que las isapres cumplan con la constitución y mantención de la garantía, equivalente al monto de las obligaciones relativas a los cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud.

1. Instrumentos financieros

Los instrumentos financieros que las isapres podrán utilizar para la constitución de la garantía son los que se individualizan y regulan a continuación.

Con todo, las isapres deberán mantener, al menos, un 50% de la garantía en los instrumentos señalados en las letras a) a f) siguientes.

Todas las transacciones de los valores e instrumentos en los cuales se mantenga la garantía, sólo se podrán efectuar en los mercados primario o secundario formales, según la definición establecida en el artículo 48 del Decreto Ley N° 3.500, de 1980.

Estos instrumentos podrán ser:

a) Documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República.

La inversión en instrumentos del Banco Central y de la Tesorería General de la República deberá efectuarse en títulos que tengan una liquidez inmediata en el mercado secundario formal.

La inversión en valores del Banco Central deberá realizarse en los siguientes instrumentos:

- Bonos del Banco Central de Chile en pesos (BCP)
- Bonos del Banco Central de Chile en Unidades de Fomento (BCU)
- Pagarés Descontables del Banco Central de Chile (PDBC)
- Pagarés Reajustables del Banco Central de Chile (PRC)

Cualquier otro título que no sea de los enunciados precedentemente y que las isapres quieran incluir en esta categoría, deberá ser informado previamente a esta Superintendencia, acompañando los antecedentes que justifiquen o habiliten su inclusión.

b) Depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos

Las isapres podrán invertir en aquellos títulos cuya emisión haya sido registrada en la Superintendencia de Valores y Seguros.

Las isapres sólo podrán adquirir estos instrumentos una vez aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo a que se refiere el Título XI del Decreto Ley N° 3.500 de 1980, y respecto de bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

Las isapres sólo podrán invertir en depósitos clasificados en el nivel N-1 de riesgo, a que se refiere el artículo 105 del citado Decreto Ley N° 3.500.

c) Cuotas de fondos mutuos en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor a 90 días, nominados en moneda nacional

La inversión en este tipo de instrumentos deberá cumplir las disposiciones de la Ley N° 18.045 y del Decreto Ley N° 1.328, de 1976, y realizarse sólo en aquellos fondos mutuos cuyos valores de las cuotas se expresen en moneda nacional.

Las isapres podrán invertir en cuotas de fondos mutuos de renta fija nacional o extranjera, sujetándose, en este último caso, a lo establecido en la Circular N° 1217, del 29 de mayo de 1995, de la Superintendencia de Valores y Seguros,¹²⁵ o en aquélla que la reemplace.

La valorización diaria de los instrumentos incluidos en esta letra se realizará considerando el valor de cierre de la cuota del día hábil inmediatamente anterior.

d) Boletas de Garantías a la vista emitidas por bancos

Las isapres que constituyan garantía en boletas de garantía a la vista emitidas por bancos deberán sujetarse a lo dispuesto en la Circular N° 3.195, del 4 de octubre de 2002, de la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, o en aquélla que la reemplace.

Para estos efectos, sólo se aceptarán Boletas de Garantías emitidas por bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país y clasificados en Categoría I de gestión y solvencia, por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, según lo establecido al efecto en el Título V de la Ley General de Bancos. La certificación de dicha categoría deberá ser aportada a esta Superintendencia por la isapre respectiva. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

La boleta de garantía deberá contener, como mínimo, las siguientes menciones: nombre y firma del Banco depositario, el nombre del beneficiario y el nombre y RUT del tomador; la obligación que garantiza la boleta; el monto de la suma depositada; el lugar y la fecha de otorgamiento.

Las boletas de garantía deberán ser nominativas, a nombre de la Superintendencia de Salud, agregando el término "NO ENDOSABLE". Con todo, sólo se permitirá el endoso en comisión de cobranza al custodio.

Se emitirán a la vista, debiendo llevar en forma destacada la leyenda "PAGADERA A LA VISTA"; y en moneda nacional, con o sin cláusula de reajustabilidad.

El objeto de la boleta de garantía, y que debe consignarse en la misma, es caucionar las obligaciones con los cotizantes, beneficiarios y prestadores, que se individualizan en los artículos 181 y 183 del DFL N° 1.

Los instrumentos incluidos en esta letra, deberán valorizarse a su valor de emisión.

d) 1. De la sustitución o renovación de las Boletas de Garantía

Las Instituciones de Salud Previsional tendrán la obligación de renovar o sustituir las Boletas de Garantía que mantienen en el o los respectivos bancos, sesenta días antes de su vencimiento.

El plazo establecido viene a cautelar el riesgo propio de la no renovación o sustitución de estos documentos, lo que significaría un déficit de garantía legal.

En caso que las isapres no renueven o sustituyan las Boletas de Garantía con sesenta días de anticipación a su vencimiento, la Superintendencia procederá al respectivo apercibimiento y, en caso de persistir el incumplimiento, tendrá la facultad de hacer efectivos dichos instrumentos procediendo a su cobro dentro del plazo restante para que venzan.

e) Pactos de retrocompra bancarios, respaldados en instrumentos consistentes en documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República y depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos

En los contratos respectivos deberá consignarse expresamente la compra por parte de la isapre y la promesa de retroventa al banco de los instrumentos sobre los cuales se acuerda el pacto. Para todos los efectos legales, durante la vigencia del pacto, los correspondientes instrumentos deberán ser de propiedad de la isapre.

¹²⁵ Circular N° 1.217, de la Superintendencia de Valores y Seguros, "Norma la Inversión de los Fondos Mutuos en títulos emitidos por inversores extranjeros."

Los pactos sólo deberán celebrarse con bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país y clasificados en Categoría I de gestión y solvencia, por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, según lo establecido al efecto en el Título V de la Ley General de Bancos. La certificación de dicha categoría deberá ser aportada a esta Superintendencia por la isapre respectiva. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

Los instrumentos que respaldan los pactos, deben quedar bajo la custodia del banco que realice la función de custodia de la garantía de la isapre y ser depositados en el DCV,¹²⁶ debiendo sujetarse en todo a las instrucciones impartidas específicamente para dichos documentos en las letras a) y b) precedentes.

El plazo del pacto no podrá superar los 30 días corridos.

f) Convenios de créditos en pesos o Unidades de Fomento endosables en que concurren dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción y que el deudor se encuentre clasificado por agencias clasificadoras de riesgo inscritas en el Registro de la Superintendencia de Valores y Seguros, a lo menos, en categoría de riesgo AA

Se entenderá por convenios de créditos, aquellos créditos otorgados por dos o más bancos, además de la isapre, en el cual, bajo un mismo contrato y condiciones de otorgamiento, cada entidad participa en un porcentaje de la colocación del crédito.

Los participantes de los convenios de crédito deberán corresponder a bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país y clasificados en Categoría I de gestión y solvencia, por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, según lo establecido al efecto en el Título V de la Ley General de Bancos. La certificación de dicha categoría deberá ser aportada a la Superintendencia por la isapre respectiva. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

El crédito deberá estar clasificado por los bancos participantes en Categoría A, “crédito de riesgo normal”, conforme a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras.

g) Depósitos a plazo, letras de crédito hipotecarias, bonos y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por bancos

Se podrá invertir en depósitos a plazo con vencimiento a más de un año, letras de crédito hipotecarias y bonos emitidos por bancos. Cualquier otro título de deuda o crédito emitido por bancos, que pueda incluirse en esta categoría, deberá ser sometido previamente a la autorización de esta Superintendencia, acompañando los antecedentes que justifiquen su inclusión en esta categoría.

Las isapres podrán invertir en aquellos títulos cuya emisión haya sido registrada en la Superintendencia de Valores y Seguros.

Sólo podrán adquirirse estos instrumentos una vez aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo y respecto de bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

Sólo podrá invertirse en instrumentos clasificados a lo menos en la Categoría “AA” de riesgo, a que se refiere el artículo 105 del Decreto Ley N° 3500, de 1980.

h) Cuotas de fondos mutuos cuyos activos se encuentren invertidos en valores o activos nacionales

La inversión en estos instrumentos deberá cumplir las disposiciones de la Ley N° 18.045 y del Decreto Ley N° 1.328, de 1976.

En esta categoría, las isapres podrán invertir en los siguientes tipos de fondos mutuos, según las definiciones establecidas en la Circular N° 1578, del 17 de enero de 2002, de la Superintendencia de Valores y Seguros o aquélla que la reemplace:

¹²⁶ DCV: Depósito Central de Valores.

1) Fondo mutuo de inversión en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor o igual a 365 días

Invierte en instrumentos de corto, mediano y largo plazo, con una duración menor o igual a 365 días.

Excluye la inversión en fondos mutuos definida en la letra c) anterior.

2) Fondo mutuo de inversión en Instrumentos de deuda de mediano y largo plazo

Invierte en instrumentos de corto, mediano y largo plazo, con una duración mínima de 365 días.

3) Fondo mutuo mixto

Invierte en instrumentos de deuda de corto, mediano y largo plazo e instrumentos de capitalización.

La valorización diaria de este instrumento se realizará considerando el valor de cierre de la cuota del día hábil inmediatamente anterior, expresado en moneda nacional.

i) Cuotas de fondos mutuos constituidos fuera del país

Estos instrumentos deberán cumplir las disposiciones de la Ley N° 18.045 y del Decreto Ley N° 1.328, de 1976; encontrarse aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo y estar inscritos en el Registro de Valores Extranjeros de la Superintendencia de Valores y Seguros.

En esta categoría, las isapres sólo podrán invertir en los siguientes tipos de fondos, de acuerdo a la definición contenida en la Circular N° 1267, del 15 de septiembre de 2003, de la Superintendencia de Pensiones¹²⁷, o la que la reemplace:

1) Fondos de bonos

Invierte en instrumentos de renta fija de mediano y largo plazo.

2) Fondos de efectivo

Invierte en instrumentos de corto plazo del mercado del dinero (money market), con madurez residual inferior a 12 meses.

La valorización diaria de este instrumento se realizará considerando el valor de cierre de la cuota del día hábil inmediatamente anterior, expresado en moneda nacional.

j) Cuotas de fondos mutuos constituidos en el país, cuyos activos estén invertidos en valores extranjeros

Estos instrumentos deberán encontrarse inscritos en el Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y Seguros y cumplir las disposiciones de la Ley N° 18.045, del Decreto Ley N° 1.328, de 1976 y de la Circular N° 1.217, de la Superintendencia de Valores y Seguros, o aquella que la reemplace.

Para ser considerados dentro de esta categoría, los fondos emisores de estas cuotas deberán tener invertido al menos el 40% de sus activos en valores extranjeros, en caso contrario se clasificarán en la letra h) precedente.

En esta categoría, las isapres sólo podrán constituir garantía en los fondos mutuos que inviertan en los siguientes tipos de instrumentos, sujetándose, al efecto, a lo establecido en las definiciones contenidas en la citada Circular N° 1217:

- Valores emitidos o garantizados por el Estado de un país extranjero o por sus bancos centrales.
- Valores emitidos o garantizados por entidades bancarias extranjeras o internacionales que se transen habitualmente en los mercados locales o internacionales.
- Títulos de deuda de transacción bursátil, emitidos por sociedades o corporaciones extranjeras.

¹²⁷ Actualizado por Circular IF/N°249, de 28 de agosto de 2015.

Además, las isapres sólo podrán constituir garantía en aquellos fondos mutuos que inviertan en países de la Zona Geográfica Desarrollada, según la definición contenida al efecto en la citada Circular N° 1267.

La valorización diaria de estos instrumentos se realizará considerando el valor de cierre de la cuota del día hábil inmediatamente anterior, expresado en moneda nacional.

k) Cuotas de fondos de inversión

Las administradoras de estos fondos de inversión deberán estar constituidas legalmente en Chile y regirse por las disposiciones de la Ley N° 18.045, Ley N° 18.815 y Decreto Supremo N° 864, de 1990, del Ministerio de Hacienda.

Estos instrumentos deberán encontrarse inscritos en el Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y Seguros, de conformidad a la citada Ley N° 18.815 y estar aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo, no pudiendo invertirse en fondos de inversión privados.

Los activos de estos fondos deben estar invertidos solamente en valores nacionales.

l) Bonos, pagarés y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por empresas públicas o privadas

Las isapres podrán invertir en bonos y pagarés emitidos por empresas públicas o privadas. Se pueden incluir en esta clasificación los bonos emitidos por empresas securitizadoras y de leasing.

Cualquier otro título de deuda emitido por dichas entidades, que pueda incluirse en esta categoría, deberá ser sometido previamente a la autorización de esta Superintendencia, acompañando los antecedentes que justifiquen su inclusión en esta categoría.

Las isapres podrán invertir solamente en aquellos títulos cuya emisión haya sido inscrita en el Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y Seguros.

Sólo podrán adquirirse estos instrumentos una vez aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo y respecto de empresas constituidas legalmente en Chile.

Sólo podrá invertirse en instrumentos clasificados a lo menos en la Categoría AA de riesgo, a que se refiere el artículo 105 del Decreto Ley N° 3500, de 1980.

m) Acciones de sociedades anónimas abiertas con presencia bursátil, de acuerdo a los requisitos establecidos por la Superintendencia de Valores y Seguros mediante norma de carácter general y clasificadas como acciones de primera clase, en conformidad a la Ley N° 18.045

Las isapres podrán invertir solamente en aquellas acciones cuya emisión haya sido inscrita en el Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y Seguros y que hayan sido clasificadas como acciones de primera clase según lo establecido en el artículo 91 de la Ley N° 18.045.

Sólo podrán adquirir acciones con presencia o de transacción bursátil, de acuerdo a lo establecido en la Norma de Carácter General N° 103, del 5 de enero de 2001, de la Superintendencia de Valores y Seguros, o en aquélla que la reemplace.

Además, las isapres sólo podrán invertir en aquellas acciones que hayan sido aprobadas por la Comisión Clasificadora de Riesgo y respecto de empresas constituidas legalmente en Chile.

n) Acreencias por concepto de cotizaciones de salud adeudadas por los afiliados o sus empleadores, en el porcentaje que señale la Superintendencia

El monto máximo de las acreencias por cotizaciones adeudadas que podrá utilizarse como garantía, corresponderá al menor valor que resulte de aplicar los siguientes porcentajes:

- El 3% de los Ingresos Operacionales, de acuerdo a la definición contenida en las instrucciones impartidas por esta Superintendencia para la confección y presentación de la Ficha Económica y Financiera de Isapre.
- El 4% del monto total de la garantía exigida.
- 100% de las cotizaciones declaradas y no pagadas (DNP) más el 20% de las cotizaciones no declaradas y no pagadas (NDNP). Éstas últimas deberán corresponder a los tres últimos meses anteriores al mes de envío por parte de la isapre del "Informe para el cálculo de la garantía".

ñ) Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos que no consistan en Pactos de retrocompra bancarios, respaldados en instrumentos consistentes en documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República y depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos

En los contratos respectivos, deberá consignarse expresamente la compra por parte de la isapre y la promesa de retroventa al banco de los instrumentos sobre los cuales se acuerda el pacto.

Para todos los efectos legales, durante la vigencia del pacto, los correspondientes instrumentos deberán ser de propiedad de la isapre.

Los pactos sólo deberán celebrarse con bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país y clasificados en Categoría I de gestión y solvencia, por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, según lo establecido al efecto en el Título V de la Ley General de Bancos.

La certificación de dicha categoría deberá ser aportada a esta Superintendencia por la isapre respectiva. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

Estos pactos podrán celebrarse solamente con los instrumentos descritos en las letras g) y l) precedentes, debiendo sujetarse en todo a las instrucciones específicas impartidas en cada una de estas letras, considerándose entonces los depósitos a plazo a más de un año, letras hipotecarias, bonos y pagarés, emitidos por empresas públicas o privadas.

Los instrumentos que respaldan los pactos, deben quedar bajo la custodia del banco que realice la función de custodia de la garantía de la isapre y ser depositados en el DCV.

El plazo del pacto no podrá superar los 30 días corridos.

o) Convenios de créditos en que concurren dos o más bancos, que no correspondan a Convenios de créditos en pesos o Unidades de Fomento endosables en que concurren dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción y que el deudor se encuentre clasificado por agencias clasificadoras de riesgo inscritas en el Registro de la Superintendencia de Valores y Seguros, a lo menos, en categoría de riesgo AA

En general les serán aplicables las condiciones establecidas en la letra f) precedente.

En todo caso, cualquier convenio de crédito que no corresponda clasificar en la referida letra f), podrá incluirse en la presente categoría, debiendo ser sometido previamente a la autorización de esta Superintendencia, acompañando los antecedentes que justifiquen su inclusión en esta categoría.

p) Otros instrumentos o activos de fácil liquidación que autorice el Superintendente de Salud

Cualquier instrumento financiero que no sea posible clasificar en ninguna de las categorías definidas desde la letra a) hasta la o), deberá ser sometido previamente a la autorización de esta Superintendencia, acompañando los antecedentes que justifiquen su utilización para los efectos previstos en este Título.

Los instrumentos que se clasifiquen en esta categoría, podrán ser utilizados por las isapres a contar del segundo año desde que se constituya -por primera vez- la garantía en los términos instruidos en el presente Título.

2. Límites de inversión

Para constituir la garantía, la isapre deberá considerar los límites por instrumento y emisor establecidos para una situación normal y una de incumplimiento.

Los montos que superen los límites de inversión para cada instrumento o aquellos definidos por emisor, o que no se ajusten a las condiciones y/o requisitos establecidos en el presente Título, no serán considerados para la determinación de la garantía exigida que las isapres deben mantener en virtud de la normativa vigente.

Se considera "Situación de incumplimiento" cuando la isapre mantenga un indicador de liquidez inferior al establecido en el artículo 180 o cuando el patrimonio o la garantía disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 178 y 181, todos del DFL N° 1.

Límites de Inversión por Instrumentos

Instrumentos	Situación normal	Situación de Incumplimiento
a.- Documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República;	100%	100%
b.- Depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos;	100%	100%
c.- Cuotas de fondos mutuos en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor a 90 días, nominados en moneda nacional;	30%	10%
d.- Boletas de garantía a la vista emitidas por bancos;	80%	25%
e.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos indicados en las letras a) y b) precedentes;	70%	50%
f.- Convenios de créditos en pesos o Unidades de Fomento endosables en que concurren dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción (...);	1%	--
g.- Depósitos a plazo, letras de créditos hipotecarias, bonos y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por bancos;	40%	20%
h.- Cuotas de fondos mutuos cuyos activos se encuentren invertidos en valores o activos nacionales;	15%	5%
i.- Cuotas de fondos mutuos constituidos fuera del país;	15%	4%
j.- Cuotas de fondos mutuos constituidos en el país, cuyos activos estén invertidos en valores extranjeros	10%	--
k.- Cuotas de fondos de inversión	1%	--
l.- Bonos, pagarés y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por empresas públicas o	20%	10%

privadas		
m.- Acciones de sociedades anónimas abiertas con presencia bursátil, de acuerdo a los requisitos establecidos por la Superintendencia de Valores y Seguros mediante norma de carácter general y clasificadas como acciones de primera clase, en conformidad a la Ley N° 18.045;	20%	--
n.- Acreencias por concepto de cotizaciones de salud adeudadas por los afiliados o sus empleadores, en el porcentaje que señale la Superintendencia;	2%	--
ñ.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos distintos de los señalados en la letra e);	30%	10%
o.- Convenios de créditos en que concurren dos o más bancos, que no correspondan a los descritos en la letra f);	1%	--
p.- Otros instrumentos o activos de fácil liquidación que autorice la Superintendencia de Salud	5%	--

Notas:

- En situación de incumplimiento, se deberá invertir como mínimo un 50% en los instrumentos señalados en las letras a) y b), considerados conjuntamente.

Límites de Inversión por Emisor
(Máximo % de garantía total que es posible invertir)

Instrumentos	Situación normal	Situación de Incumplimiento
a.- Documentos emitidos por el Banco Central de Chile o por la Tesorería General de la República;	100%	100%
b.- Depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos;	25%	25%
c.- Cuotas de fondos mutuos en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor a 90 días, nominados en moneda nacional;	10%	5%
d.- Boletas de garantía a la vista emitidas por bancos;	25%	15%
e.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos indicados en las		

letras a) y b) precedentes;	25%	20%
f.- Convenios de créditos en pesos o Unidades de Fomento endosables en que concurren dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción (...);	1%	--
g.- Depósitos a plazo, letras de créditos hipotecarias, bonos y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por bancos;	10%	5%
h.- Cuotas de fondos mutuos cuyos activos se encuentren invertidos en valores o activos nacionales;	5%	2%
i.- Cuotas de fondos mutuos constituidos fuera del país;	4%	2%
j.- Cuotas de fondos mutuos constituidos en el país, cuyos activos estén invertidos en valores extranjeros	5%	--
k.- Cuotas de fondos de inversión	1%	--
l.- Bonos, pagarés y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por empresas públicas o privadas	5%	3%
m.- Acciones de sociedades anónimas abiertas con presencia bursátil, de acuerdo a los requisitos establecidos por la Superintendencia de Valores y Seguros mediante norma de carácter general y clasificadas como acciones de primera clase, en conformidad a la Ley N° 18.045;	5%	--
n.- Acreencias por concepto de cotizaciones de salud adeudadas por los afiliados o sus empleadores, en el porcentaje que señale la Superintendencia;	--	--
ñ.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos distintos de los señalados en la letra e);	10%	4%
o.- Convenios de créditos en que concurren dos o más bancos, que no correspondan a los descritos en la letra f);	1%	--
p.- Otros instrumentos o activos de fácil liquidación que autorice la Superintendencia de Salud	5%	--

3. Actualización de la garantía

La fórmula de cálculo de la garantía corresponde a la suma de los siguientes conceptos: prestaciones por pagar, prestaciones en proceso de liquidación, prestaciones ocurridas y no reportadas, prestaciones en litigio, excedentes de cotizaciones, cotizaciones por regularizar, cotizaciones enteradas anticipadamente y las

obligaciones con prestadores derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los cotizantes y beneficiarios de la Institución.

Para lo anterior, deberán tenerse presente las definiciones contenidas en las instrucciones sobre la información financiera requerida para el cálculo de los indicadores de Patrimonio, Liquidez y Garantía, impartidas por esta Superintendencia.

4. Reglas respecto a la garantía

4.1. Informe mensual para el cálculo de la garantía

Las Instituciones deberán remitir mensualmente el “Informe para el cálculo de Garantía” a la Superintendencia, a más tardar el último día del mes siguiente al que se informa. En caso que el último día del mes sea sábado, domingo o festivo, el plazo de entrega corresponderá al día hábil inmediatamente anterior.

El correspondiente informe deberá remitirse de acuerdo a la estructura y formato definido en las instrucciones contenidas en el Compendio de Información.

4.2. Comunicación del monto de garantía mínima a Entidad de Custodia

Las isapres deberán elaborar mensualmente una carta dirigida a la Entidad de Custodia, cuyo formato se incluye en el Anexo N° 2 de este Título, destinada a comunicar en términos formales el monto de la Garantía Mínima a enterar.

Copia de dicha carta deberá ser enviada a la Superintendencia, junto con los Estados Financieros correspondientes, el último día del mes siguiente al cierre contable que se informa. Los plazos que venzan en días sábado o festivo se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

4.3. Solicitud de rebaja de garantía

A partir del momento de entrega del “Informe para el cálculo de la Garantía”, las Instituciones podrán solicitar a esta Superintendencia que rebaje el todo o parte del exceso de garantía, cuando el monto de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores para un mes determinado sea inferior al 100% de la garantía mantenida. Dicha solicitud podrá ser efectuada por las isapres sólo una vez dentro del mes, y en caso que esta Superintendencia lo autorice, informará de tal circunstancia a la isapre y custodio correspondientes, indicando el monto de la garantía que debe mantener en custodia. La isapre que sea autorizada a retirar parte de los instrumentos constituidos en garantía, estará facultada a hacerlo en la oportunidad que lo estime conveniente, siempre que cumpla con la condición de mantener el nivel mínimo de garantía exigida.

4.4. Plazo para completar garantía

En caso que una isapre deba actualizar su garantía, deberá completarla, dentro de los 20 primeros días del mes subsiguiente del que se informa, hasta cubrir a lo menos el 100% de la garantía exigida.

La isapre que no complete la garantía al día veinte del mes subsiguiente del que se informa, quedará inmediatamente sujeta al régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el artículo 221 del DFL N° 1.

5. Procedimiento para pago de obligaciones con fondos de la garantía

Las isapres deberán comunicar a esta Superintendencia su intención de destinar parte de los fondos en garantía al pago de alguna de las obligaciones a que se refieren los números 1 y 2 del inciso primero del artículo 181 del DFL N° 1.

Para dicho efecto deberán remitir un informe detallado de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores que serán pagadas, señalando qué parte de los fondos se destinarán a cubrir dichas obligaciones.

El informe deberá remitirse de acuerdo a la estructura y formato definido en las instrucciones contenidas en el Compendio de Información.

La isapre deberá pagar dichas obligaciones dentro de un plazo de veinte días hábiles, contado desde el quinto día hábil de presentada la comunicación en la Superintendencia. La Institución deberá informar a este Organismo de Control de las gestiones realizadas y los resultados obtenidos, al día hábil siguiente de cumplido el plazo instruido precedentemente.

6. Contrato de depósito, custodia y administración ¹²⁸

Conforme lo dispone el artículo 181 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, los valores que constituyen la garantía de las isapres deben mantenerse en todo momento y en su totalidad en custodia.

Para efectos de la custodia de la garantía, cada isapre deberá celebrar un contrato de depósito, custodia y administración, con una entidad autorizada por esta Superintendencia.

Cuando se trate de los instrumentos financieros indicados en las letras c), h), i), j) y k), del artículo 181 del referido DFL N° 1, las isapres deberán celebrar un contrato de mandato con un banco para la adquisición y administración de estos instrumentos.

El contrato de depósito y custodia que la isapre celebre tendrá por objeto el resguardo de los valores representativos de la garantía de las isapres.

Las isapres son directamente responsables de la completa incorporación de las disposiciones exigidas por esta Superintendencia en el contrato que suscriban y de no contrariarlas por modificaciones posteriores al mismo.

Las estipulaciones que debe contener el contrato a que se refiere el contrato de depósito y custodia, se contienen en el Anexo N° 1 de este Título.

Con todo, esta Superintendencia podrá autorizar en forma expresa la suscripción de convenios que no contemplen alguna de dichas cláusulas, para lo cual deberá acompañarse el contrato respectivo y los antecedentes que justifiquen esta situación.

La isapre deberá remitir a esta Superintendencia de Salud una copia íntegra del contrato de depósito, custodia y administración o su modificación, según sea el caso, a más tardar dentro de los 7 días hábiles siguientes a la firma de estos instrumentos por parte de la isapre y la entidad.

6.1. La entidad de custodia

La entidad de custodia que contrate con la isapre deberá mantener en el Depósito Central de Valores (DCV) todos los instrumentos financieros que sean depositables en esta última entidad.

Para efectos de este Título se entenderá como entidad de custodia a los Bancos constituidos legalmente o autorizados para funcionar en el país y clasificados en la Categoría I de gestión y solvencia, por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, según lo establecido al efecto en el Título V de la Ley General de Bancos. La certificación de dicha categoría deberá ser aportada a esta Superintendencia por la isapre respectiva.

El custodio no podrá estar relacionado con la isapre, entendiéndose que lo están las personas que se indican en el artículo 100 de la Ley N° 18.045, de Mercado de Valores.

Las entidades bancarias privadas que celebren un contrato de custodia con las isapres deben obligarse a observar las reglas que se establecen en los artículos 181, 183 y 194 del DFL N° 1 y las contenidas en las instrucciones de la Superintendencia de Salud en relación a la constitución de la garantía que se contienen en este Título.

6.2. Acerca de los valores en custodia

6.2.1. El control y cobro oportuno de vencimientos, intereses, cupones y dividendos, notificaciones, rescate anticipado y demás operaciones que originen los valores, serán de responsabilidad de las isapres. Además, será de responsabilidad de las referidas instituciones practicar todas las diligencias necesarias para conservar los derechos emanados de los instrumentos que constituyan la garantía y percibir sus frutos.

¹²⁸ Modificado por Circular IF/N°249, del 28 de agosto de 2015

Sin perjuicio de lo anterior, las entidades de custodia podrán hacer efectivos los derechos patrimoniales de las isapres que deriven de los valores recibidos en custodia.

6.2.2. Si el valor de los títulos depositados en custodia importa una disminución de la garantía, que supere una variación de un 2% del valor de la garantía requerida, la isapre deberá efectuar las diligencias necesarias que le permitan cumplir con el monto exigido, a más tardar dentro del día hábil siguiente de haberse producido dicha situación.

Sin perjuicio de lo anterior, cuando se efectúe la renovación de los valores depositados en la cuenta de la garantía, se autorizará que el cobro de cupones se realice durante el día, solamente a las isapres que se encuentren en una situación de normalidad, siempre que con ello el déficit transitorio no supere en conjunto el 5% de la garantía exigida, debiendo, en todo caso, estar completo el monto total requerido al final del día.

Para determinar el valor de la cartera de los instrumentos que las isapres mantienen en custodia, en aquellos casos en que éstos no sean cotizados en mercados activos, las entidades autorizadas para ello deberán considerar la información de uno o más proveedores especializados en la determinación del valor razonable de dichos instrumentos que forman parte de la garantía.¹²⁹

Respecto de la valorización de aquellos instrumentos que no hayan sido aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo establecida en el Título XI del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, deberá tenerse presente lo detallado en el N° 1 de este Título.

7. Monto de la garantía e indicador de liquidez

7.1. Las isapres informarán mensualmente a la Superintendencia y a los custodios, el monto por concepto de garantía que le corresponderá mantener, el cual estará sujeto a las fiscalizaciones que sobre la materia efectúe dicho Organismo Fiscalizador.

En todo caso, las isapres que se encuentren sujetas al régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el artículo 221 del DFL N° 1, deberán mantener, en todo momento, el monto total de la garantía exigida.

7.2. En caso que no se dé cumplimiento al indicador de liquidez definido en el artículo 180 del DFL N° 1, o el patrimonio o la garantía de la isapre disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 178 y 181 del referido cuerpo legal, quedando la institución sujeta al régimen especial de supervigilancia y control establecido en el artículo 221, la isapre deberá modificar la composición de los instrumentos que constituyen la garantía, conforme a lo dispuesto en el artículo 222 del citado cuerpo legal, atendiendo a los límites por instrumento y por emisor referidos precedentemente.

Dicha modificación de cartera deberá efectuarse en el plazo máximo de treinta días corridos, contado desde la fecha en que se remita a esta Superintendencia la información que da cuenta de la situación de incumplimiento.

7.3. La remuneración del custodio, los gastos, impuestos, derechos notariales y cualquier otro costo operacional, como asimismo todos los gastos o desembolsos en que la entidad de custodia deba incurrir con motivo u ocasión del otorgamiento, registro, fiscalización o cumplimiento de las normas que establece este Título, no podrán descontarse de los valores mantenidos en garantía.

7.4. A la fecha de la celebración del contrato con el custodio, la isapre, representada por su Gerente General, deberá informar a la Superintendencia de Salud la nómina de las personas que tengan la calidad de apoderados y que hayan sido designadas para operar con la entidad de custodia, acompañando copia del poder respectivo. La Superintendencia mantendrá un registro especial para estos efectos.

Asimismo, cualquier cambio que se produzca respecto de las personas que se individualizan en la referida nómina deberá ser informado a la Superintendencia dentro del día hábil siguiente de ocurrido este hecho. En tal caso se deberá volver a enviar la nómina completa de todos los apoderados vigentes.

7.5. Las isapres deberán acompañar, cada vez que la Superintendencia lo requiera, informes otorgados por la entidad bancaria de custodia, para el ejercicio de sus funciones de fiscalización.

¹²⁹ Párrafo reemplazado mediante la Circular IF N°251, del 15 de octubre de 2015.

7.6. Al momento de efectuar el depósito de los valores materiales, las isapres no podrán entregar a la entidad de custodia títulos que por su naturaleza deban ser endosados y, cuando se requiera, además, notificados al emisor, sin que previamente se cumpla con éstas formalidades. Por su parte, cuando el ingreso a la entidad de custodia se efectúe con instrumentos inmateriales, bastará el registro electrónico del cargo, en la cuenta de la isapre.

7.7. Las cláusulas o disposiciones pactadas en el contrato, en caso alguno podrán restringir, impedir o limitar las facultades conferidas a esta Superintendencia por la Ley, particularmente en lo relativo a las materias objeto del presente Título.

Anexo N° 1 ¹³⁰

Estipulaciones que debe contener el contrato de depósito, custodia y administración

1. Objeto del contrato

El contrato deberá señalar que su objeto es el depósito y custodia de los títulos o valores, pertenecientes a las Isapres, que constituyen la garantía definida en el artículo 181 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, para que la entidad bancaria los mantenga en custodia, realice su liquidación cuando corresponda y cobre los dividendos e intereses que puedan generar.

2. Características de los Instrumentos

Los instrumentos que constituyen la garantía son inembargables, según lo dispone el inciso final del artículo 181 del DFL N° 1, de 2005, de Salud. En caso de adquirir cuotas de fondos mutuos o acciones deberá dejarse establecido, en el registro pertinente, la prohibición de embargar dichos valores.

3. Normativa aplicable

Los contratantes deberán aceptar expresamente que el contrato de depósito se regirá por las disposiciones contenidas en las Leyes N° 18.045, 18.046, D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, y la Ley General de Bancos, en los reglamentos correspondientes, por las normas dictadas por esta Superintendencia de Salud y por las estipulaciones del contrato.

A fin de evitar los perjuicios que pudiere provocar en los afiliados el retardo en la liquidación de la garantía, se deberá establecer que cualquier estipulación del contrato o de sus modificaciones cuyos efectos o su interpretación entorpezcan las potestades de la Superintendencia de Salud para hacerla efectiva, no producirá efectos en contra de ésta, de manera que siempre podrá ejercerlas ante la entidad autorizada cuando concurren los supuestos legales para ello.

4. Forma en que se realizará la entrega de los instrumentos

La isapre entregará en depósito a la entidad bancaria autorizada, los valores e instrumentos financieros que se detallan en el artículo 181 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, endosándolos en garantía a nombre de la Superintendencia de Salud o de su sucesora legal, los cuales deben estar debidamente identificados, con el objeto de que éste los mantenga en custodia, realice su liquidación cuando corresponda y cobre los dividendos e intereses que puedan generar.

Los instrumentos financieros que constituyan la garantía a que se refiere el artículo 181 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, que por su naturaleza no puedan ser endosados en garantía a nombre de la Superintendencia, deberán constituirse en prenda a favor de ella para garantizar las obligaciones que da cuenta la referida norma.

5. Custodia en el Depósito Central de Valores

El contrato deberá contener la obligación de las entidades de custodia para subcontratar el servicio de custodia con una empresa de depósito de valores, de aquellas reguladas en la Ley N° 18.876, de 1989 y sus modificaciones.

El ingreso y retiro de los títulos en la empresa de depósito de valores se regirá por las normas contenidas en los reglamentos internos de la empresa, que hayan sido aprobadas por la Superintendencia de Valores y Seguros y que no se contrapongan con lo dispuesto en el artículo 181 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, y con las consignadas en el Título I del Capítulo VI de este Compendio de Procedimientos.

¹³⁰ Modificado por la Circular IF N°249, de 28 de agosto de 2015

6. Propiedad de los Instrumentos

Se deberá dejar constancia que en las relaciones entre la entidad de custodia y la Isapre, esta última será la propietaria de los valores e instrumentos financieros cuya custodia se encarga.

7. Facultades de la entidad de custodia

- La isapre deberá facultar expresamente a la entidad de custodia para que en el desempeño de su cometido actúe conforme a sus instrucciones, a objeto de cumplir con las obligaciones del contrato, y otorgarle al efecto las más amplias atribuciones para la ejecución del encargo conferido.
- Con el objeto de habilitar a la entidad de custodia para el cumplimiento de las obligaciones señaladas en el contrato y de las que se derivan de la regulación de esta Superintendencia, la isapre deberá autorizar expresamente al custodio para informar y proceder en los términos señalados en este anexo.

8. Obligaciones de la entidad de custodia

- Verificar diariamente a través de la cartola de movimiento de las cuotas de fondos mutuos el valor de ellos, en el evento que parte de la garantía esté constituida con estos instrumentos.
- Proporcionar a esta Superintendencia el acceso directo en línea a las operaciones que se realicen con los valores depositados en la cuenta de garantía de la isapre.
- Garantizar que los instrumentos no queden en ningún momento sin el adecuado servicio de custodia, debiendo abrir una cuenta de custodia exclusiva por cada isapre para el depósito de los valores que constituyan la garantía. En caso que una isapre entregue al custodio otros valores, que no constituyen la garantía, se deberá abrir para estos efectos otras cuentas. Asimismo, deberá adoptar los resguardos pertinentes para que los valores sean mantenidos en un lugar protegido y seguro mientras permanezca vigente el contrato.
- Mantener un plan de contingencia computacional, operacional y de comunicaciones, que permita la continuidad ininterrumpida de sus servicios. En este sentido, las fallas de funcionamiento en equipos, aplicaciones, cortes de energía, huelgas entre otros, no eximirán al custodio de su responsabilidad en el cumplimiento de las obligaciones que le impone el respectivo contrato.
- Solicitar al DCV los certificados de depósito a petición expresa de la isapre, cuando corresponda.
- Liquidar, a requerimiento de la Superintendencia de Salud, aquellos instrumentos que sea necesario, depositando el valor de ellos en la cuenta corriente que le informe este Organismo, con el objeto de dar cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 194, inciso final, 213 y 221 letra c), del DFL N° 1, de 2005, de Salud, así como a cualquier otra obligación establecida expresamente en la normativa legal.

Asimismo, deberá liquidar o entregar físicamente, a solicitud expresa de este Organismo Fiscalizador, aquellas Boletas de Garantía que no hayan sido renovadas ni sustituidas por las isapres, antes del plazo de sesenta días de su vencimiento, con el objeto que se destinen los fondos resultantes a reponer la garantía mantenida en custodia, en los instrumentos y términos que determine la Superintendencia, según el listado establecido en el artículo 181 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

- En el evento que el registro de la isapre sea cancelado mediante Resolución Exenta de esta Superintendencia, y ésta se encuentre firme, la isapre facultará a esta Superintendencia para hacer efectiva la garantía en los casos indicados por el D.F.L. N°1, de 2005, de Salud. En consecuencia, todos los valores mantenidos en la cuenta de custodia que constituyen la garantía serán liquidados por la entidad de custodia, debiendo depositar los montos resultantes en la cuenta corriente que indique esta Superintendencia, para los efectos de proceder a la liquidación de la garantía, conforme a lo dispuesto en el artículo 183 del DFL N° 1, de 2005, de Salud. En este caso, la isapre tendrá absolutamente prohibido retirar y/o cobrar los instrumentos financieros en custodia.
- La entidad de custodia deberá autorizar la realización de arqueos de los valores mantenidos en custodia, por parte de los auditores externos designados tanto por esta Superintendencia como por la isapre respectiva.

9. Obligaciones de informar a la Superintendencia

El contrato deberá dejar constancia de las siguientes obligaciones de información a esta Superintendencia:

- Cada vez que la entidad de custodia tome conocimiento de que algún valor entregado en depósito y custodia se encuentra sujeto a alguna de las limitaciones mencionadas en el segundo párrafo del numerando 10 siguiente, lo informará a la Isapre, con copia a esta Superintendencia, dentro del día hábil siguiente de haberse detectado el hecho.
- La entidad de custodia deberá informar diariamente, al cierre de la jornada, a la Isapre y a esta Superintendencia, todas las operaciones registradas en la cuenta de custodia, de acuerdo a las especificaciones que esta Superintendencia comunicará en su oportunidad. Dicho informe precisará el valor de mercado que a ese día tienen los títulos e instrumentos que representan la garantía mantenida en la cuenta de la isapre, el que será remitido a los fax y/o correos electrónicos que la isapre y esta Superintendencia designen.
- Las modificaciones de las condiciones generales del servicio de custodia que determine la entidad de custodia que afecten al contrato, deberán ser comunicadas a la Isapre, enviando copia de la comunicación a esta Superintendencia.
- Enviar copia a la Superintendencia de la carta en que se comunique el término del contrato de custodia, de acuerdo con las condiciones establecidas en el contrato, con una antelación mínima de 120 días.

10. Obligaciones de la isapre

- Remunerar al custodio.
- La isapre está obligada a verificar la autenticidad e integridad de todos los valores que entregue en depósito y custodia a la entidad autorizada; que éstos no se encuentren en mal estado material, o hayan sido dados en garantía o se encuentren afectos a embargo, litigio, medidas prejudiciales o precautorias, gravámenes, prendas o cualquier otro derecho real, sin perjuicio de la responsabilidad que le pudiere caber a las entidades de custodia conforme a la normativa vigente.
- La admisión a depósito y custodia por parte de la entidad de custodia no liberará a la isapre, en modo alguno, de sus responsabilidades al respecto.
- Las isapres deberán comunicar a las entidades de custodia, el retiro de títulos, con la anticipación que se señale en el contrato y de acuerdo con las normas establecidas por esta Superintendencia de Salud.

11. Prohibición que afecta a la Isapre

La Isapre no podrá retirar los títulos depositados en custodia, si con ello dejan de cumplirse los montos mínimos de garantía exigida. Será responsabilidad de la Isapre el cumplimiento de dichos montos mínimos.

12. Prohibición que afecta a la entidad de custodia

La entidad de custodia no podrá autorizar el retiro de los títulos depositados en custodia, si con ello dejan de cumplirse los montos mínimos de garantía exigida.

13. Destinación de la garantía al pago de obligaciones

La Isapre deberá comunicar a la Superintendencia y a la entidad de custodia su intención de que parte de los fondos en garantía sean destinados al pago de alguna de las obligaciones establecidas en los números 1 y 2 del artículo 181. Si transcurridos cinco días hábiles la Superintendencia no se pronuncie sobre tal operación, se entenderá que ella puede llevarse a efecto, debiendo la entidad de custodia liquidar aquellos instrumentos que la Isapre le indique.

14. Término del contrato

En caso de término de contrato de custodia, por alguna de las causales previstas en la misma convención, las partes se obligan a comunicar dicha situación por carta certificada, con copia a esta Superintendencia, con una anticipación mínima de 120 días a la fecha en que producirá sus efectos dicho término de contrato. En todo caso, cualquiera sea la causal de término de contrato, la isapre no se exonerará de las obligaciones contenidas en el Título I del Capítulo VI de este Compendio.

Transcurrido el plazo indicado, la entidad de custodia traspasará los valores en depósito al banco custodio con el cual la Isapre haya suscrito un nuevo contrato, previa información a esta Superintendencia.

15. Modificaciones del contrato

Las partes deberán convenir en que toda modificación del contrato deberá ser efectuada por escrito, remitiéndose copia de ella, a esta Superintendencia, a más tardar dentro de los 7 días hábiles siguientes a su realización.

16. Resolución de Controversias

Las controversias que se susciten con motivo del contrato de custodia serán resueltas a través de un árbitro arbitrador, el que será designado de común acuerdo por las partes, en caso que dicho acuerdo no se alcance, será nombrado por el Superintendente de Isapres.

17. Ejemplares

El contrato se deberá firmar en tres ejemplares, quedando uno en poder de esta Superintendencia.

Anexo N° 2 ¹³¹

FORMATO CARTA CUSTODIOS

LOGO ISAPRE

Santiago, DD de MM de AAAA

Carta N°

Sr. (a)

Nombre Representante Titular Entidad Custodia

Nombre Entidad Custodia

Presente

Ref.: Informa Monto de la Garantía Mínima a Enterar.

De nuestra consideración:

Informamos a usted que en cumplimiento de lo establecido en el Artículo N° 181, del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud y en la normativa emitida por la Superintendencia de Salud, hemos procedido a determinar el monto de la garantía exigida en base al cierre contable realizado al DD de MM de AAAA.

De acuerdo a la información financiera – contable, del período señalado en el párrafo precedente, el monto de garantía mínima exigida que debe mantener esta isapre asciende a M\$ (Debe expresar cifra en miles de \$).

(Dependiendo del monto de la garantía mantenida en custodia, la isapre debe indicar lo establecido en los siguientes párrafos).

- Si la Garantía mantenida en custodia no cubre el monto de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud debe decir:

Dado que al DD de MM de AAAA (día anterior al de la fecha de emisión de la carta), Isapre (Debe indicar razón social de la isapre), mantiene una garantía en custodia por un monto ascendente a M\$ (Debe expresar cifra en miles de \$), el cual resulta insuficiente para cubrir el total de la deudas con los cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud, esta institución de salud, procederá a enterar en esa entidad de custodia, el monto faltante para completar el 100% de la garantía exigida, a más tardar el día 20 del mes de (Debe indicar el mes subsiguiente al período contable sobre el cual se determinó el monto de la garantía exigida), o bien, el día hábil siguiente en caso que dicha fecha correspondiese a un día sábado, o festivo.

- Si la Garantía mantenida en custodia cubre el monto de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud debe decir:

Dado que al DD de MM de AAAA (día anterior al de la fecha de emisión de la carta), Isapre (Debe indicar razón social de la isapre), mantiene una garantía en custodia por un monto ascendente a M\$ (Debe expresar cifra en

¹³¹ Modificado por la Circular IF/N°249, del 28 de agosto de 2015

miles de \$), el cual resulta suficiente para cubrir el total de la deudas con los cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud, en esta oportunidad no será necesario enterar un mayor monto de garantía.

Cabe hacer presente, que el monto de la garantía mínima exigida determinada por esta institución de salud, puede experimentar modificaciones ante los cambios en el nivel de deudas afectas a garantía, que deriven de la fiscalización y revisiones que realice la Superintendencia de Salud a nuestra información financiera.

Finalmente, informamos a usted que una copia de la presente nota fue remitida en esta misma fecha, a la Superintendencia de Salud, en cumplimiento de las instrucciones impartidas.

Sin otro particular.

Nombre y Firma
Gerente General
ISAPRE XXX

Nombre y Firma
Contador General
ISAPRE XXX

C.C.: Departamento de Fiscalización (o el que lo reemplace) / Superintendencia de Salud.”

Título II. Acerca de las prohibiciones de los artículos 173 y 176 del DFL N° 1, y de la obligación de informar a la Superintendencia de Salud¹³²

1) Los miembros del Directorio, Consejo de Administración, Consejo Directivo o entidad similar, la alta gerencia y los ejecutivos clave de las funciones de control de una Institución de Salud Previsional, en ningún caso podrán ejercer alguno de dichos roles, en forma simultánea, en prestadores de salud, ni tener injerencia en la administración de los mismos.

2) Conjuntamente con la información del hecho relevante del nombramiento de cualquier nuevo director, gerente, administrador, apoderado o representante legal, las isapres deberán adjuntar una declaración jurada, reducida a escritura pública o debidamente protocolizada, de que a estos no les afecta ninguna de las prohibiciones referidas en el artículo 176 del DFL N° 1.

Sin perjuicio de la responsabilidad personal de cada declarante, las isapres deberán adoptar todas las medidas conducentes a verificar la efectividad de la declaración jurada y mantener a disposición de la Superintendencia un certificado de antecedentes para fines especiales emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación que acredite la no concurrencia de la causal del artículo 176 N° 1 del DFL N° 1, respecto de cada declarante (directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales) y un certificado de no figurar éstos en el Registro de Quiebras emitido por la Superintendencia de Quiebras para los efectos de lo dispuesto en el N° 2 del artículo 176 del citado decreto.

De sobrevenir una prohibición que afecte a algún director, gerente, administrador, apoderado o representante legal, será responsabilidad de la isapre informar de este hecho relevante, dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho o desde que se tenga conocimiento de él, y adoptar las medidas pertinentes.

Cabe hacer presente que los agentes de ventas de las isapres no están considerados entre quienes están afectos a las prohibiciones establecidas en el artículo 176 del DFL N° 1, de manera que a ellos no les resulta exigible la declaración referida en el párrafo precedente.

¹³² Circular IF N° 211, 07.02.2014, Imparte instrucciones sobre la prohibición que tienen las instituciones de salud previsional de participar en la administración de prestadores

Título III. Información médica de los beneficiarios de isapre¹³³

El manejo de la información que las isapres requieran para el otorgamiento de los beneficios legales y contractuales que les sean requeridos se regirán por las instrucciones que se indican.

134

1. Procedimiento de registro y el Registro de Médicos Revisores de Fichas Clínicas¹³⁵

1.1. Requisitos para ser incorporado al Registro

Los médicos cirujanos que requieran ser incorporados al registro que lleva la Superintendencia de Salud para efectos de ser designados como médicos revisores de fichas clínicas, en conformidad al artículo 189 del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud, deben reunir los siguientes requisitos:

- a) Poseer el título de médico cirujano otorgado por un Establecimiento de Educación Superior, validado según la ley chilena.
- b) Suscribir y acompañar el documento denominado “Formulario de Solicitud de Registro” y la “Declaración Jurada Simple”, cuyos formatos y contenidos se encuentran establecidos en los Anexos N° 1 y 2, respectivamente, del presente Título, los que estarán a disposición del público general en el sitio web de la Superintendencia de Salud (www.supersalud.gob.cl).
- c) Adjuntar a la solicitud los documentos señalados en el numeral 1.5 de este Título.

1.2. Pronunciamiento de la Superintendencia de Salud respecto a la solicitud de Inscripción en el Registro

La Superintendencia se pronunciará respecto de la solicitud de inscripción mediante una resolución que será notificada personalmente al solicitante, por carta certificada al domicilio que éste fije en el Formulario de Solicitud de Registro de Médicos Revisores de Ficha Clínica, contenido en el Anexo N°1 de este Título.

Será responsabilidad exclusiva de los médicos inscritos, informar por escrito y oportunamente a la Superintendencia de Salud respecto de cualquier cambio en los antecedentes que forman parte del “Formulario de Solicitud de Registro”, contenido en el Anexo N°1 de este Título.

La sola aceptación e incorporación de médicos cirujanos al Registro, no genera vínculo laboral, funcionario o contractual alguno entre dichos profesionales y la Superintendencia de Salud. En consecuencia, la inclusión de un médico cirujano en éste, sólo da cuenta del cumplimiento de un requisito habilitante para la revisión de las fichas clínicas de los prestadores de salud, públicos o privados, en la situación prevista en el artículo 189 del DFL N° 1, de 2005, de Salud. Asimismo, la inscripción de un médico cirujano en el mencionado registro no certifica especialidad alguna.

¹³³ Circular IF N° 211, 07.02.2014, Imparte instrucciones sobre la prohibición que tienen las instituciones de salud previsual de participar en la administración de prestadores

¹³⁴ N°1 original, eliminado por Circular IF N°152/2011

¹³⁵ Numeral agregado por la Circular IF/N°240, de 18 de febrero de 2015.

1.3. Causales de Rechazo de la Inscripción

La Superintendencia de Salud denegará la inscripción en el Registro cuando el solicitante no cumpla con alguno de los requisitos exigidos en el numeral 1.1 que antecede.

1.4. Eliminación de la Inscripción en el Registro

La eliminación de la inscripción en el Registro ocurrirá por:

- a) La muerte del médico registrado;
- b) La renuncia al Registro, conforme a lo establecido en el numeral 1.6 de este Título;
- c) El incumplimiento o pérdida de algunos de los requisitos establecidos por la Superintendencia de Salud para pertenecer al Registro, señalados en el numeral 1.1 de este Título; o
- d) El haber sido condenado por infracción relacionada con la disposición legal del artículo 110 N° 17, inciso segundo, del DFL 1, del 2005, de Salud, o por algún crimen o simple delito en contra de la fe pública, falsificaciones, falso testimonio y perjurio, contenidos en el Título IV, del Libro II, del Código Penal.

1.5. Solicitud de inscripción en el Registro

Para efectuar la inscripción en el Registro de Médicos Cirujanos que podrán ser designados para revisar las fichas clínicas, el solicitante deberá llenar todos los datos requeridos en el “Formulario de Solicitud de Registro” y suscribir la “Declaración Jurada Simple”, cuyos formatos y contenidos se encuentran en los Anexos N° 1 y 2, respectivamente, de este Título, estando ambos a disposición del público general en el sitio web de la Superintendencia de Salud (www.supersalud.gob.cl).

Para el sólo efecto de acreditar la calidad de médico cirujano, el requirente deberá acompañar a su presentación los siguientes documentos:

- a) Un certificado de título o cualquier documento oficial en el que conste su condición de médico cirujano, los que deberán ser otorgados por un Establecimiento de Educación Superior, validado conforme a las leyes chilenas.
- b) Fotocopia autorizada de su Cédula de Identidad.
- c) Certificado de Especialidad o Subespecialidad, si correspondiere.

Todos los documentos mencionados deben ser presentados personalmente o enviados a través de carta certificada, a elección del solicitante, a la Oficina de Atención de Público de la Superintendencia de Salud, cuya dirección se mantendrá actualizada en el sitio web de ésta (www.supersalud.gob.cl).

La falta de alguno de los antecedentes exigidos, impedirá el registro.

No será necesario acompañar los documentos indicados en las letras a) y c) precedentes si el médico cirujano se encuentra inscrito en el Registro de Prestadores Individuales de acuerdo a lo establecido en el artículo 121 N° 6 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

1.6. Actualización de antecedentes y renuncia al Registro

Si el profesional inscrito desea actualizar sus antecedentes en el Registro o renunciar a éste, deberá enviar una solicitud por escrito y bajo firma del interesado, en la que exprese tal decisión, a la Superintendencia de Salud.

1.7. Entidad a cargo del Registro

La entidad o responsable a cargo del Registro será la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

2. Médico revisor de fichas clínicas

En el evento que una isapre considere que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica.

2.1. Designación

El médico cirujano que se designe para la revisión de fichas clínicas a solicitud de las isapres, en conformidad a lo dispuesto en los incisos 7° y 8° del artículo 189 del DFL N° 1, deberá estar inscrito en el Registro que la Superintendencia ha habilitado para tales efectos en el sitio www.supersalud.gob.cl, conforme al numeral 1 del presente Título.¹³⁶

2.2. Forma y términos del encargo

Las isapres determinarán la forma en que celebrarán el acuerdo con el médico que designen para la revisión de la ficha clínica, así como las condiciones y términos del mismo, el que, no obstante, deberá ajustarse estrictamente a las disposiciones de la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y a las instrucciones que esta Superintendencia emita con el propósito de velar por la debida protección del derecho a la privacidad de los beneficiarios del Sistema de Salud y del derecho a la información de las isapres.

Asimismo, deberán tener presente lo dispuesto en el inciso 8° del artículo 189 del DFL N° 1, en términos de plazos, para otorgar una oportuna respuesta al afiliado.

La labor del médico revisor se limitará al examen personal de la ficha clínica, esto es, la lectura, toma de conocimiento y/o transcripción de la información directamente relacionada con la determinación u otorgamiento de el o los beneficios de salud objeto de análisis, por lo que dicho profesional deberá abstenerse de la reproducción de la ficha clínica -a menos que en ella conste sólo información vinculada estrictamente con la revisión solicitada- la calificación de la eficiencia de la práctica médica o la apreciación sobre aspectos éticos.

Tanto la Institución de Salud como el médico contratado para efectuar la revisión deberán tener presente, en todo momento, la inhabilitación de éste en el evento de plantearse un conflicto de intereses.

En caso que la situación lo amerite, esto es, cuando el listado carezca de un médico cirujano en la región donde se deba efectuar la revisión, o bien se requiera prevenir un conflicto de intereses, la isapre podrá designar a un médico del registro que estará facultado para efectuar la revisión, en un lugar distinto al de conservación de la ficha. Para ello, la isapre deberá enviar una Carta de Presentación dirigida al Director Técnico del prestador privado o al Director del Establecimiento del prestador público, según sea el caso, dando cuenta, adicionalmente, de la situación especial por la cual se requiere el envío de la copia fidedigna de la ficha clínica.

En todo momento se deberá tener presente que la petición se fundamenta expresamente en el otorgamiento, determinación o financiamiento de un beneficio de salud.

En los casos citados precedentemente, la isapre y el médico cirujano designado serán los responsables de mantener la información recibida en absoluta reserva, desarrollando e implementando procedimientos que permitan cautelar la privacidad y confidencialidad de ésta, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 19.628.

2.3. Carta de presentación del médico revisor ante el prestador

La isapre deberá proporcionar al médico revisor una carta de presentación elaborada previamente, y en cuyo contenido se le faculta para desempeñar la comisión encargada.

Respecto a la carta de presentación, ella deberá registrar la individualización de la isapre responsable y deberá contener, a lo menos, el nombre completo del médico revisor, su RUT y número de registro otorgado por la Superintendencia. Este último corresponde al número de la Resolución que acredita la incorporación del profesional de la salud al Registro -antecedente que está informado en la página web de la Superintendencia en la sección que contiene el listado de dichos profesionales-.

¹³⁶ Párrafo modificado por Circular IF/N°240, de 18 de febrero de 2015.

Del mismo modo, se deberá citar la disposición legal que faculta a la isapre para comisionar la revisión y además, se deberá identificar al paciente cuya ficha clínica se requiere revisar.

La carta deberá ser firmada por el Médico Jefe de la Unidad de Contraloría Médica de la isapre, o en su defecto por el jefe de la unidad a cargo de la visación de órdenes de atención y/o programas médicos.

Con el objeto de facilitar la revisión y el cumplimiento oportuno del cometido, tal documento deberá presentarse al Director Técnico del prestador privado o al Director del Establecimiento que corresponda, en el caso de un prestador público, o bien, a quien haya sido designado para tales efectos.

Será obligación de la isapre dar aviso formal al prestador público o privado, respecto de la finalización de la labor del médico revisor.

2.4. Formalidades del informe del médico revisor

El informe que el médico revisor emita deberá constar por escrito y limitarse a los aspectos relacionados con la cuestión surgida entre la isapre y el afiliado y/o beneficiario, la que deberá ser claramente especificada en la solicitud efectuada.

No se podrán requerir informes sobre antecedentes médicos registrados en la ficha clínica, relativos a problemas de salud de los cuales pueda ser portador el paciente, y que no digan directa relación con el problema respecto al cual se requirió el informe.

La información que surja de la ficha clínica y que esté incluida en el informe, tiene el carácter de dato sensible, de acuerdo a la Ley N° 19.628, de manera que se encuentra prohibida su utilización para fines distintos al otorgamiento o determinación de los beneficios de salud que hubiere impetrado el beneficiario de la isapre.

Asimismo, la isapre deberá implementar los procedimientos administrativos que permitan resguardar la privacidad y confidencialidad de la información que hubiesen requerido y recibido en el informe del médico.

2.5. Contenido del informe del médico revisor

La isapre requerirá al médico que su informe contenga a lo menos la siguiente información, según corresponda:

- Nombre, RUT y edad del paciente
- Número de ficha
- Diagnóstico y fecha primer diagnóstico relacionado con la patología en discusión
- Resumen de la anamnesis en lo que se refiera a la patología en discusión
- Plan terapéutico diseñado
- Breve resumen de la evolución clínica de la patología en discusión
- Médico(s) tratante(s) y su (s) especialidad (es)
- Fecha de consulta y/o control
- Fecha de ingreso y egreso de la hospitalización
- Diagnóstico(s) de egreso relacionado con la patología en discusión
- Indicaciones al alta relacionados con la patología en discusión

En el evento que se trate de una urgencia vital o secuela funcional grave se deberá incluir la siguiente información:

- Fecha y diagnóstico de ingreso
- Antecedentes sobre motivo de ingreso, hallazgos al examen físico, resumen de la evolución y fecha de la estabilización
- Resumen del tratamiento
- Resumen de exámenes pertinentes

En el evento de haberse practicado una cirugía cuya certificación sea materia de investigación de la isapre se deberá incluir la siguiente información:

- Número del Protocolo Operatorio
- Fecha de la Cirugía
- Duración de la Cirugía
- Diagnóstico(s) Pre-operatorios
- Diagnóstico(s) Post-operatorios
- Listado de los procedimientos realizados en la cirugía (sin codificar)
- Resumen detalles operatorios

2.6.¹³⁷

3. Procedimiento que deberán adoptar las isapres frente a requerimientos de datos sensibles de sus cotizantes y beneficiarios¹³⁸

3.1. Generalidades

Las isapres, están habilitadas legalmente para efectuar tratamiento de datos sensibles relativos al estado o condición de salud de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios, con el objeto de proceder a la determinación y otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a los titulares de dichos datos.

Como consecuencia de lo señalado, las isapres deben velar porque los datos sensibles de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios sean utilizados sólo para los fines para los que han sido recolectados, al tenor de lo previsto en el artículo 9 de la Ley N° 19.628.

3.2. Requerimientos formulados entre isapres

En el evento que una isapre fuese requerida por otra para comunicar, ceder, transferir, transmitir u otro tipo de operación que derive en el acceso o conocimiento de datos sensibles de alguno de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios, podrá acceder a dicha solicitud, a condición de que el requerimiento se formule por escrito, precise la información requerida, sea suscrito por alguno de los profesionales habilitados por la aseguradora para dichos efectos y se fundamente expresamente en el otorgamiento, determinación o financiamiento de un beneficio de salud, el que deberá señalarse con precisión.

Las isapres se abstendrán de proporcionar información para otros fines que los expresamente mencionados, tales como el otorgar información para efectos de afiliación, a menos de contar y proceder con la autorización expresa del titular de la información, en los términos expresados en el 3.3 de este Título.

¹³⁷ Eliminado por Circular IF/N° 240, de 18 de febrero de 2015

¹³⁸ Modificado por Circular IFN°232, de 11.11.2014

3.3. Requerimientos formulados por terceros

En el evento que una isapre fuese requerida por un tercero para comunicar, ceder, transferir, transmitir u otro tipo de operación que derive en el tratamiento de datos sensibles de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios, deberá abstenerse de acceder a dicha solicitud, cualquiera sea la causa invocada como fundamento de la petición, a menos que el titular de los datos consienta expresamente en ello y autorice que se proporcione la información.

Dicha autorización deberá ser otorgada por el titular de los datos sensibles o por su representante legal, a la isapre, por escrito, en términos claros y explícitos, precisando los datos que el asegurador podrá entregar o informar, y con plena individualización del beneficiario y/o ex beneficiario, cuando corresponda.

Debido al carácter personal de la autorización, un cotizante no podrá autorizar el tratamiento de datos sensibles de uno de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios de su contrato de salud, a menos que sea su representante legal.

Las autorizaciones para que una isapre pueda tratar datos sensibles de un beneficiario y/o ex beneficiario, deben otorgarse caso a caso y la autorización se extingue una vez cumplido su objeto.

La autorización no podrá otorgarse en términos generales ni para eventos futuros.

La autorización es esencialmente revocable por quien la hubiese otorgado, salvo que la revoque de manera intempestiva, es decir, una vez que la autorización haya producido sus efectos o cuando la isapre haya actuado conforme a ella.

3.4. Requerimientos formulados por compañías de seguros

En caso que una compañía aseguradora o un liquidador de siniestro, en su caso, requiera de una isapre la comunicación de cualquier tipo de información que pueda derivar en el tratamiento de datos sensibles respecto de un beneficiario o ex beneficiario, ésta podrá entregar la información solicitada bajo responsabilidad del requirente, siempre que éste acredite previamente la autorización para solicitar dicha información del titular de los datos o de sus herederos.

Conforme a las normas específicas en relación a los seguros regulados por la Superintendencia de Valores y Seguros, la autorización podrá otorgarse en la propuesta de seguro, solicitud de incorporación, póliza, denuncia de siniestro, o en otro documento autorizado especialmente por dicha Superintendencia.

Si la isapre requerida considera insuficiente la autorización invocada, se podrá proceder con la autorización expresa del titular de la información, en los términos expresados en el 3.3 de este Título.

3.5. Requerimientos formulados por las Administradoras de Fondos de Pensiones

Las Administradoras de Fondos de Pensiones están facultadas para requerir a las isapres información sobre la fecha de inicio y término de una licencia médica que haya generado derecho a subsidio por incapacidad laboral a la fecha de ejecutoria de un dictamen de invalidez, y sobre las patologías invocadas en la misma, debiendo las aseguradoras proporcionar la información requerida.

Cabe precisar que, conforme dispone el N°1, del Título II, del Capítulo II “De los Subsidios por Incapacidad Laboral”, del Compendio de Beneficios, contenido en la Circular IF/N°77, 25.07.2008, las AFP solicitarán la información señalada precedentemente dentro del plazo de dos días hábiles, contado desde que reciban el dictamen de invalidez ejecutoriado y acompañarán copia del mismo.

En cumplimiento a la referida instrucción, las isapres deberán proporcionar la información solicitada en un plazo no superior a siete días contados desde la fecha de recepción del requerimiento.

3.6. Entrega de información de cotizantes y/o beneficiarios o beneficiarias desde las isapres a los establecimientos privados de venta, arriendo, distribución o entrega de artículos, insumos y/o medicamentos de apoyo terapéutico y medidas de resguardo de dicha información

3.6.1. Transmisión segura de información

La información relativa a los beneficiarios y beneficiarias de las isapres y que deba ser entregada a los establecimientos privados de venta, arriendo, distribución o entrega de artículos, insumos y/o medicamentos de apoyo terapéutico (tales como centros de órtesis, centros de terapia respiratoria, farmacias, ópticas, entre otros) en virtud de los convenios que hubiesen suscrito o que en el futuro suscriban, para el otorgamiento de los beneficios de salud legales y contractuales, deberá transmitirse mediante un mecanismo que asegure la protección adecuada de la misma, evitando, en cuanto sea posible, el acceso del prestador a antecedentes de la persona beneficiaria que tengan el carácter de datos sensibles, a la luz de la definición contenida en la letra g) del artículo 2° de la Ley N° 19.628.

3.6.2. Mecanismos de protección y actualización de la información

Las isapres adoptarán los mecanismos que permitan resguardar la totalidad de la información y, en particular, aquella que contenga datos sensibles, de manera que los prestadores con quienes han suscrito o suscriban convenios para el otorgamiento de los beneficios de que se trate, sólo accedan a la información mínima e indispensable que permita entregar dichos beneficios.

Además, adoptarán los resguardos conducentes a que la información de que dispongan los prestadores mencionados sea fidedigna y lo más actualizada posible, a objeto de que los beneficiarios vean satisfecho el acceso a los beneficios que les correspondan.

3.6.3. Cláusula contractual

Las isapres deberán incorporar a todos aquellos convenios vigentes, o que suscriban en el futuro, con los prestadores a que se refieren estas instrucciones, una cláusula que establezca la responsabilidad del prestador en relación al manejo y tratamiento de las bases de datos de sus beneficiarios y beneficiarias, y muy particularmente en relación a la información que contenga datos sensibles, con el objeto de precaver la ocurrencia de eventos que generen perjuicios de cualquier naturaleza a las personas de cuya información se trate.

3.7. Procedimientos de resguardo de información

Las isapres deberán desarrollar e implementar procedimientos administrativos que permitan resguardar la privacidad y confidencialidad de la información que hubiesen requerido y recibido para los fines definidos en este Título e identificar a los funcionarios responsables de su manejo y control.

La información acerca de los procedimientos y responsables deberá estar permanentemente a disposición de esta Superintendencia.

Anexo N°1¹³⁹



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO
 REGISTRO DE MEDICOS REVISORES DE FICHA CLÍNICA
 ANTECEDENTES PERSONALES**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
NACIONALIDAD	CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO		

ANTECEDENTES PROFESIONALES

UNIVERSIDAD QUE OTORGÓ TITULO DE MÉDICO CIRUJANO
IDENTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD (SI NO TIENE ESPECIALIDAD INDICAR TEXTUALMENTE "SIN ESPECIALIDAD")
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA LA ESPECIALIDAD
IDENTIFICACIÓN DE SUBESPECIALIDAD (SI NO TIENE SUBESPECIALIDAD INDICAR TEXTUALMENTE "SIN SUBESPECIALIDAD")
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA LA SUBESPECIALIDAD

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE DESEMPEÑA PRINCIPALMENTE

Cualquiera sea la relación laboral o contractual con el o los prestadores de salud en que se desempeñe, entendiéndose por tales: clínicas, hospitales, centros médicos, consulta médica privada, etc.(especificar con un "no" si no se desempeña en un prestador de salud)

¹³⁹ Anexo agregado por Circular IF/N°240, de 18 de febrero de 2015.

UBICACIÓN DEL LUGAR DONDE SE DESEMPEÑA

DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO (CALLE Y N°)	
LOCALIDAD, PROVINCIA O REGIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL	
TELÉFONO(S) DE CONTACTO	
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	(ESPECIFICAR CON UN "NO" SI NO TIENE CORREO ELECTRÓNICO)

Anexo N°2¹⁴⁰

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

En _____ a _____ de _____ de 20____ Yo,
_____, cédula de identidad
N° _____

DECLARO:

1. Que todos y cada uno de los datos consignados en el Formulario de Solicitud son efectivos.
2. Que me comprometo a inhabilitarme para revisar una ficha clínica, cuando ello me signifique la pérdida de la independencia necesaria que requiere la ley, evitando un conflicto de intereses, como por ejemplo:
 - Tener una relación de amistad íntima o enemistad con el paciente, médico tratante, integrantes del equipo médico o médico que efectuó la certificación cuestionada, situación que pudiera implicar un cuestionamiento de mi desempeño;
 - Tener parentesco por consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo grado con el paciente, médico tratante o médico que efectuó la certificación cuestionada;
 - y, en general, tener interés personal en el asunto de que se trate o representar los intereses que directamente pudiese tener la Isapre o el paciente en cuestión; ser administrador de la sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con alguno de los interesados.
3. Que estoy en conocimiento de la disposición legal del artículo 110 número 17, inciso segundo, del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que señala: "Las personas que incurran en falsedad en la certificación de enfermedades, lesiones, estados de salud, en las fechas de los diagnósticos o prestaciones otorgadas, serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal".
4. Que no he sido condenado por infracción relacionada con la disposición legal del artículo 110 N° 17, inciso segundo, del DFL 1, del 2005, de Salud, o por algún crimen o simple delito en contra de la fe pública, falsificaciones, falso testimonio o perjurio, contenidos en el Título IV, del Libro II, del Código Penal.
5. Que estoy en conocimiento de que la incorporación al Registro no importa vinculación de ninguna especie con la Superintendencia de Salud.
6. Que estoy en conocimiento de que toda la información contenida en la(s) ficha(s) clínica(s), cuya revisión me pueda ser encargada, es considerada como dato sensible, de conformidad a lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la Ley 19.628 y el artículo 12 de la Ley 20.584.

Firma (de puño y letra)

¹⁴⁰ Anexo agregado por Circular IF/N°240, de 18 de febrero de 2015.

Título IV. Agentes de ventas de las isapres¹⁴¹

I. Registro de agentes de ventas

1.-Disposiciones Generales

En conformidad al artículo 170, letra I) del DFL N°1, de 2005, de Salud, es agente de ventas, la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción, modificación o terminación de los contratos de salud previsional.

La Superintendencia mantendrá un Registro en el que deberán ser inscritas todas aquellas personas que, cumpliendo con los requisitos establecidos en el artículo 177 del DFL N°1, de 2005, de Salud, deseen desempeñarse como agentes de ventas de una isapre, independientemente de su denominación o cargo en la institución.

Es indelegable en terceros la ejecución de los procesos de negociación, suscripción y modificación de contratos de salud que debe realizar un agente de ventas como representante de la isapre.

2. Requisitos para la incorporación al Registro de Agentes de Ventas

La incorporación de un agente de ventas al Registro se efectuará sólo por la isapre habilitante.

Para solicitar la incorporación al Registro de un agente de ventas, la isapre habilitante deberá acreditar que éste cumple con los siguientes requisitos:

- a) Ser chileno o extranjero radicado en Chile con carné de extranjería al día;
- b) Ser mayor de edad;
- c) Contar con los conocimientos suficientes sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional, y
- d) Estar en posesión de licencia de educación media o estudios equivalentes.

Los requisitos establecidos en las letras a) y b) precedentes deberán acreditarse con un certificado de nacimiento o fotocopia legalizada del carné de identidad. Tratándose de un postulante de agente de ventas extranjero, deberá acompañarse un certificado de permanencia definitiva y fotocopia legalizada de cédula de extranjería al día.

Para acreditar el requisito establecido en la letra c), concerniente a los conocimientos suficientes sobre el sistema de isapres, la institución deberá acompañar un certificado que dé cuenta que el agente de ventas cursó y aprobó una capacitación en la materia, en los términos establecidos en el punto 3 siguiente "Capacitación y Evaluación de Conocimientos en Materias Relativas al Sistema Isapres". El mencionado certificado deberá cumplir con las exigencias establecidas en el punto 3.7 siguiente.

El requisito establecido en la letra d), deberá acreditarse con la licencia de educación media o con un certificado que acredite estudios equivalentes.

Será responsabilidad de la isapre verificar que los agentes de ventas cumplen con los requisitos señalados en la Ley, debiendo además, mantener a disposición de esta Superintendencia los antecedentes que correspondan.

Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá, en cualquier momento, verificar si la fuerza de ventas cuenta con los conocimientos exigidos sobre el sistema isapre, para lo cual podrá solicitar la concurrencia de agentes de ventas y, a través de un examen, evaluar sus conocimientos.

¹⁴¹ Circular IF N°230 de 01.10.2014 Introduce ajustes al procedimiento de Agentes de Ventas.

3.- Capacitación y Evaluación de Conocimientos en Materias Relativas al Sistema Isapres.

3.1.- Las personas que a continuación se indican y siempre que cumplan con los requisitos señalados en las letras a), b) y d), del punto 2 precedente, estarán obligadas a someterse a una capacitación y evaluación de conocimientos en materias relativas al sistema isapres.

- Las personas que deseen ejercer funciones de agentes de ventas por primera vez.
- Los agentes de ventas que habiendo cesado en sus funciones como tales, deseen reingresar a la fuerza de ventas de cualquier isapre.
- Los agentes de ventas que actualmente se encuentren desempeñando funciones para una isapre y quieran cambiarse a otra institución de salud previsional.
- Los agentes de ventas que deseen reingresar a la fuerza de ventas de cualquier isapre, respecto de los cuales haya transcurrido un período superior a dos años de haber sido cancelados por esta Superintendencia en sus funciones, contado desde la fecha en que quedó ejecutoriada la resolución que aplicó la medida y que previamente hayan tramitado y obtenido el cambio de estado de "Cancelado" a "No vigente", ante esta Superintendencia.

3.2.- La capacitación y evaluación podrá ser efectuada por la propia isapre o contratada por ésta a un organismo de enseñanza profesional o técnica, reconocido por el Estado o SENCE.

3.3.- La capacitación puede ser presencial o en modalidad e-learning, sin embargo la evaluación de conocimientos deberá ser siempre presencial.

3.4.- La capacitación debe efectuarse en materias relativas al sistema de isapres y tener una duración mínima de 30 horas cronológicas, abarcando como mínimo, los temas que se indican a continuación:

- 1) Conocimientos sobre el contenido del presente Título.
- 2) Procedimientos de suscripción, modificación y término de contratos.
- 3) Causales de término de contrato.
- 4) Contenido de los contratos, especialmente en lo relativo a las obligaciones del cotizante y de la isapre.
- 5) Declaración de salud.
- 6) Condiciones generales del contrato.
- 7) Características de los planes de salud de libre elección, cerrado y preferente.
- 8) Cobertura, arancel y sus componentes.
- 9) Enfermedades preexistentes, restricciones a la cobertura, topes.
- 10) CAEC, GES, GES-CAEC y demás normativa reglamentaria que tenga relación con el quehacer de la actividad de ventas de un contrato de salud.

3.5.- Para verificar que se cumple con los conocimientos en materias del sistema isapres, la institución de salud previsional habilitante o el organismo contratado por ésta, deberá aplicar una prueba de conocimientos a los postulantes a agentes de ventas, que contenga 3 preguntas de selección múltiple, por cada una de las materias que se indican precedentemente. En el evento que la isapre desee evaluar otros aspectos que considere necesarios que el agente de ventas domine, para un adecuado desarrollo de sus funciones, podrá efectuar las evaluaciones de carácter interno que estime conducentes a dichos efectos, pero en una sección aparte de las materias evaluadas del sistema isapre.

3.6.- La nota mínima de aprobación del curso de capacitación para poder ser inscrito en el Registro, será de un 70% de respuestas correctas, en lo relativo a las materias del sistema isapres.

3.7.- La capacitación y aprobación de ésta debe acreditarse con un certificado en el que se indique la fecha en que se realizó el referido curso, la individualización y antecedentes académicos de las personas a cargo de la capacitación, la duración de ésta, las materias específicas tratadas, la nota final que ha obtenido el postulante a agente de ventas y la firma y timbre de la entidad responsable de impartir la capacitación.

3.8.- Dentro de los 10 días hábiles siguientes a la conclusión del curso de capacitación, la isapre habilitante o el organismo contratado por ésta, deberá entregar al postulante a agente de ventas, el certificado de capacitación a que hace referencia el párrafo precedente y dejar constancia escrita de su entrega.

4.- Incorporación del postulante al Registro de Agentes de Ventas

4.1.- La isapre que solicite la inscripción en el Registro de Agentes de Ventas, de las personas que aprobaron la capacitación y que reúnen las demás condiciones exigidas, procederá a ingresar la información solicitada en la aplicación informática y términos que se indican en el siguiente punto.

4.2.- La isapre deberá acceder a la aplicación informática denominada "Inscripción o eliminación de agentes de ventas", contenida en la Red Privada "Extranet" de esta Superintendencia, utilizando el nombre de usuario y la clave asignada a su Institución, en conformidad a las instrucciones impartidas por la Superintendencia en relación a la transmisión de información y remisión de los archivos maestros de información que los seguros envían a la Superintendencia de Salud. Para dichos efectos, deberá habilitar al usuario que utilizará el Sistema de Agentes de Ventas, ingresando a la página web de la Superintendencia de Salud, ícono "Aseguradoras", sección "Extranet de la Superintendencia para Aseguradoras", módulo "Administración de usuarios a los sistemas de extranet" y efectuar los ingresos respectivos.

Los detalles, contenidos y correcto uso e ingreso de la información, se encuentran en el "Manual Sistema de Agentes de Ventas", incluido en la aplicación informática "Inscripción o eliminación de agentes de ventas."

4.3.- El plazo de inscripción corresponderá a los 5 primeros días hábiles de cada mes, dentro del cual la isapre deberá proporcionar los antecedentes de cada postulante, entre los que se cuentan: el certificado de nacimiento; la licencia de educación media; el certificado de capacitación y aprobación de la evaluación de conocimientos y, cuando corresponda, la autorización del postulante a agente de ventas para poder ser notificado por correo electrónico, de los actos administrativos emitidos por esta Superintendencia.

4.4.- La Superintendencia, dentro de los 5 días hábiles siguientes al cierre del plazo de inscripción, revisará los antecedentes remitidos por la isapre y cursará la inscripción en el Registro de aquellos agentes de ventas respecto de los cuales haya tenido por acreditado el cumplimiento de los requisitos legales para desempeñarse como tales.

4.5.- Respecto a los postulantes cuya solicitud de incorporación al Registro hubiese sido rechazada, la isapre habilitante podrá solicitar su inscripción al mes siguiente, enviando nuevamente todos los antecedentes exigidos para acreditar el cumplimiento de los respectivos requisitos.

4.6.- El número de R.U.N o Cédula de Identidad será el código de identificación del agente de ventas y deberá quedar estampado, junto con la firma correspondiente, en cada documento contractual que tramite y que así lo requiera. Dicha firma deberá corresponder a aquella consignada en su Ficha de Registro, la que se presenta como anexo N°1 al presente Título. Cada vez que un agente de ventas cambie su firma, deberá modificarse su hoja de registro, consignándose tal circunstancia.

4.7.- Cabe hacer presente que el postulante a agente de ventas sólo podrá ejercer funciones de ventas una vez que la Superintendencia haya aprobado sus antecedentes y cursado su incorporación al Registro de Agentes de Ventas.

5.- Actualización del Registro

5.1.- Será responsabilidad de la isapre mantener actualizado el Registro de cada uno de sus agentes de ventas, realizando, dentro del tercer día hábil desde conocido el hecho, las correspondientes modificaciones de los datos personales que los agentes de ventas le informen, y los retiros de aquellos agentes de ventas que no continúan ejerciendo funciones en la isapre.

5.2.- Los agentes de ventas deberán comunicarle a la isapre, dentro de los cinco días hábiles siguientes de ocurrido el cambio, las modificaciones en sus antecedentes personales, tales como, cambio en la dirección particular, dirección de correo electrónico y teléfono, para la debida actualización del Registro de agentes de ventas.

II. Control de la fuerza de ventas

1.- La isapre estará obligada a mantener capacitados a sus agentes de ventas vigentes, de tal manera que éstos se encuentren en condiciones de cumplir adecuadamente sus funciones.

La capacitación deberá ser de 15 horas cronológicas y considerar, a lo menos, la revisión y actualización de las materias señaladas en estas instrucciones; las circulares vigentes de la Superintendencia atinentes a esas materias y la legislación y decretos relacionados con el sistema de salud privado.

2.- La isapre deberá acreditar, al menos una vez cada dos años, contados desde la última capacitación certificada, que ha sometido a sus agentes de ventas a una nueva capacitación.

Dicha capacitación puede realizarla la propia isapre o un organismo contratado por ésta y podrá efectuarse a distancia, a través de video conferencias, e-learning u otras metodologías cuya ejecución pueda acreditarse ante esta Superintendencia.

Adicionalmente a la capacitación, deberá aplicarse una prueba de conocimientos a dichos agentes de ventas, en los mismos términos establecidos en el punto 3.5, anteriormente señalado.

Si a través del resultado de la prueba de conocimientos se comprueba que el agente de ventas no cuenta con dichos conocimientos, la isapre o el organismo contratado por ésta, deberá efectuar una nueva capacitación y evaluación, dentro de los 30 días siguientes de aplicada ésta, a fin que se obtengan los conocimientos respectivos.

3. La certificación de la capacitación y evaluación realizada para la actualización de conocimientos, deberá efectuarse tal como se señala en el numeral 3 “Capacitación y Evaluación de Conocimientos en Materias Relativas al Sistema Isapres”, del punto I “Registro de agentes de ventas”.

4.- Esta Superintendencia ejercerá un control periódico y directo del cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente apartado, para lo cual podrá disponer de visitas inspectivas, sin aviso previo, en las cuales se evaluará el funcionamiento de la fuerza de ventas de la isapre.

5.- Las isapres deberán velar por el correcto comportamiento de sus agentes de ventas en el desarrollo de sus funciones y estarán obligadas a denunciar a esta Superintendencia los incumplimientos graves y gravísimos, definidos en el apartado III “Procedimiento Sancionatorio”, que éstos cometan respecto de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie este Organismo.

6.- La isapre tendrá responsabilidad administrativa y contractual ante la Superintendencia de Salud y los afiliados por todos los actos, errores, omisiones o infracciones a la normativa vigente, que cometa el agente de ventas en el ejercicio de sus funciones.

III. Procedimiento Sancionatorio

1. Las Sanciones

Aquellos agentes de ventas que en ejercicio de sus funciones incurran en algún incumplimiento de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por ésta con censura, multa de hasta quince unidades tributarias mensuales o cancelación de su inscripción en el Registro por resolución fundada de la Superintendencia. El no pago de la multa habilitará a la Superintendencia para cancelar el registro.

Para los efectos de la aplicación de las sanciones a que se refiere el párrafo anterior, los incumplimientos se clasificarán en gravísimos, graves y leves.

1.1. Corresponderán a incumplimientos gravísimos los siguientes y deberán ser sancionados con cierre de registro:

- a) Someter a consideración de la isapre documentos que forman parte del contrato con firmas falsas.
- b) Entrega maliciosa de información errónea al afiliado o a la isapre, provocando un perjuicio en el correcto otorgamiento de los beneficios del contrato.
- c) Ejercer en forma simultánea las funciones de agente de ventas en más de una Institución de Salud Previsional, sin autorización expresa de esta Superintendencia.
- d) Delegar en terceros la ejecución de los procesos de negociación, suscripción y modificación de contratos de salud que suscriba como representante de la isapre.
- e) Reiteración de faltas calificadas como graves, sancionadas en los últimos dos años.
- f) La entrega maliciosa por parte del agente de ventas de documentación falsa o inexacta para acreditar el cumplimiento de los requisitos para inscribirse en el registro.
- g) No pago de multa impuesta por aplicación del artículo 177 del DFL N° 1.
- h) Otros incumplimientos similares que impliquen perjuicio a los beneficiarios o a la isapre.

El agente de ventas a quien se le haya cancelado su inscripción en el Registro, sólo podrá ser reincorporado ante esta Superintendencia, transcurridos dos años, contados desde la fecha en que quedó ejecutoriada la resolución que aplicó la medida, para lo cual se requerirá que en forma previa al cumplimiento de las exigencias señaladas en el apartado I "Registro de Agentes de Ventas", éste hubiese tramitado y obtenido ante esta entidad, la modificación de su estado de "Cancelado" a "No vigente".

Sin perjuicio de lo anterior, se podrá solicitar la reapertura de registro de un agente de ventas sobre la base de una sentencia judicial favorable que acredite la falta de responsabilidad del respectivo funcionario en los hechos que hayan dado lugar al cierre.

1.2. Corresponderán a incumplimientos graves los siguientes, y podrán ser sancionados con multa de hasta 15 UTM:

- a) Entrega maliciosa de información errónea al afiliado o a la isapre, sin verificarse un perjuicio en el correcto otorgamiento de los beneficios del contrato.
- b) Reiteración de faltas calificadas como leves, sancionadas en el último año.
- c) Otros incumplimientos similares.

1.3. Corresponderán a incumplimientos leves y podrán ser sancionados con censura, todos aquellos hechos, actos u omisiones que contravengan una obligación de sus funciones como agentes de ventas y no constituyan una infracción gravísima o grave.

2. La denuncia

La isapre que solicite la aplicación de una sanción en contra de algún agente de ventas, tenga o no relación laboral con la denunciante, deberá formular una denuncia por escrito ante esta Superintendencia, tan pronto tome conocimiento de los hechos denunciados. En los casos que éstos hayan ocurrido con más de 6 meses de anterioridad, deberá igualmente remitirlos a este Organismo, no obstante haya operado la prescripción de la acción sancionatoria.

En dicha denuncia se deberán expresar con claridad y precisión los siguientes antecedentes:

- a) Individualización completa del denunciante.
- b) Individualización completa del denunciado, expresando su nombre, dirección y teléfono.
- c) Expresión completa y precisa de los hechos en los que funda la denuncia, infracciones imputadas al denunciado, fecha y circunstancias en las que se habrían verificado, adjuntando fotocopia de los documentos que respalden dicha denuncia.
- d) Relación pormenorizada de los antecedentes de prueba que acrediten los hechos denunciados y la participación en ellos del denunciado.
- e) Informe de las medidas administrativas, legales y de cualquier índole que hubiere adoptado la institución denunciante.
- f) En aquellas denuncias relacionadas con disconformidad de firma del afiliado, la isapre deberá acompañar peritaje caligráfico efectuado por algunos de los peritos caligráficos acreditados ante la Corte de Apelaciones que corresponda junto con los documentos originales objetados.

Aquellas denuncias que no cumplan con los requisitos antes señalados, serán devueltas a la isapre para que, dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde notificado el requerimiento de este Organismo Fiscalizador, envíe todos los antecedentes exigidos, bajo apercibimiento de tenerlas por no presentadas.

La Superintendencia podrá perseguir de oficio la responsabilidad de un agente de ventas ante irregularidades de que tome conocimiento en el ejercicio de sus funciones.

3.- La Notificación de los actos administrativos a través de correo electrónico

Se podrán notificar mediante correo electrónico los actos administrativos emitidos por esta Superintendencia, siempre que el agente de ventas haya aceptado este medio de notificación, mediante la suscripción del formulario de autorización que se adjunta como anexo N°2 al presente Título. Para estos efectos, la isapre contratante deberá remitir el respectivo formulario de autorización, junto con los restantes antecedentes requeridos, al momento de ingresar a la persona contratada al Registro de Agentes de Ventas.

Aquellos agentes de ventas que no deseen ser notificados por este medio, se les notificará a través de los medios tradicionales, esto es, carta certificada dirigida a su domicilio o de modo personal por medio de un funcionario de la Superintendencia, de acuerdo a las reglas generales.

La notificación que se efectúe por medios electrónicos tiene los mismos efectos de la que se realiza por carta certificada o en forma personal por funcionario de esta Superintendencia.

Sin perjuicio de lo anterior, el agente de ventas se entenderá debidamente notificado del acto administrativo remitido electrónicamente, si efectúa cualquier gestión que suponga su conocimiento sin haber reclamado previamente la falta de notificación o la ineficacia de la misma.

La notificación electrónica deberá indicar el N° del caso, los recursos y plazos pertinentes, adjuntando el acto administrativo en formato PDF.

Se entenderá que la notificación ha sido practicada el mismo día en que se hubiere verificado la comunicación electrónica, de tal manera que los plazos establecidos comenzarán a correr el día hábil siguiente, conforme a la regla general. Para estos efectos se considerarán inhábiles los días sábado, domingo y festivos.

En caso que la notificación electrónica no pueda efectuarse por caso fortuito o fuerza mayor, fehacientemente acreditados, podrá realizarse a través de los medios tradicionales señalados en el presente título.

Será obligación del agente de ventas mantener actualizada su dirección de correo electrónico y con capacidad suficiente y operativa para recibir las comunicaciones electrónicas que se le envíen. Si cambia su casilla de correo electrónico, sin perjuicio de informarlo a la isapre en la que se encuentre contratado, deberá comunicarlo directamente a esta Superintendencia, suscribiendo al efecto y en las dependencias de este Organismo Fiscalizador, un nuevo formulario de autorización.

4. Tramitación del procedimiento de sanciones

El procedimiento de sanciones de agentes de ventas se tramitará de acuerdo a lo señalado en las instrucciones referidas al procedimiento de sanciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, contenidas en el Capítulo VIII de este Compendio de Procedimientos.

Anexo N°1

FICHA DE REGISTRO

FOTOGRAFÍA

(Tamaño no superior a 3,5 por 4,5 cms.)

(Nombre completo Agente de Ventas)

N° de RUT o C.I.

Firma

OBSERVACIONES:

Anexo N°2

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR NOTIFICACIONES POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

En _____, a _____ de _____ de _____

Yo, _____

Cédula de Identidad N° _____

En mi calidad de Agente de Ventas:

DECLARO QUE MI DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PARA LOS EFECTOS DE LAS NOTIFICACIONES DE ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE DEBA EFECTUARME LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, ES EL SIGUIENTE:

.....

ACEPTO QUE LAS NOTIFICACIONES QUE SE ME HAGAN POR ESTA VÍA, SE ENTENDERÁN PRACTICADAS EL MISMO DÍA QUE SE HUBIERE VERIFICADO LA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA, DE TAL MANERA QUE LOS PLAZOS COMENZARÁN A CORRER AL DÍA SIGUIENTE HÁBIL, CONSIDERÁNDOSE PARA ESTOS EFECTOS, INHÁBILES LOS DÍAS SÁBADO, DOMINGO Y FESTIVOS.

ME HAGO RESPONSABLE DE MANTENER MI DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO CON CAPACIDAD SUFICIENTE Y OPERATIVA PARA RECIBIR LAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS QUE SE ME ENVÍEN.

ADEMÁS, ME OBLIGO A MANTENER ACTUALIZADA MI CASILLA DE CORREO ELECTRÓNICO Y A COMUNICAR CUALQUIER CAMBIO QUE SE PRODUZCA EN ÉSTA, INFORMANDO A LA ISAPRE EN LA QUE ME ENCUENTRE CONTRATADO Y DIRECTAMENTE A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES DE OCURRIDO EL CAMBIO, SUSCRIBIENDO AL EFECTO Y EN LAS DEPENDENCIAS DE ESE ORGANISMO FISCALIZADOR, UN NUEVO FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN.

Firma del Agente de Ventas
(de puño y letra)
Huella digital del Agente de Ventas”

Título V. Comunicaciones mediante transmisión electrónica de datos

Se autoriza a las isapres para utilizar, en el cumplimiento de su objeto, sistemas de comunicación basados en la transmisión electrónica de datos, ya sea entre ellas o con otras personas naturales o jurídicas. En el sistema de comunicaciones se podrán realizar: intercambio de datos referidos a información, órdenes generales y órdenes que generen transferencia de fondos.

Las isapres serán responsables de garantizar que las transmisiones de datos se efectúen en forma segura, íntegra y confidencial.

Las instrucciones de este Título deben entenderse sin perjuicio de lo dispuesto en las instrucciones impartidas por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud a propósito del procedimiento uniforme que deberán adoptar las isapres frente a requerimientos de datos sensibles de sus cotizantes y beneficiarios o ex beneficiarios.

1. Aspectos generales

1.1. Sistema de comunicaciones basado en la transmisión electrónica de datos: está compuesto por un emisor y un receptor conectados a través de enlaces físicos o lógicos, que comparten una estructura de mensajes y normas de funcionamiento comunes, y los dispositivos electrónicos necesarios para su operación.

En este Título, cada vez que se mencione el sistema de comunicaciones se entenderá que se hace referencia al sistema de comunicaciones para la transmisión electrónica de datos.

1.2. Mensaje: secuencia de caracteres utilizados para transportar datos entre dos o más agentes, de acuerdo a un formato estructurado.

1.3. Transmisión electrónica de datos: intercambio de mensajes.

1.4. Transferencia de fondos: operaciones que generen movimientos de débitos o créditos de dinero en una cuenta corriente bancaria.

1.5. Los intercambios de información, órdenes generales y órdenes que generen transferencias de fondos, podrán comprender, entre otras, las siguientes materias: la declaración de cotizaciones de salud previsional, pago y recaudación de cotizaciones, excedentes de cotizaciones, deuda de cotizaciones, pago de prestaciones, bonos de prestaciones, registros y estadísticas que deben mantener las isapres, constitución y actualización de garantías, subsidios por incapacidad laboral, cotizaciones previsionales que deben efectuar las propias isapres, reclamos o controversias.

1.6. Registro: Cada isapre deberá mantener un registro con la totalidad de los mensajes enviados y recibidos, el que se denominará Registro de Documentación Electrónica.

1.7. El Registro de Documentación Electrónica y el contenido de los mensajes intercambiados deberán respaldarse en un medio inalterable, debido a que constituyen la documentación de respaldo de la contabilidad de las isapres y de la aplicación de los diversos procedimientos operativos instruidos por esta Superintendencia.

Cuando se trate de operaciones que involucren el intercambio entre isapres, el contenido de los mensajes deberá respaldarse tanto en el origen como en el destino; en cambio, si la isapre sólo es receptora o emisora, será responsabilidad de ella respaldar lo que sea de su competencia.

El Registro de Documentación Electrónica de los mensajes enviados y recibidos, debe indicar, a lo menos, los siguientes aspectos:

- a) La identificación del mensaje
- b) El emisor y el o los receptores
- c) Fecha y hora del envío
- d) Fecha y hora de la recepción

e) Materia o encabezado

1.8. El intercambio de los mensajes referidos a información, órdenes generales y órdenes que generen transferencia de fondos deberán realizarse encriptados, con el objeto de garantizar su confidencialidad. La Superintendencia deberá tener acceso en todo momento al contenido de los mensajes en su estado original, siendo responsabilidad de las isapres que esta disposición se cumpla en forma estricta.

1.9. Los mensajes que se emitan deberán contener la identificación de su emisor mediante la firma electrónica de un funcionario autorizado por la isapre. La autorización será conferida a través de un mandato, el que será otorgado mediante escritura pública. Sin perjuicio de esto, la isapre será siempre responsable de las operaciones que se realicen mediante el uso de la tarjeta que contiene la firma electrónica.

1.10. El sistema de comunicaciones deberá disponer de un mecanismo de detección y corrección de los errores producidos en la transmisión, que informe tanto al emisor como al destinatario de la situación producida, generando a partir de ello, un requerimiento para el envío de un nuevo mensaje corregido.

2. Requisitos del sistema de comunicaciones

2.1. Para realizar los intercambios referidos a información, órdenes generales y órdenes que generen transferencias de fondos, las isapres deberán disponer de mecanismos de control que garanticen la seguridad, integridad y confidencialidad de los mensajes intercambiados, en el sentido que no sufran alteraciones entre emisor y destinatario y su contenido sólo sea conocido por ellos.

Para tales efectos, el sistema de comunicaciones deberá cumplir en forma obligatoria, a lo menos con los siguientes requisitos:

- a) Disponer de un perfil de seguridad que garantice el acceso sólo de operadores autorizados.
- b) Disponer de mecanismos para detectar si los mensajes transmitidos sufrieron alguna pérdida o alteración entre el emisor y el receptor.
- c) Transmitir los mensajes encriptados, para resguardar la confidencialidad de los mismos.
- d) Disponer de mecanismos que garanticen la imposibilidad de que alguna de las partes del intercambio, pueda desconocer su participación en él.
- e) Certificar el origen de cada mensaje.
- f) Certificar la recepción de los mensajes.
- g) Verificar que el receptor corresponde al destinatario del mensaje e impedir que un tercero pueda acceder al contenido del mismo.
- h) Disponer de un sistema de firma electrónica.
- i) Llevar un Registro de Documentación Electrónica de las operaciones realizadas.
- j) Proveer elementos de respaldo para los mensajes enviados y recibidos.
- k) Asegurar la funcionalidad de los procedimientos en forma compatible con la normativa que regula la operación de las isapres, en especial en lo que se refiere a los formatos y estructuras de los mensajes y sus horarios.

2.2. Las isapres podrán optar por un sistema de comunicaciones administrado por terceros, en cuyo caso, el correspondiente contrato de prestación de servicios deberá incluir cláusulas que hagan expresa referencia a los mecanismos que aseguren el cumplimiento de los requisitos señalados.

2.3. Sin perjuicio de lo antes expresado, cuando se trate de órdenes que generen transferencia de fondos entre las isapres o de una isapre hacia terceros, serán ellas las responsables de realizar las operaciones de

transmisión, tanto en el origen como en el destino de las transferencias, según corresponda, no siendo posible la delegación de la firma electrónica en una persona distinta al funcionario mandatario de la isapre.

3. Procedimientos de operación

3.1. Para realizar operaciones de intercambio referidas a información, órdenes generales, órdenes que generen transferencia de fondos entre las isapres y otras personas naturales o jurídicas, deberán establecerse formatos estandarizados y procedimientos de operación previamente aprobados por la Superintendencia y acuerdos escritos entre las partes, que incluyan los procedimientos de las respectivas operaciones.

3.2. Las operaciones de intercambio referidas a información, órdenes generales y órdenes que generen transferencia de fondos entre las isapres, relativas a los afiliados y que se refieran a procesos regulados por la normativa emitida por la Superintendencia, no requerirán de la firma de un acuerdo entre ellas. Lo anterior, sin perjuicio de lo instruido en relación al procedimiento que deben seguir las isapres frente a requerimientos de información que contenga datos sensibles de sus afiliados y beneficiarios o ex beneficiarios.

3.3. Para cada tipo de operación se definirán los formatos que se utilizarán, los que al menos deberán incluir la descripción, el contenido, los campos, reglas de validación, los valores posibles y su tamaño.

3.4. Los procedimientos de cada tipo de operación incluirán, al menos, los siguientes elementos la información a intercambiar, los formatos a utilizar, los participantes, la periodicidad, la oportunidad (día y horario), la relación entre los archivos a utilizar (consulta/respuesta), las acciones a seguir en caso de errores o rechazos.

3.5. Los procedimientos que impliquen instrucciones que generen transferencia de fondos, deberán considerar la emisión de un comprobante en que consten las operaciones realizadas y que al menos incluya la identificación de los participantes, las cuentas debitadas y acreditadas, el concepto de la operación efectuada, el período, el número de registros, el monto transferido y la fecha de su realización.

3.6. La relación formal entre los participantes del intercambio, con excepción de lo señalado en el número 2 anterior, deberá quedar establecida por medio de un acuerdo o convenio escrito de intercambio, el que deberá explicitar el tipo de operaciones, las autorizaciones, la regulación de responsabilidades, los derechos y las obligaciones de las isapres y de las otras personas involucradas, en todo lo que se relaciona con la administración y uso del sistema, y en particular, la estipulación de los mecanismos de seguridad, el control y la confidencialidad de las operaciones que se efectúen.

El acuerdo o convenio deberá incluir como parte integrante los procedimientos de operación definidos precedentemente.

3.7. Para aquellas operaciones que impliquen órdenes que generen transferencias de fondos, el acuerdo o convenio suscrito con terceros deberá contener, adicionalmente, la identificación de las cuentas corrientes que se utilizarán y los montos máximos autorizados de giro. Las cuentas corrientes de las isapres deberán ser de uso exclusivo para este tipo de operaciones.

3.8. Las isapres podrán utilizar el sistema de comunicaciones de correo electrónico, el cual no requerirá de los controles, los procedimientos y las formalidades señaladas en estas instrucciones.

4. Obligación de mantener la prestación de servicios en la forma tradicional

4.1. Las isapres que decidan emplear los sistemas de comunicaciones mencionados en este Título, estarán obligadas a mantener la forma tradicional de prestación de servicios, para aquellas personas naturales y jurídicas que no utilicen servicios de transmisión electrónica de datos.

4.2. La calidad de los servicios otorgados y la información que se proporcione a ambos grupos de personas, conforme a lo señalado en el número precedente, deberá ser la misma, sólo con las diferencias propias de los sistemas autorizados en lo que se refiere a la rapidez con que se efectúan los intercambios de datos.

5. Informe de auditoría

Anualmente, el departamento de auditoría interna o los auditores externos que contraten las isapres, según lo estimen conveniente, deberá emitir una opinión referida a la efectividad de los mecanismos de seguridad y de control interno de los sistemas utilizados, que se autorizan en estas instrucciones.

Título VI: Procedimiento de notificación electrónica del Formulario Único de Notificación a las entidades encargadas del pago de la cotización

I.- Definiciones

Para efectos de las presentes instrucciones, los siguientes términos y expresiones tendrán el significado que a continuación se señala:

Repositorio de Datos: Conjunto de medios informáticos que forman un todo autónomo capaz de realizar el procesamiento y transferencia de información con el fin de permitir la notificación electrónica del FUN.

Repositorio de Comunicaciones: Conjunto de medios informáticos que forman un todo autónomo capaz de almacenar las comunicaciones que se efectúan durante la notificación electrónica del FUN, permitiendo su posterior monitoreo y/o auditoría.

Operador: Persona jurídica que se encuentra en condiciones de celebrar los respectivos convenios de prestación de servicios informáticos para la notificación electrónica del FUN.

Convenios de Prestación de Servicios Informáticos: Instrumentos que permiten y regulan la relación jurídica entre el Operador y las isapres y entre las isapres y las entidades encargadas del pago de la cotización que deseen adscribirse al procedimiento de la notificación electrónica del FUN

Disponibilidad del FUN en forma electrónica: Acto a través del cual la información del FUN y el mismo debidamente extendido, queda disponible en el Repositorio de Datos para que el receptor pueda acceder a éste.

II.- Procedimiento de notificación electrónica del FUN

El presente procedimiento considera la participación de los siguientes actores:

1. Afiliado
2. Isapre
3. Entidad encargada del pago de la cotización
4. Operador

En el modelo operativo de la notificación electrónica del FUN, las relaciones entre dichos actores se llevan a cabo con el apoyo de un sistema de información provisto por uno o más Operadores.

A) Descripción del Proceso

Cualquier FUN que sea puesto en conocimiento de la entidad encargada del pago de la cotización podrá ser notificado mediante un sistema electrónico cuyo funcionamiento se grafica en el Anexo N° 1 de este Título. Dicho sistema electrónico contemplará las siguientes etapas:

1. La isapre deberá registrar en el Repositorio de Datos los antecedentes contenidos en el FUN y una copia de éste debidamente extendido. Estos datos deberán estar disponibles para las entidades encargadas del pago de la cotización a través de un mecanismo de acceso único. Los antecedentes registrados en el Repositorio de Datos deberán ajustarse al formato detallado en el Anexo N° 2, de este Título.

2. La isapre, mediante un correo electrónico remitido antes del décimo día del mes siguiente a la fecha de emisión del FUN de que se trate, deberá informar a la entidad encargada del pago de la cotización la disponibilidad del FUN en forma electrónica, con copia al Repositorio de Comunicaciones. Dicho correo electrónico deberá contener los datos indicados en la letra B), de este Título.
3. La isapre deberá comunicar, vía correo electrónico, a todo afiliado que haya informado en la isapre una casilla de correo electrónico, el envío de la notificación electrónica efectuada a la entidad encargada del pago de su cotización, en la misma fecha que informe a dicha entidad la disponibilidad del FUN en forma electrónica.
4. Luego de recibido el correo electrónico enviado por la isapre que informa la disponibilidad del FUN en forma electrónica, la entidad encargada del pago de la cotización deberá ingresar a la dirección electrónica del Repositorio de Datos, directamente o mediante el link de acceso, utilizando una cuenta y password, a fin de tomar conocimiento acerca del o los nuevos FUN correspondientes a las personas por las que debe cotizar.
5. La entidad encargada del pago de la cotización podrá acceder a los principales datos contemplados en el FUN y a dicho formulario debidamente extendido.
6. Una vez que la entidad haya ingresado a la vista, deberá aceptar o rechazar la notificación y en este último caso indicar la causal de dicho rechazo.
7. El día y hora del acceso al Repositorio de Datos por parte de la entidad encargada del pago de la cotización deberá registrarse automáticamente en el Repositorio de Comunicaciones.

B) Contenido de las comunicaciones

Las comunicaciones entre la isapre y la entidad encargada del pago de la cotización serán estandarizadas, conforme a los contenidos necesarios y suficientes para efectuar el procedimiento de notificación del FUN, según se instruye a continuación:

1. Correo electrónico de la isapre

En el mensaje del correo electrónico que la isapre envíe a la entidad encargada del pago de la cotización se deberá informar lo siguiente:

- a) El objetivo de comunicar las actualizaciones de FUN y cotizaciones a descontar de los afiliados que se individualizan en una nómina que se adjuntará al correo.
- b) El mes en que se emitió el FUN.
- c) El mes de remuneración en que se debe descontar la nueva cotización de salud.
- d) El vínculo o link de acceso al Repositorio de Datos.
- e) El correo electrónico al que la entidad encargada del pago de la cotización debe enviar sus datos actualizados, si lo requiere.

2. Nómina adjunta al correo electrónico de la isapre

La nómina que se deberá adjuntar al correo electrónico que dé aviso a la entidad encargada del pago de la cotización sobre los movimientos de FUN de los afiliados, deberá contener sólo los siguientes antecedentes:

- a) RUT del afiliado
- b) Nombre del afiliado
- c) RUT de la entidad encargada del pago de la cotización

- d) Folio del FUN
- e) Isapre que notifica

C) Plazos

Los plazos de que dispone la isapre para notificar electrónicamente los FUN son los mismos que se encuentran establecidos para la notificación tradicional.

III. Convenios

Para los efectos de realizar la notificación electrónica del FUN deberán suscribirse convenios entre las partes, los cuales tendrán como objeto la prestación de servicios informáticos que permitan llevar a cabo dicho procedimiento. Habrá tres tipos de convenios, según las partes que los suscriban, los que se detallan a continuación:

- ✓ Convenio entre la Isapre y el Operador del Repositorio de Datos
- ✓ Convenio entre la Isapre y el Operador del Repositorio de Comunicaciones
- ✓ Convenio entre la Isapre y las Entidades Encargadas del Pago de la Cotización.

1. Contenido mínimo de los convenios

Sin perjuicio de la libertad de las partes para acordar las cláusulas que estimen pertinentes, los tipos de convenio señalados precedentemente deberán, al menos, referirse a las siguientes materias:

1.1. Convenios de Prestación de Servicios Informáticos: Materias comunes a estos tipos de contratos

- a) Estipulación de la fecha de inicio del convenio.
- b) El término de los respectivos convenios de prestación de servicios informáticos no podrá implicar bajo ninguna circunstancia la suspensión del procedimiento de notificación de aquellos FUN que estén en tramitación.
- c) La información que se genere por la ejecución del convenio no puede ser objeto de propiedad ni uso privados, no pudiendo, en consecuencia, alegarse por ninguna de las partes del convenio la titularidad exclusiva de dicha información, ni pretender el pago por parte de la otra o de terceros de algún precio o retribución por su uso.
- d) En los respectivos convenios de prestación de servicios informáticos las partes se deberán obligar a guardar reserva y confidencialidad respecto de toda la información que constituya un dato personal de acuerdo a la Ley N° 19.628.
- e) Implementar y mantener medios tecnológicos que permitan resguardar la integridad de la información y su respaldo.
- f) Debe tener prohibida la subcontratación, delegación, cesión, transferencia a cualquier título, sea a título gratuito u oneroso, traslativo o no traslativo de dominio de los derechos y obligaciones que emanan para el Operador de este Convenio, que implique que éste pierda alguna de las calidades que lo habilitan para la celebración de este convenio.
- g) El Operador deberá hacer entrega íntegra a la isapre del respaldo de toda la información sobre los FUN notificados en forma electrónica, la que deberá garantizar la consistencia e integridad de la información, en caso que el término del convenio se origine en el cese de la prestación de servicios por parte del Operador del respectivo repositorio.

1.1.1 Convenio entre la isapre y el Operador del Repositorio de Datos

a) Obligación de la isapre

Mantener en el Repositorio de Datos un registro actualizado de los FUN debidamente extendidos que deben ser notificados a las entidades encargadas del pago de la cotización que hayan adscrito al convenio.

b) Obligaciones del Operador del Repositorio de Datos

a) Enviar al Repositorio de Comunicaciones copia de los correos electrónicos remitidos por la isapre o el Operador del Repositorio de Datos a la entidad encargada del pago de la cotización.

b) Permitir el acceso a la entidad encargada del pago de la cotización al Repositorio de Datos, el que constituye el medio oficial para acceder a la información, en virtud de la cual dicha entidad toma conocimiento y se pronuncia sobre la notificación del FUN.

c) Enviar al Repositorio de Comunicaciones el registro de la hora y fecha de acceso por parte de la entidad encargada del pago de la cotización.

d) Registrar y almacenar el pronunciamiento de la entidad encargada del pago de la cotización en el Repositorio de Datos, respecto de la notificación del FUN.

e) Asegurar el funcionamiento del proceso de notificación del FUN en forma electrónica, en un contexto de uniformidad, eficiencia, seguridad y legalidad.

f) No podrá suspender el procedimiento electrónico de la notificación de los FUN que estén en proceso, en caso de término del convenio, debiendo completar totalmente dicha notificación.

g) Mantener cada registro en su Repositorio de Datos, por un periodo de cinco años, a efectos de permitir su acceso por parte de la isapre, la entidad encargada del pago de la cotización y frente a los requerimientos de la Superintendencia de Salud, durante toda la vigencia del convenio, e incluso tras el término de éste.

h) El Operador deberá permitir el acceso de la Superintendencia de Salud al Repositorio de Datos para efectos de la debida fiscalización que a ésta le corresponde.

1.1.2 Convenio entre la isapre y el Operador del Repositorio de Comunicaciones: Obligaciones del Operador del Repositorio de Comunicaciones

a) Almacenar en el Repositorio de Comunicaciones copia de los correos electrónicos remitidos por la isapre o el Operador del Repositorio de Datos a la entidad encargada del pago de la cotización.

b) Almacenar la información sobre la hora y fecha del envío del correo electrónico de la notificación por parte de la isapre o el Operador del Repositorio de Datos a la entidad encargada del pago de la cotización.

c) Mantener un registro con la hora y fecha de acceso al Repositorio de Datos por parte de la entidad encargada del pago de la cotización.

d) Deberá efectuar cierres diarios de las comunicaciones recibidas mediante algún mecanismo que garantice que los datos permanezcan inalterables en el tiempo.

e) Permitir el acceso al Repositorio de Comunicaciones a la isapre.

f) Mantener cada registro en su Repositorio de Comunicaciones, por un periodo de cinco años, a efectos de permitir su acceso por parte de la isapre y frente a los requerimientos de la Superintendencia de Salud, en caso de término del convenio.

g) El Operador deberá permitir el acceso de la Superintendencia de Salud al Repositorio de Comunicaciones, para efectos de la debida fiscalización que a ésta le corresponde.

1.2 Convenio entre la isapre y la entidad encargada del pago de la cotización

a) Cláusula común

Estipulación de la fecha de inicio del convenio.

b) Obligaciones de la isapre

1) Enviar el correo electrónico a la entidad encargada del pago de la cotización, en la fecha convenida por las partes, teniendo en consideración los plazos legales.

2) Durante la suscripción del convenio deberá entregar una cuenta y password a la entidad encargada del pago de la cotización para que ésta ingrese al Repositorio de Datos.

c) Obligaciones de la entidad encargada del pago de la cotización

1) Luego de recibido el correo electrónico de la isapre o del Operador del Repositorio de Datos informando acerca de los FUN disponibles para ser notificados, la entidad deberá acceder al Repositorio de Datos antes del décimo día del mes siguiente a la fecha de emisión del FUN de que se trate.

2) Una vez que acceda al Repositorio de Datos, dentro del mismo plazo señalado precedentemente, deberá aceptar o rechazar el o los FUN que están siendo notificados y en este último caso, deberá indicar la causal de dicho rechazo.

Sin perjuicio de lo anterior, la isapre podrá conferir un mandato al Operador del Repositorio de Datos para suscribir este convenio directamente con la entidad encargada del pago de la cotización, el que se regirá por las reglas comunes de dicho tipo de contratos. No obstante lo anterior, en este evento, la responsabilidad del procedimiento de notificación seguirá siendo de la isapre respectiva.

IV. Adhesión y revocación del procedimiento de notificación electrónica del FUN

La adscripción al uso del procedimiento de notificación electrónica del FUN es voluntaria y para su materialización deberán celebrarse convenios entre el Operador y la isapre y entre la isapre y las entidades encargadas del pago de la cotización que deseen adscribirse al referido procedimiento.

En cualquier momento, las isapre podrán adherir al procedimiento de notificación electrónica del FUN, debiendo informar por escrito de ello previamente a esta Intendencia, con un mes de anticipación a la fecha de implementación del sistema, señalando expresamente la fecha a contar de la cual se implementará el citado procedimiento.

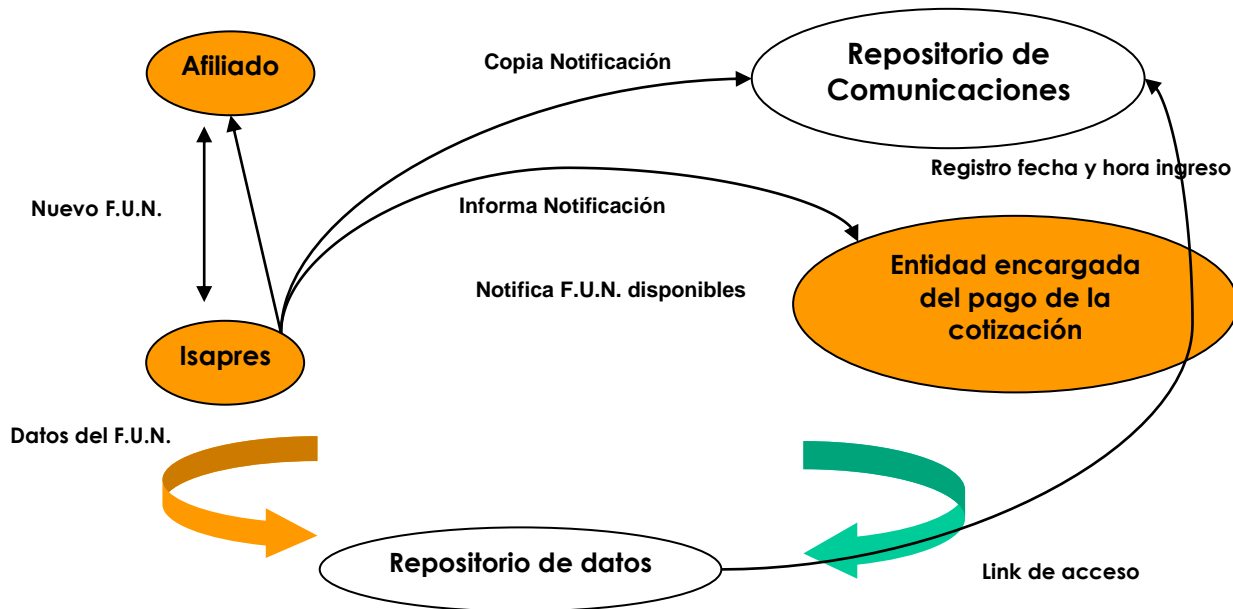
En la misma oportunidad que la isapre informe su adhesión al referido procedimiento deberá enviar a la Intendencia de Fondos y Seguros los convenios suscritos con el o los Operadores del Repositorio de Datos, el o los Operadores del Repositorio de Comunicaciones y el convenio tipo que suscribirá con las entidades

encargadas del pago de la cotización con las cuales haya llegado a acuerdo. Asimismo, cada vez que firme un nuevo convenio con un Operador distinto, deberá remitirlo a esta Intendencia.

La adhesión al sistema no podrá ser inferior a un año contado desde la fecha de su implementación. La revocación respectiva deberá comunicarse con un mes de anticipación a que se cumpla el período anual señalado. Si transcurrido un año calendario no se procede a esta comunicación, se entenderá que la adhesión al sistema continúa por el siguiente año.

Anexo N° 1

Modelo Proceso de Notificación Electrónica



Anexo N° 2

Vista de la Entidad encargada del pago de la cotización que se extrae del Repositorio de Datos

N°	Rut Afiliado	Nombre Afiliado	Folio Fun	Tipo Fun	Cotización a Pagar			Isapre	Pronunciamiento de la Entidad encargada del pago de la cotización			Rut Encargado pago cotización	Fun
					UF	\$	%		Acepta	Rechaza	Causal de Rechazo		
1									<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2									<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
3									<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
.													
.													
.													

Título VII. Funcionamiento de sucursales, agencias u oficinas de atención de público¹⁴²

I. Sobre las agencias, sucursales u oficinas de atención de público

Toda modificación que experimenten los datos informados en relación a las sucursales, agencias u oficinas de atención de público que han debido comunicar las isapres a la Superintendencia, deberá ser informada a este Organismo con una antelación de, a lo menos, 10 días hábiles, a la fecha en que se pretende la modificación.¹⁴³

1. Concepto de agencia, sucursal u oficina de atención de público

Se entenderá por “sucursal”, “agencia” u “oficina de atención de público” todas las dependencias de la isapre, independientemente de la denominación que se le dé, que cada institución ha dispuesto para la realización de cualquier trámite necesario para acceder a los beneficios de salud pactados.

Adicionalmente, se instruye informar los días y horario de funcionamiento de todas las oficinas destinadas a la atención de público, como asimismo, la apertura de nuevas sucursales.

2. Cierre definitivo de sucursales, agencias u oficinas de atención de público¹⁴⁴

Las isapres deberán informar a esta Superintendencia, con un mínimo de dos meses de anticipación, el cierre definitivo de agencias, sucursales u oficinas destinadas a la atención de público, indicando las razones que respaldan tal decisión. Asimismo, deberá informar los mecanismos alternativos que dispondrá para asegurar la continuidad del otorgamiento de los beneficios contractuales a aquellos afiliados que eran atendidos en la sucursal que cesará definitivamente sus funciones.

Con igual antelación, deberá comunicar el cierre definitivo de agencias, sucursales u oficinas destinadas a la atención de público a afiliados, empleadores y público general, a través de avisos difundidos por medios de comunicación social, avisos ubicados en lugares visibles de la sucursal que cerrará definitivamente, y otros medios que la isapre disponga, tales como página web o correo electrónico. En tal comunicación deberá indicar los mecanismos alternativos a que se refiere el párrafo anterior, así como la posibilidad que le asiste a los cotizantes de desafiliarse de la isapre, antes de haberse extinguido en plazo previsto en el artículo 197 del DFL N°1, de 2005, de Salud, en caso que el cierre definitivo de la sucursal entorpezca seriamente el acceso a los beneficios pactados.”

3. Suspensión de atención de público en una oficina

La suspensión de la atención de público en una determinada oficina, agencia o sucursal a consecuencia de su destinación a otros fines, se considerará equivalente al cierre, debiendo las isapres ceñirse a las instrucciones contenidas en el punto N° 2, precedente.

4. Cambio de dirección de una oficina

El cambio de dirección de una oficina dentro de una misma ciudad, y siempre que se mantenga la continuidad de atención de público, no se considerará cierre de oficina para los efectos de las disposiciones del N° 2, precedente.

Sin perjuicio de lo anterior, dicho cambio de dirección deberá comunicarse a los afiliados con una antelación de diez días hábiles, mediante la publicación de avisos en la sucursal que se trasladará.

¹⁴² Título modificado por la Circular IF/N°223, del 13 de agosto de 2014

¹⁴³ Párrafo modificado por la Resolución Exenta N°419, del 27.10.14

¹⁴⁴ Numeral modificado por la Circular IF/N°246, del 27.05.15

5. Cierre de una oficina no destinada a la atención de público

Las isapres deberán comunicar el cierre a la Superintendencia de Salud, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se materialice la modificación.

6. Eliminado ¹⁴⁵

7. Cierre temporal de sucursales, agencias u oficinas de atención de público

7.1. Las isapres deberán respetar los días y horarios de funcionamiento de las oficinas de atención de público informados a la Superintendencia.

7.2. Sólo podrá procederse al cierre de la sucursal, agencia u oficina de atención de público o a la modificación de horarios, ambos en forma temporal, por razones imputables a fuerza mayor. Una vez verificada tal circunstancia, deberá ser informada inmediatamente a la Superintendencia de Salud, presentando las justificaciones pertinentes en relación a los hechos que hagan imposible el funcionamiento de la sucursal, agencia u oficina de atención de público.

7.3. El cierre temporal o la modificación de horarios de una sucursal, agencia u oficina de atención de público, por razones de fuerza mayor, deberá comunicarse a los afiliados mediante avisos publicados en la propia sucursal afectada y por cualquier otro medio idóneo, debiendo consignar, además, la advertencia que todos aquellos plazos emanados del contrato de salud y los establecidos en la normativa vigente, que venzan el día o días en que la sucursal, agencia u oficina de atención de público se encuentre cerrada, se entenderán prorrogados para el día hábil siguiente. De la misma forma, deberá señalarse que se prorrogarán los pagos de aquellos beneficios comprometidos para dicho día (reembolsos, pago de subsidios, etc.), y deberá informarse el cierre al resto de las isapres, a través de los medios que se estimen pertinentes, para efectos de la tramitación de las cartas de desafiliación.

Asimismo, y sin perjuicio de lo señalado en el párrafo anterior, deberá informarse al público sobre los mecanismos alternativos con los que cuenta la isapre para asegurar la continuidad del otorgamiento de los beneficios, y en aquellas ciudades o localidades en que la isapre tenga más de una sucursal, agencia u oficina de atención de público, deberá indicar la ubicación de las sucursales que permanezcan abiertas para la atención de público.

7.4. Sin perjuicio de lo preceptuado en el número 7.2, las isapres podrán presentar una solicitud ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud para que ésta autorice en forma especial y excepcional el cierre de la sucursal, agencia u oficina de atención de público, o la modificación de horarios, ambos en forma temporal, motivado por circunstancias que alteren o dificulten ostensiblemente el correcto funcionamiento de la sucursal y la adecuada atención al público.

Dicha solicitud deberá presentarse con una antelación de, a lo menos, 10 días hábiles, a la fecha en que se pretende el cierre temporal o el cambio de horario de la sucursal, agencia u oficina de atención de público, debiendo la isapre exponer los motivos en los que funda su solicitud y acompañar los antecedentes que la respalden.

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud evaluará, con el mérito de lo solicitado y de los antecedentes presentados por la isapre, la pertinencia de autorizar el cierre temporal o el cambio de horario de la sucursal, agencia u oficina de atención de público, y su decisión será comunicada oportunamente al solicitante.

De ser autorizado el cierre temporal o el cambio de horario de la sucursal, agencia u oficina de atención de público, la isapre solicitante deberá dar cumplimiento a lo estipulado en el número 7.3 precedente.

¹⁴⁵ Numeral eliminado por la Circular IF/N°246, del 27.05.15

7.5. En caso que las isapres dispongan, en forma especial y excepcional la modificación de horarios de la sucursal, agencia u oficina de atención de público, en la víspera de feriados obligatorios e irrenunciables para todos los dependientes del comercio, de acuerdo a lo señalado en el artículo 2° de la Ley N° 19.973, la isapre deberá dar cumplimiento a lo estipulado en el número 7.3 precedente.

II. Sobre los funcionarios de las isapres en las oficinas

1. Cada oficina deberá contar con un Jefe de Oficina, Sucursal o Agencia.

El funcionario designado para el desempeño de este cargo deberá ser informado a la Superintendencia, dentro de los cinco días siguientes a su designación.

2. En cada agencia deberá designarse un funcionario para que reemplace al Jefe de Oficina, en caso que aquél deba ausentarse.

El Jefe de Oficina, su reemplazante y toda persona que en la agencia realice funciones de atención de público, deberá portar, en todo momento, dentro de la oficina o agencia y en forma visible, una tarjeta de identificación en que se señale su nombre y cargo.

III. Sobre el registro de la atención de público ¹⁴⁶

1. Las isapres deberán contar con un registro de las consultas que sean atendidas en forma presencial en todas sus sucursales, agencias u oficinas de atención de público, debiendo capturar en forma inmediata los antecedentes básicos del requerimiento planteado, y entregar un comprobante de atención al interesado, con la información que se señala más adelante.

2. Las solicitudes de atenciones a que se refiere el punto anterior corresponden a consultas de los beneficiarios que digan relación con beneficios, mecanismos y procedimientos asociados al contrato de salud.

Se excluyen de las presentes instrucciones los reclamos de que trata el Título I del Capítulo V del Compendio de Procedimientos de esta Superintendencia -que se rigen por tales instrucciones-, así como los trámites y solicitudes cuando éstos generen un comprobante o respaldo por sí mismos al momento de efectuada la solicitud, tales como compra de bonos, reembolsos, tramitación de licencias médicas, suscripción, modificación y término de contrato, entrega de presupuestos y pago de cotizaciones, entre otros.

3.- La información mínima que debe quedar registrada y que debe contener el comprobante de atención que debe ser entregado al requirente, es la siguiente:

- a) Nombre, rut y datos de contacto del requirente
- b) Fecha y hora de atención
- c) materia consultada
- d) Plazo de respuesta, que defina la isapre, en caso de ser procedente
- e) Nombre del funcionario de la isapre que efectuó la atención

¹⁴⁶ Numeral incorporado por la Circular IF/N°261, del 29 de enero de 2016

Título VIII. Normas para envío de correo certificado

Cuando la ley dispone el envío de correspondencia certificada, ésta debe hacerse a través de la Empresa de Correos de Chile y no a través de un medio alternativo, por cuanto la reglamentación legal vigente sólo rige respecto de la empresa mencionada.

Sin perjuicio de lo anterior, cuando la obligación de enviar una carta certificada no emane de la ley, sino que de una instrucción impartida por este Organismo, a través de Circulares y Oficios, ésta se entenderá cumplida, sea que las isapres utilicen el servicio de correo certificado que presta la Empresa de Correos de Chile o el de otras empresas privadas de ese mismo giro.

Lo dispuesto precedentemente, debe entenderse aplicable respecto de todas las comunicaciones que las isapres deban remitir a sus cotizantes en cumplimiento de las instrucciones de la Superintendencia, aún cuando éstas no prevean expresamente la utilización de dicho medio alternativo de notificación.

Capítulo VII Vinculación entre la Superintendencia y los sujetos fiscalizados, beneficiarios, ex beneficiarios y público en general¹⁴⁷

Título I. Formalidades de las presentaciones escritas ante la Superintendencia¹⁴⁸

1. Presentaciones escritas

a) Toda presentación escrita interpuesta ante la Superintendencia deberá señalar, en el encabezado del documento, la materia sobre la que versa. De esta manera, para una mejor identificación de su contenido, deberá emplearse en la suma, alguno de los siguientes términos:

- Remite copia de respuesta a afiliado;
- Remite expediente;
- Remite informe y acompaña documento;
- Acompaña documento;
- Complementa información;
- Solicita prórroga;
- Téngase presente;
- Solicita aclaración;
- Informa cumplimiento;
- Interpone recurso de reposición, u
- Otro que, asimismo, facilite su identificación.

b) Las presentaciones interpuestas ante la Superintendencia para dar respuesta a requerimientos de información, deberán, cuando corresponda, hacer referencia en el encabezado señalado en la letra precedente, al número de ingreso en la Oficina de Partes de este Organismo, del caso que origina el requerimiento y al número y la fecha de emisión del oficio al que se da respuesta.

c) Si la presentación tiene por objeto informar el cumplimiento de instrucciones emitidas por la Superintendencia, que recaigan en un reclamo administrativo conocido por ésta, la institución deberá hacer referencia, en el encabezado referido en la letra a), al número y la fecha de emisión del oficio o la resolución que contiene las instrucciones cuyo cumplimiento se informa.

Asimismo, deberá enviar copia del documento en que conste dicho cumplimiento, junto con la respectiva nómina de correo que acredite que éste fue puesto en conocimiento del afiliado.

d) Las presentaciones de recursos de reposición, jerárquicos y otros que la ley contempla, en contra de resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia en el ámbito de sus procedimientos administrativos, deberán efectuarse por escrito y presentarse en la oficina de partes de su domicilio en Santiago o en la oficina regional que corresponda, en el horario de funcionamiento de éstas, dentro del plazo que la ley conceda a cada recurso, contado desde la fecha de notificación de la resolución o instrucción. Se exceptúan de lo anterior los recursos de reposición y otros que la ley contempla, respecto de actos y resoluciones que se tramiten a través del Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos implementado por esta Superintendencia.

2. Notificación de las instrucciones o resoluciones que dicte la Superintendencia

Las resoluciones emitidas por esta Superintendencia serán notificadas a quienes corresponda por carta certificada, excepto a aquellas isapres que se acojan al régimen de notificación personal implementado para la

¹⁴⁷ Denominación modificada por Circular IF/N°238 de 22.01.2015

¹⁴⁸ Modificado por Circular IF/N°238, de 22.01.2015

ciudad de Santiago y para las ciudades asiento de Agencias Regionales, consistente en poner en conocimiento de aquellos funcionarios especialmente delegados por las Instituciones, las instrucciones que imparta este Organismo.

Para estos efectos, las isapres establecerán formalmente un domicilio en la ciudad de Santiago y en las ciudades asiento de Agencias Regionales que corresponda, comisionando para el efecto a dos o más funcionarios para que reciban la documentación en representación de la Institución, lo que se efectuará estampando su firma, cédula de identidad, fecha y hora de la diligencia.

3. Forma de computar los plazos contenidos en las instrucciones o resoluciones que dicte la Superintendencia

- a) Los plazos de días contenidos en los documentos emitidos por la Superintendencia serán de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los sábados, domingos y festivos.
- b) Los plazos se contabilizarán desde el día hábil siguiente a la notificación de que se trate.
- c) Derogado¹⁴⁹.
- d) Las notificaciones de instrucciones o resoluciones efectuadas por carta certificada, que emanen de las oficinas de la Superintendencia ubicadas en una región y estén destinadas a las oficinas de una isapre o el Fonasa ubicadas en otra distinta, se entenderán practicadas una vez transcurridos los plazos suplementarios de días corridos, que se señalan a continuación, contados desde la fecha de recepción de la carta en la Oficina de Correos respectiva.

I

3 II

3 3 III

3 3 3 IV

4 4 3 3 V

5 5 4 3 3 RM

5 5 4 3 3 3 VI

6 5 4 4 3 3 3 VII

7 6 5 4 3 3 3 3 VIII

8 7 6 5 5 4 4 3 3 IX

9 8 7 6 5 4 4 3 3 3 X

10 10 9 8 7 5 5 4 4 3 3 XI

10 10 9 8 7 5 5 4 4 3 3 3 XII

¹⁴⁹ Derogada por Circular IF N° 135, 22.10.2010, Imparte instrucciones para regular el cumplimiento por parte de las Aseguradoras de lo instruido en los actos y resoluciones dictados en los procesos de Resoluciones de Reclamos Administrativos y Juicios Arbitrales.

Por su parte, las notificaciones de instrucciones o resoluciones efectuadas por carta certificada, que emanen de las oficinas de la Superintendencia ubicadas en la misma región en que se hallan las oficinas de la isapre destinataria, se entenderán practicadas una vez transcurrido el plazo de tres días corridos, contados desde la fecha de recepción de la carta en la Oficina de Correos respectiva¹⁵⁰.

e) Las solicitudes de prórroga para responder las instrucciones o resoluciones que dicte la Superintendencia, deberán efectuarse mediante presentación escrita, dentro del plazo original concedido a la Institución. En ningún caso, puede ser objeto de ampliación un plazo ya vencido.

Si la Superintendencia no se pronuncia sobre la solicitud de prórroga presentada dentro de los dos días hábiles siguientes, se entenderá acogida, por un plazo único de tres días hábiles, contado desde el vencimiento del plazo original.

La denegación de la prórroga imposibilitará la presentación de nuevas solicitudes para el mismo trámite.

La inobservancia de las formalidades, procedimientos y plazos instruidos precedentemente, dará lugar a la aplicación de las sanciones contempladas en el artículo 220 del DFL N° 1.

¹⁵⁰ Párrafos 2° y 3° de letra e) derogados por Circular IF N° 135, 22.10.2010 Imparte instrucciones para regular el cumplimiento por parte de las Aseguradoras de lo instruido en los actos y resoluciones dictados en los procesos de Resoluciones de Reclamos Administrativos y Juicios Arbitrales.

Título II. Designación de un representante de la isapre ante la Superintendencia de Salud

Con el objeto de otorgar soluciones expeditas a los requerimientos de los beneficiarios del sistema isapre, las aseguradoras deberán designar formalmente un representante, que se relacionará directamente con el Subdepartamento de Atención de Usuarios, dependiente del Departamento Gestión de Clientes de la Superintendencia.

La designación de este representante deberá cumplir con las siguientes características:

- 1.- Contar con el patrocinio y compromiso de la máxima autoridad de la isapre;
- 2.- Contar con la autoridad y responsabilidad necesarias para cumplir el objetivo ya señalado.
- 3.- Deberá nombrarse un representante titular y un reemplazante, que asuma integralmente la función en ausencia del primero.
- 4.- Deberá garantizar un contacto inmediato, ante el requerimiento del Jefe del Subdepartamento de Atención de Usuarios, o en quien este último delegue ese procedimiento.

Las isapres deben velar permanentemente por la accesibilidad inmediata de sus representantes durante la jornada de trabajo en forma continua.

5.- Deberá enviar todos los documentos y antecedentes que se le soliciten y garantizar la atención en la isapre de las personas que se le deriven, previo acuerdo con el responsable de esta Superintendencia.

6.- En caso de reemplazo del representante titular o de su sustituto, deberá comunicarse a esta Superintendencia con cinco días hábiles de anticipación a la materialización del cambio.

Cuando el desempeño del representante lo amerite, esta Superintendencia podrá exigir su reemplazo, sin perjuicio de la eventual aplicación de las sanciones que contempla el artículo 220 del DFL N° 1, por las omisiones y/o incumplimientos en que pudiera incurrir quien obre en representación de la respectiva isapre.

Título III. Comunicación sobre los mecanismos para el otorgamiento de los beneficios mínimos legales

Para efectos del cumplimiento del mandato legal contenido en el inciso primero del Artículo 194 del DFL N° 1, las Isapres deberán remitir a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud los procedimientos y mecanismos que hayan establecido para el otorgamiento de los beneficios mínimos legales, así como las medidas de difusión que haya decidido adoptar para darlos a conocer a sus beneficiarios, de modo que este Organismo se pronuncie sobre ellos, ya sea aprobándolos o instruyendo su modificación.

Toda modificación a los procedimientos y mecanismos que la isapre haya establecido para el otorgamiento de los beneficios mínimos legales o de las medidas de difusión que haya decidido adoptar para darlos a conocer a sus beneficiarios, y que hayan sido aprobados por la Superintendencia, deberá ser informada a la misma dentro del plazo de cinco días hábiles de ocurrido el hecho.

Capítulo VIII Procedimiento de Sanciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud cuenta con facultades para fiscalizar y sancionar las infracciones a las obligaciones que impone la normativa, en las que incurran las personas naturales y jurídicas sujetas al control de la Superintendencia de Salud. Atendido que las sanciones son una de las herramientas que se utilizan para cumplir el rol fiscalizador, éstas deben ser aplicadas bajo parámetros y objetivos conocidos y consistentes, tales como la gravedad y la reiteración.

El Procedimiento de Sanciones que desarrolla la Superintendencia debe reflejar los valores que sustentan a la institución, en materia de equidad, excelencia con eficiencia y eficacia, respeto, probidad, compromiso y responsabilidad.

1. Principios generales del procedimiento de sanciones

1.1. Objetividad: el procedimiento de sanciones se ejecutará con objetividad.

1.2. Escrituración: todas las actuaciones del Procedimiento de Sanciones deberán constar por escrito en un expediente correlativamente foliado.

1.3. Conclusivo: el Procedimiento de Sanciones siempre dará lugar a la dictación de un acto decisorio que se pronuncie sobre la cuestión de fondo, ya sea aplicando la sanción, absolviendo o sobreseyendo la causa, cuando corresponda.

1.4. Contradictoriedad: en todo procedimiento sancionatorio los interesados siempre pueden aducir alegaciones, aportar documentos, alegar defectos de tramitación, especialmente los que supongan paralización, infracción de los plazos señalados o la omisión de trámites que pueden ser subsanados antes de la resolución definitiva.

1.5. Impugnabilidad: los interesados podrán interponer en los plazos legales, los recursos administrativos de reposición, jerárquico y el extraordinario de revisión y serán debidamente informados de las resoluciones de dichos recursos, las que deberán emitirse en tiempo y forma. Asimismo, podrán interponer el Recurso de Reclamación ante la Corte de Apelaciones respectiva.

1.6. Transparencia y publicidad: los trámites llevados a cabo en el desarrollo del proceso sancionatorio serán públicos, salvo excepciones expresas.

1.7. Debido proceso sancionatorio: el Procedimiento de Sanciones contemplará condiciones de racionalidad que velen por la justicia de la sanción impuesta. Para ello, el fiscalizado deberá tomar conocimiento oportuno de la investigación y de la eventual aplicación de una sanción, otorgándosele la posibilidad de llevar a cabo una defensa adecuada y de producir las pruebas cuando sea conducente.

1.8. Equidad: el Procedimiento de Sanciones deberá velar por la ecuanimidad en la ponderación de las irregularidades cometidas por los distintos entes fiscalizados y en la aplicación de las sanciones que procedieren.

1.9. Gratuidad: los actos de la administración serán llevados a cabo de manera gratuita.

2. Sujetos fiscalizados

La Superintendencia de Salud podrá someter a un procedimiento sancionatorio a las isapres, los prestadores de salud públicos y privados, agentes de ventas de isapres, mediadores de controversias entre usuarios, las isapres y el Fonasa, en ejercicio de las facultades que la ley le confiere en cada situación particular.

3. Procedimiento de sanciones

Toda investigación que lleve a cabo la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud con el objeto de determinar la responsabilidad de los sujetos fiscalizados por hechos que puedan revestir el carácter de una infracción a la normativa vigente, así como la ejecución y cumplimiento de las sanciones a que diere lugar deberá someterse al siguiente procedimiento.

3.1 Etapa de investigación.

3.1.1. Unidad Investigadora

La investigación estará a cargo de la unidad de la Superintendencia que haya conocido y que deba pronunciarse sobre la materia, reclamo, fiscalización o gestión en general, en la que se haya tomado conocimiento de la supuesta infracción¹⁵¹.

Si se trata de una denuncia externa, relacionada con alguno de los sujetos fiscalizados, la Unidad de Control de Gestión y Análisis de Reclamos, una vez recibida la presentación la derivará a la unidad investigadora competente, según la materia de que se trate, la que determinará si es procedente efectuar una investigación de los hechos de la denuncia.

3.1.2 Inicio de la investigación

Establecida la existencia de un hecho que puede revestir el carácter de infracción a la normativa vigente y que pueda ser sancionado por esta Intendencia, se dará inicio al procedimiento de investigación, para lo cual se llevará un expediente que se iniciará con una carátula que identifique el nombre del supuesto infractor.

3.1.3 Expediente

El expediente, que podrá ser escrito o digital, deberá contener:

- Individualización completa del denunciante en caso que lo hubiere
- Nombre de la persona o entidad investigada o su representante, cuando corresponda, y fecha de inicio de la investigación
- Dirección completa del denunciado, en el caso que lo hubiere
- Los antecedentes recopilados, las diligencias probatorias y las demás actuaciones que se realicen durante el proceso de investigación
- Los antecedentes aportados por las personas o entidades investigadas o por otros organismos públicos o privados vinculados al procedimiento
- Las declaraciones de las personas involucradas o de los terceros interesados
- Todos los documentos y demás antecedentes atinentes al procedimiento, sea cual fuere su origen o naturaleza.

Todos los antecedentes que conforman el expediente de investigación administrativa deberán foliarse conforme el orden de su presentación y no podrán ser retirados del mismo, salvo causa justificada, en cuyo caso deberá reemplazarse por copia fidedigna del antecedente. Aquellos documentos que por su naturaleza, volumen u otras consideraciones no sean susceptibles de ser incorporados al expediente, serán custodiados debidamente dejando constancia de ello en el mismo.

Los expedientes de investigación deberán mantenerse en la Superintendencia, bajo la custodia y responsabilidad de la unidad investigadora. No obstante, de acuerdo a la normativa vigente, los expedientes serán de público conocimiento.

3.1.4 Recopilación de antecedentes y plazo para investigar

La unidad investigadora tendrá un plazo máximo de veinte días para investigar los hechos y formular los cargos, contado desde que se abra el expediente respectivo, en el cual se deberán recabar todos los antecedentes que se consideren necesarios para determinar la procedencia de la formulación de cargos.

Dichos término podrá ser suspendido en casos calificados por el jefe de la unidad respectiva, ya sea, por ejemplo, por requerirse nuevas fiscalizaciones o por solicitud de mayores antecedentes a entidades externas. Por otra parte, el plazo podrá prorrogarse hasta por cuarenta días hábiles en total, siempre que se justifique por escrito y se deje constancia en el expediente.

¹⁵¹ N° 1.1 Y 1.2 punto II, Circular IF N° 139, 30.12.2010.

Aún cuando no hubiere sido practicada notificación alguna, o la que existiere fuere viciada, se entenderá el acto debidamente notificado si el interesado a quien afectare hiciere cualquier gestión en el procedimiento, con posterioridad al acto que suponga necesariamente su conocimiento, sin haber reclamado previamente de su falta o nulidad.

3.3. Formulación de cargos

Concluida la etapa de recopilación de antecedentes y de la investigación, de lo que se dejará constancia en el expediente, se evaluará si existe mérito para la formulación de cargos al sujeto fiscalizado.

De ser procedente, se elaborará el oficio respectivo de formulación de cargos, el que será notificado al afectado.

El oficio de formulación de cargos también será puesto en conocimiento de la persona o institución denunciante, si lo hubiere.

Si el infractor corresponde a un agente de ventas, se notificará también a la isapre respectiva, para que tome conocimiento de la existencia del proceso sancionatorio.

El oficio de notificación de cargos al sujeto fiscalizado, deberá contener:

- a) descripción de los hechos que se estiman constitutivos de infracción;
- b) indicación de la norma vulnerada y tipo de sanción asociada a la infracción;
- c) todos los antecedentes que sustenten los cargos formulados;
- d) indicación del plazo para que el sujeto formule sus observaciones;
- e) indicación de ser ésta la oportunidad para la presentación de pruebas que fundamenten su defensa.

3.4. Descargos

El plazo para presentar los descargos será de diez días hábiles, contado desde la notificación de cargos.

El plazo antes señalado podrá prorrogarse a solicitud del afectado por un período máximo de cinco días hábiles. Dicha solicitud deberá efectuarse por escrito, antes del vencimiento del plazo original y se accederá a ella sólo cuando sea estrictamente necesario para los fines de la investigación.

Los sujetos fiscalizados deberán presentar conjuntamente con sus descargos, todos los medios de prueba que ofrezcan para acreditar sus dichos, pudiendo aceptarse como tales todos los que señale la legislación nacional.

3.5. Término probatorio

En el evento que la persona o entidad investigada ofrezca pruebas oportunas y útiles para los fines de la investigación, se abrirá un término común para las partes, de diez días hábiles contado desde que se dicte la resolución que así lo disponga. Si vence el plazo señalado, sin que las partes hubiesen aportado las pruebas ofrecidas, se seguirá adelante con el procedimiento con los antecedentes tenidos a la vista, sin perjuicio de las medidas para mejor resolver adicionales que la Superintendencia determine¹⁵³.

La apertura del término probatorio, con la mención de los puntos que serán objeto de prueba, deberá ser notificada al presunto infractor mediante oficio, con copia al sujeto o entidad denunciante si lo hubiere.

3.6. Cierre de la investigación y evaluación de antecedentes¹⁵⁴

¹⁵³ N° 1.3 punto II, Circular IF N° 139, 30.12.2010.

¹⁵⁴ N° 1.4 Y 1.5 punto II, Circular IF N° 139, 30.12.2010.

Si producto de la fiscalización efectuada se determina no formular cargos, se dictará un oficio que será remitido al denunciante, si lo hubiere, y a quienes hubieren participado en alguna diligencia en el procedimiento y el expediente será archivado.

En los casos en que se hubieran formulado cargos, una vez analizados los descargos, las pruebas y demás antecedentes allegados al proceso, y habiéndose vencido el término probatorio, cuando se hubiese decretado su apertura, se resolverá el cierre de la investigación, y se determinará si existe o no mérito para sancionar. Se deberá dejar constancia en el expediente, del cierre de la investigación, en un acta levantada al efecto, la que será remitida al Intendente para su firma.

De considerarse que los hechos denunciados o constatados no ameritan una sanción, se informará por escrito dicha circunstancia a la persona o unidad denunciante, si es que la hubiere, y al sujeto fiscalizado, para lo cual se dictará una resolución de término que, además, dispondrá el archivo del expediente.

Ahora bien, si producto de la evaluación de los descargos del sujeto fiscalizado se estima procedente la aplicación de una sanción, corresponderá presentar el caso ante el Comité Asesor en Materia de Infracciones.

El Jefe de la Unidad que llevó a cabo la investigación, elaborará la minuta "Propuesta de Sanción", cuyo formato se adjunta en el Anexo N° 1 de este Capítulo y procederá a remitirla al Secretario del Comité Asesor en materia de infracciones, conjuntamente con los antecedentes recopilados.

4. Comité Asesor en materia de infracciones

4.1. Inscripción del caso al Comité Asesor en materia de infracciones

El jefe de la Unidad que realizó la investigación, deberá solicitar al Secretario del Comité la inscripción de dicho caso, enviando, a través de un correo electrónico, la minuta propuesta de sanción¹⁵⁵.

El Secretario, con a lo menos tres días de anticipación a la siguiente sesión del Comité, deberá citar a sus miembros, a través de correo electrónico o mediante el sistema informático disponible, adjuntando la minuta de propuesta de sanción o recurso de reposición, según proceda, la que servirá de base para la relación ante el comité.

4.2. El Comité

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud contará con un Comité Interdisciplinario asesor encargado de analizar los hechos que configuren las infracciones o irregularidades y los recursos de reposición que pongan en su conocimiento las unidades respectivas, con el objeto de analizar los antecedentes aportados en el proceso y la proposición al Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, de la eventual imposición de una sanción al sujeto fiscalizado responsable del hecho, si lo estimara procedente. En el caso que el Comité estime que el asunto investigado no amerita la aplicación de una sanción, podrá determinar el archivo de los antecedentes, debiendo dictarse una Resolución de Absolución o de Sobreseimiento, según corresponda.

La opinión del Comité no será vinculante para el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, quien resolverá en definitiva.

4.3. Funciones del Comité

Serán funciones del Comité:

- a) Velar por la estricta observancia de las directrices y orientaciones definidas por la Superintendencia para llevar a cabo el procedimiento de investigación respectivo y para la aplicación de sanciones a los infractores.
- b) Analizar en forma objetiva e imparcial las propuestas de sanción que se le presenten, evaluando los hechos que configuran las infracciones correspondientes y las circunstancias que lo rodean.

¹⁵⁵ N° 1.6, 1.7 y 1.8 punto II, Circular IF N° 139,30.12.2010.

c) Evaluar el cumplimiento del debido procedimiento sancionatorio, garantizando su conocimiento por parte del afectado y otorgando la posibilidad de una oportuna y adecuada defensa.

d) Asegurar que el procedimiento de sanciones se desarrollen con equidad, velando por la ecuanimidad en la aplicación de las respectivas sanciones.

4.4. Composición del Comité

El Comité Asesor en materia de infracciones está integrado por miembros permanentes con derecho a voto, estos son: un representante de la Fiscalía de la Superintendencia de Salud, designado para tal efecto por el Fiscal; la Jefatura del Subdepartamento de Regulación; la Jefatura del Subdepartamento de Control GES o la Jefatura del Subdepartamento de Régimen Complementario y Financiero, según corresponda, en estos dos últimos casos, a la materia investigada¹⁵⁶.

Lo integrará, además un Secretario, sin derecho a voto, que será la Jefatura de la Unidad de Fiscalización Legal y en su reemplazo un abogado o abogada de la Intendencia de Fondos designado por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, quien expondrá el caso ante el Comité.

El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, podrá asistir a las sesiones del Comité, cuando lo estime conveniente, sin derecho a voto.

El Comité podrá requerir la comparecencia de cualquier funcionario de la Superintendencia, sin derecho a voto¹⁵⁷.

4.5. Presidencia del Comité

El Comité de Sanciones será presidido por el representante de la Fiscalía.

4.6. Quórum de funcionamiento y suplencia de los miembros permanentes¹⁵⁸

Para que el Comité pueda reunirse deberá contar con a lo menos dos de sus miembros con derecho a voto, y uno de ellos deberá ser titular en el cargo.

De tal modo, cada miembro titular tendrá un solo suplente en el Comité, para asegurar una continuidad de criterios y de integrantes de éste.

A falta de tales funcionarios, no podrá sesionar el Comité hasta que haya al menos dos miembros con derecho a voto, y siempre uno de ellos deberá ser un miembro titular del Comité, quien ejercerá la presidencia.

4.7. Periodicidad de las sesiones del Comité¹⁵⁹

El Comité Asesor en materia de infracciones sesionará a lo menos una vez al mes, y cada vez que la situación lo amerite, previa citación por parte del Secretario.

El integrante que se encuentre impedido de asistir comunicará tal circunstancia al Secretario del Comité, con a lo menos dos horas antes de la sesión, informándole que su suplente concurrirá en su reemplazo.

4.8. Votación del Comité¹⁶⁰

Los acuerdos del Comité se adoptarán por simple mayoría. Sin embargo, si se produjese un empate en la votación será el Presidente del Comité quien decidirá sobre la materia, dejándose constancia de lo resuelto en un

¹⁵⁶ N° 1.9 punto II, Circular IF N° 139,30.12.2010.

¹⁵⁷ N° 1.10 punto II, Circular IF N° 139,30.12.2010.

¹⁵⁸ N° 1.11 punto II, Circular IF N° 139,30.12.2010.

¹⁵⁹ N° 1.12 punto II, Circular IF N° 139,30.12.2010.

¹⁶⁰ N° 1.13 punto II, Circular IF N° 139,30.12.2010.

acta que se levantará al efecto. Dicha acta deberá contener siempre los fundamentos del voto de minoría si lo hubiere.

El Comité evaluará los antecedentes que motivan la sanción y se pronunciará sobre la procedencia de imponer la sanción propuesta o alguna otra de las sanciones previstas por la ley, pudiendo, en todo caso, encargar la realización de medidas para mejor resolver el asunto.

Si el Comité estima improcedente la aplicación de una sanción, el relator del caso levantará el acta del acuerdo en que consten los fundamentos de tal determinación y la unidad investigadora emitirá una resolución de absolución o sobreseimiento, según corresponda, la que además ordenará el archivo de los antecedentes. Dicha resolución será notificada al sujeto fiscalizado y a la persona o entidad denunciante, si la hubiere.

En el evento que el Comité resuelva que es procedente aplicar la sanción, el relator del caso levantará un acta del acuerdo, cuyo formato se adjunta en Anexo N° 2 de este Capítulo, denominada "Acta de Comité-Propuesta de Sanción". Esta acta será de público conocimiento y copia de ella podrá requerirse conforme al procedimiento previsto en la ley.

Posteriormente, el redactor de la resolución exenta respectiva, que será la Jefatura de la Unidad de Fiscalización Legal u otro abogado (a) de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, recibirá todos los antecedentes, la minuta y acta de acuerdo y procederá a la confección de dicha resolución, la que deberá contener los fundamentos para sancionar, la materia y la sanción propuesta.

En la resolución exenta deberá indicarse expresamente, en su parte resolutoria, además de la sanción, la irregularidad que se está sancionando. Asimismo, deberán señalarse expresamente los recursos que proceden en contra de dicho acto administrativo, indicando los plazos legales para interponerlos.

Por otra parte, deberán señalarse en los "Considerandos" de la respectiva resolución, en forma clara y precisa, los hechos que determinan la conducta sancionada y las pruebas a través de las cuales éstos fueron acreditados en el procedimiento.

Cuando se entregue la resolución exenta al Intendente de Fondos y Seguros Previsionales, se deberá adjuntar a ésta el Acta del Comité donde se ha establecido la sanción a aplicar al sujeto fiscalizado.

La antedicha resolución será visada por el abogado redactor y el jefe de la unidad investigadora debiendo ser notificada al sujeto fiscalizado.

5. Impugnación

Ante cualquier recurso administrativo que presente el infractor por la aplicación de una de las sanciones establecidas por ley, la unidad investigadora deberá exponer los antecedentes del recurso ante el comité, solicitando al Secretario del Comité la inscripción del caso, con a lo menos una semana de anticipación a la próxima sesión programada, enviando a través de un correo electrónico la Minuta Presentación Recurso de Reposición, cuyo formato se adjunta en Anexo N° 3 de este Capítulo.

Se pondrá en conocimiento de la parte denunciante, si la hubiere, el recurso administrativo que presente el infractor.

Si el infractor corresponde a un agente de ventas, se notificará también a la isapre respectiva, para que tome conocimiento de la existencia del referido recurso.

Una vez resuelto si se acoge o rechaza el recurso por el Comité, deberá levantarse un acta utilizando el formato indicado en el Anexo N° 4 "Acta de Comité - Recurso de Reposición" del presente Capítulo y entregarla posteriormente al abogado redactor para la elaboración de la resolución que será firmada por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

Cabe destacar que de acuerdo a lo establecido en los artículos 51 y 57 de la Ley 19.880, las resoluciones dictadas por la autoridad administrativa producen efectos jurídicos desde su notificación. La interposición de los recursos administrativos no suspende la ejecución del acto impugnado, a menos que dicha suspensión se autorice expresamente por la autoridad llamada a conocer del recurso.

Sin perjuicio de lo anterior, en el caso que se interponga un Recurso de Reclamación ante la Corte de Apelaciones respectiva, tras el rechazo total o parcial del recurso de reposición que prevé el artículo 113 del DFL N° 1, la Resolución que aplique multa o cancele el registro de una institución, sólo deberá cumplirse una vez ejecutoriada la resolución respectiva.

6. Control del cumplimiento de la sanción ¹⁶¹

El control de cumplimiento de las sanciones estará radicado en la Unidad de Fiscalización Legal la que, a través del Sistema de Seguimiento de Sanciones verificará que los plazos se cumplan.

En el caso de las multas, el Departamento de Administración y Finanzas debe informar oportunamente a la Unidad de Fiscalización Legal el pago de las multas respectivas. Para estos efectos, las resoluciones que apliquen multas, las rebajen o las anulen, deben incluir a aquel Departamento en su distribución.

¹⁶¹ N° 1.14 Y 1.15 punto II, Circular IF N° 139,30.12.2010.

Anexo Nº 1

MINUTA PROPUESTA DE SANCIÓN

UNIDAD INVESTIGADORA	
NOMBRE RELATOR DEL CASO	
SUJETO FISCALIZADO	
IRREGULARIDAD	
FECHA DE LA MINUTA	

1.- RELACIÓN DE HECHOS CONSTITUTIVOS DE INFRACCIÓN

Identificar claramente los hechos o pruebas que sustentan la propuesta de sanción. Ej.

- 1.1.-
- 1.2.-
- 1.3.-
- etc.

2.- NORMATIVA INFRINGIDA

Señalar las distintas disposiciones legales infringidas

- 2.1.-
- 2.2.-
- 2.3.-
- etc.

3.- INSTRUCCIONES IMPARTIDAS Y CARGOS FORMULADOS

Corresponde llenar esta parte cuando la sanción propuesta se ha originado por el incumplimiento por parte del sujeto fiscalizado, de instrucciones anteriores.

- 3.1.-
- 3.2.-
- 3.3.-
- etc.

4.- DESCARGOS PRESENTADOS POR EL SUJETO FISCALIZADO

Detallar los descargos presentados por el sujeto fiscalizado

- 4.1.-
- 4.2.-
- 4.3.-
- etc.

5.- ANALISIS DE LOS DESCARGOS Y MEDIOS DE PRUEBA

Efectuar por cada uno de los descargos el correspondiente análisis

5.1.-

5.2.-

5.3.-

etc.

6.- PROPUESTA DE SANCIÓN

Debe indicarse la sanción propuesta y los argumentos que la sustentan

Anexo N° 2¹⁶²

**ACTA DE COMITÉ
 PROPUESTA DE SANCIÓN**

I.- RELACIÓN SOLICITUD DE SANCIÓN: FECHA DE LA SESIÓN

UNIDAD INVESTIGADORA:
NOMBRE RELATOR:
MATERIA DE LA SANCIÓN :
SUJETO FISCALIZADO:
NORMATIVA INFRINGIDA (ley, Instrucciones Generales, Instrucciones Específicas)
FUNDAMENTOS DE LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN:
FUNDAMENTOS DEL VOTO DE MINORÍA

II.- ACUERDO COMITÉ		
III.- INTEGRANTES COMITÉ	VOTACIÓN	FIRMA INTEGRANTES
REPRESENTANTE DE FISCALÍA		
JEFATURA DEL SUBDEPARTAMENTO DE REGULACIÓN		
JEFATURAS DEL SUBDEPARTAMENTO DE CONTROL GES O DEL SUBDEPARTAMENTO DE RÉGIMEN COMPLEMENTARIO Y FINANCIERO		

¹⁶² N° 1.16 punto II, Circular IF N° 139,30.12.2010.

Anexo Nº 3

MINUTA PRESENTACIÓN RECURSO DE REPOSICIÓN
--

UNIDAD INVESTIGADORA	
NOMBRE RELATOR DEL CASO	
RESOLUCIÓN RECURRIDA	Identificar número de la resolución y fecha
SUJETO FISCALIZADO	
SANCIÓN APLICADA	Identificar claramente la sanción Si es multa, señalar el monto
FECHA DE LA MINUTA	

1.- RESUMEN DE LA IRREGULARIDAD

Incluir el resumen de la formulación de cargos, descargos del sujeto fiscalizado y los medios de prueba aportados.

2.- SANCIÓN APLICADA Y SUS FUNDAMENTOS

Señalar el monto de la sanción y resumen de la materia por la que se aplicó la sanción

3.- RECURSO DE REPOSICIÓN

Señalar claramente los argumentos de la isapre en su recurso de reposición

4.- ANÁLISIS DEL RECURSO

5.- PROPUESTA DE LA UNIDAD QUE SOLICITÓ LA SANCIÓN

Indicar si se acepta o rechaza el recurso administrativo

Capítulo IX Procesos de Fiscalización de la Superintendencia de Salud a las Isapres y el Fonasa

1. Instrucciones relativas a los procesos de fiscalización a las isapres

I. Acerca de la fiscalización

1.- Las tareas de fiscalización de las Instituciones de Salud Previsional son realizadas por funcionarios de la Superintendencia de Salud, a los que se denomina “fiscalizadores”.

Al inicio de un proceso de fiscalización regular, los fiscalizadores exhibirán, a quien hubiese sido designado como coordinador de fiscalización de la isapre, su credencial institucional y le informarán del inicio de un proceso de fiscalización, las materias que se analizarán y el tiempo aproximado de duración del mismo, de todo lo cual se dejará constancia en el Libro de Inspección. Dicha información no limitará, en ningún caso, las facultades de fiscalización de este Organismo de Control.

2.- Las labores de fiscalización, atendida la naturaleza de la materia objeto de revisión, pueden realizarse en dependencias de las isapres y/o desde las oficinas de la Superintendencia de Salud.

A. Fiscalización en las dependencias de la isapre

1.- Las Instituciones deben dar cumplimiento íntegro y oportuno a los requerimientos que les sean formulados por los fiscalizadores.

2.- Las isapres deben permitir a los fiscalizadores de la Superintendencia de Salud inspeccionar todas sus operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos, documentos, actas de directorio, informes de auditorías y todo otro antecedente que resulte necesario para la realización de las fiscalizaciones que lleve a cabo este Organismo de Control en ejercicio de las competencias que le otorga la ley.

3.- Salvo las excepciones autorizadas expresamente por la Superintendencia de Salud, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en la sede principal de sus negocios.

Las isapres deberán permitir a los fiscalizadores la inspección de toda la documentación que les sea requerida, evitando dilaciones en la entrega.

Las instituciones mantendrán a disposición de la Superintendencia, en su casa matriz o en otro lugar, si han sido autorizados expresamente, un Archivo de Cotizantes, conforme las instrucciones contenidas en el Título I del Capítulo I de este Compendio de Procedimientos. Dicho archivo consistirá en archivos físicos y/o electrónicos.

4.- Las isapres deberán designar a un funcionario titular y a un suplente, que desempeñe la tarea de coordinar y actuar como facilitador de las revisiones que lleve a cabo la Superintendencia e informarán, por escrito, al Departamento de Control y Fiscalización de la Superintendencia de Salud, el titular y suplente designados para dichos efectos. Esta información deberá mantenerse permanentemente actualizada, comunicando los cambios que se produzcan, a más tardar, al día siguiente hábil de producido éste.

Lo anterior, debe entenderse sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 3° del artículo 110 del DFL N° 1, en cuanto los fiscalizadores de la Superintendencia podrán requerir a sus administradores, asesores, auditores externos o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información.

Las isapres adoptarán las medidas conducentes para reemplazar a los encargados de procedimientos específicos, actividades o funciones susceptibles de ser fiscalizadas por este Organismo, cuando éstos se encuentren ausentes, con el fin de permitir el adecuado desarrollo de las fiscalizaciones en curso.

5.- Los fiscalizadores están facultados para inspeccionar los sistemas y plataformas de información de la institución fiscalizada, tales como: de afiliados, de contratos, de cotizaciones, de beneficios e información contable. Entre la información de naturaleza contable podrá requerirse la revisión, entre otros, del Libro Mayor, el

Libro Diario, comprobantes contables, análisis de cuentas, centralizaciones, inventarios operacionales y balances de comprobación y saldos.

Será de responsabilidad de las instituciones adoptar las medidas de resguardo necesarias para que la información contenida en dichos sistemas y plataformas no resulte modificada de ninguna manera como consecuencia de la fiscalización que se practique, sin perjuicio de las correcciones que resulte necesario efectuar con motivo de la propia fiscalización.

6.- Las isapres que mantengan servicios externalizados sobre cualquier materia o antecedente sujeto a fiscalización, deberán garantizar que la información que se les requiera esté disponible íntegra y oportunamente para su inspección por los fiscalizadores.

7.- Las isapres proporcionarán a los fiscalizadores de la Superintendencia de Salud las siguientes condiciones mínimas, estimadas indispensables para el cumplimiento de sus funciones:

7.1. Aspectos físicos:

7.1.1. Un espacio físico adecuado para el trabajo de dos fiscalizadores y que se destine exclusiva o prioritariamente a éstos y que deberá contar, al menos, con el mobiliario adecuado y las condiciones que permitan garantizar la privacidad indispensable para la protección de la información concerniente a la isapre y sus beneficiarios.

7.1.2. Un mueble destinado al uso exclusivo de los fiscalizadores, que garantice la seguridad de la documentación y los elementos de trabajo de dichos funcionarios.

7.2. Aspectos tecnológicos:

Las isapres deberán poner a disposición de los fiscalizadores elementos computacionales, en el espacio físico destinado a su trabajo, y establecer condiciones de seguridad que garanticen la privacidad absoluta de la información que ellos utilicen.

7.2.1. Para los efectos señalados, la isapre tendrá el siguiente equipamiento computacional:

- A. Conectividad a Internet para un equipo móvil de propiedad de la Superintendencia que utilizará el fiscalizador y
- B. Computador proporcionado por la isapre, con conectividad a Internet.

En ambos casos, la conectividad podrá consistir en:

- Acceso a Internet a través de una tarjeta de red (NIC RJ45) conectada a la red de la isapre con un direccionamiento de IP automático (DHCP).
- Acceso a Internet mediante tarjeta de red inalámbrica WI-FI o WIRELESS conectada a red de la isapre con un direccionamiento de IP automático (DHCP) o IP fijo.

El equipo indicado en la letra B) precedente deberá cumplir, al menos, con las siguientes condiciones:

a) Hardware:

- 1.- Computador personal;
- 2.- Procesador 1.0 GHz, como mínimo;
- 3.- Memoria RAM 256 (dependiendo del procesador);
- 4.- Espacio libre en disco de 10GB;
- 5.- Disketera de 1,44;
- 6.- 2 Puertos USB 2.0 disponibles;

- 7.- Unidades de CD 48x;
- 8.- Tarjeta de Red 10/100;
- 9.- Monitor super VGA;
- 10.- Teclado y Mouse.
- 11.- Acceso expedito a impresora.

b) Software:

- 1.- Sistema operativo Microsoft Windows 2000 o Windows XP;
- 2.- Microsoft office compatible con versión 2003;
- 3.- Acceso a Internet mínimo 128 Kbps;
- 4.- Antivirus actualizado y vigente;
- 5.- Compactador de archivos computacionales.

7.2.2 Las isapres deberán cumplir siempre las siguientes condiciones mínimas:

- No debe existir intromisión alguna en los datos con que trabajen los fiscalizadores, mediante mecanismos o elementos de comunicación, programas de software o de otro tipo, que permitan ingresar en forma directa o remota a dicha información.
- Habrá resguardo físico de los computadores destinados a la labor de fiscalización, de manera que éstos no puedan ser utilizados hasta después de concluido formalmente el proceso en curso.
- El equipo que la isapre ponga a disposición de los fiscalizadores contará con clave de acceso con privilegio de usuario avanzado. Asimismo, dicho equipo deberá contar con conexión a los sistemas y plataformas de información utilizadas por la isapre, en virtud de lo establecido en el Título I, letra A.5 de la presente Circular.

8.- Las isapres deberán mantener, en su casa matriz, a disposición de los fiscalizadores, un Libro de Inspección prefoliado y timbrado por este Organismo Fiscalizador, o el que ya se encuentre habilitado y en uso, el que sólo podrá ser utilizado por los funcionarios de la Superintendencia de Salud para registrar en él las fiscalizaciones que efectúen.

En dicho Libro, los fiscalizadores registrarán el inicio y término de la visita en terreno, así como las observaciones que sea necesario consignar.

A partir de la fecha de término de una fiscalización se entenderán liberados los recursos físicos y el equipamiento puesto a disposición de los fiscalizadores.

B. Fiscalización practicada desde las oficinas de la Superintendencia de Salud

- 1.- Los fiscalizadores de la Superintendencia podrán siempre formular a las isapres requerimientos de documentación o información.
- 2.- Dichos requerimientos se efectuarán por escrito, dirigidos al encargado del área específica de que se trate el proceso de fiscalización, con copia al Coordinador designado en conformidad a lo establecido en el N° 4 de la letra A de este Título.
- 3.- Las isapres están obligadas a dar cumplimiento íntegro y oportuno a los requerimientos que se les formulen y en la forma que dicho cumplimiento les sea instruido, salvo encontrarse impedidas por la ocurrencia de un caso fortuito o fuerza mayor, lo que será informado por escrito al fiscalizador requirente.

II. Plazos para el cumplimiento de los requerimientos formulados en los procesos de fiscalización.

1.- Los fiscalizadores expresarán, conjuntamente con su requerimiento de documentación o información a las aseguradoras, el plazo que se confiere para el cumplimiento del mismo.

2.- Los plazos que se establezcan no podrán importar una alteración en el desenvolvimiento normal de las actividades de las isapres, debiendo considerar en su determinación circunstancias tales como la naturaleza y volumen de la información requerida y los horarios de funcionamiento de las instituciones de salud.

3.- Las solicitudes de prórroga de los plazos conferidos para el cumplimiento de los requerimientos de los fiscalizadores deben ser formuladas y justificadas directamente al fiscalizador requirente, antes del vencimiento del plazo.

III. Obligación de informar a los beneficiarios

En el evento que esta Superintendencia detecte irregularidades por las que las isapres deban efectuar reprocesos y comunicar a los afiliados las correcciones que les benefician, la forma y oportunidad en que se llevarán a cabo, la institución deberá informarles, además, que la regularización efectuada deriva de instrucciones expresas de la Superintendencia de Salud.

IV. Trato adecuado a los fiscalizadores

Los directores, gerentes, apoderados y administradores de las isapres deberán velar porque todos y cada uno de los dependientes y funcionarios de su institución brinden a los fiscalizadores de la Superintendencia de Salud un trato respetuoso y la debida colaboración para el cumplimiento de sus funciones. De la misma forma deberán proceder los fiscalizadores de la Superintendencia.

V. Impedimento o entorpecimiento de la fiscalización

Es deber de las isapres adoptar las medidas tendientes a facilitar los procesos de fiscalización, evitando conductas que puedan impedir o dificultar las fiscalizaciones que se lleven a cabo por funcionarios de esta Superintendencia.

Se han estimado conductas o circunstancias que impiden o entorpecen la fiscalización, por ejemplo, impedir el acceso a las dependencias de la isapre, a los muebles y espacios físicos destinados a los fiscalizadores y a los computadores dispuestos para los fines de la fiscalización; impedir la inspección de los documentos, archivos y/o libros de la isapre; impedir la consulta de los sistemas de información en los términos establecidos en el N° 5 de la letra A del N° 1, Título I de este Capítulo IX; no entregar o retardar la entrega de los documentos o antecedentes, archivos y/o libros que les sean requeridos; entregar información incompleta o que no corresponda a la real; dilatar el otorgamiento de entrevistas; borrar o manipular información de los equipos computacionales asignados a funcionarios de la Superintendencia.

En conformidad a lo señalado en el ya citado inciso 3° del artículo 110 del DFL N° 1, de 2005, los procesos de fiscalización que se lleven a cabo no alterarán el desenvolvimiento normal de las actividades de las isapres.

VI.- Derecho de impugnación

Conforme la normativa vigente, si las isapres estiman que una instrucción impartida durante o como consecuencia de un proceso de fiscalización no se ajusta a derecho, puede deducir un recurso de reposición ante el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y, en subsidio, un recurso jerárquico ante el Superintendente de Salud; sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales que procedan.

2. Procedimiento de fiscalización al Fonasa

I. Acerca de la fiscalización

1. Las tareas de fiscalización son realizadas por funcionarios de la Superintendencia de Salud, a los que se denominará “fiscalizadores”.
2. Las labores de fiscalización, atendida la naturaleza de la materia objeto de revisión, podrán realizarse en dependencias del Fonasa y/o desde las oficinas de la Superintendencia de Salud.

A. Fiscalización en las dependencias del Fonasa

1. En el contexto de una visita inspectiva, los fiscalizadores pueden formular solicitudes al Fonasa, las que deben ser cumplidos por éste en forma íntegra y oportuna.
2. Asimismo, los fiscalizadores de la Superintendencia de Salud están facultados para inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos, documentos y todo otro antecedente que resulte necesario para la realización de las fiscalizaciones en el ámbito de las competencias que la ley le otorga a este Organismo.
3. Los fiscalizadores también pueden solicitar información y entrevistar a cualquier funcionario del Fonasa cuya declaración, a juicio del fiscalizador, resulte útil y pertinente a los fines de la fiscalización.

Lo anterior procederá aún cuando el Fonasa hubiese designado funcionarios determinados para atender los requerimientos de fiscalización de que se trate.

Con el fin de permitir el adecuado desarrollo de las fiscalizaciones en curso, se requiere que el Fonasa adopte las medidas conducentes para reemplazar a los encargados de procedimientos específicos, actividades o funciones fiscalizadas por la Superintendencia, cuando éstos se encuentren ausentes.

4. Para el sólo objeto de consulta de datos, los fiscalizadores pueden acceder a los sistemas y a las plataformas de información del Fonasa.
5. En el evento que el Fonasa mantenga servicios externalizados sobre cualquier materia o antecedente sujeto a fiscalización, se requiere que facilite el acceso oportuno e íntegro de los fiscalizadores a la información que les sea requerida solicitada respecto del servicio externalizado.
6. Para generar las condiciones que permitan garantizar la privacidad indispensable para la protección de la información que utilicen los fiscalizadores, resulta necesario que el Fonasa les proporcione un espacio físico adecuado en el que puedan instalarse y que se destine exclusiva o prioritariamente a éstos y que cuente con el mobiliario adecuado.
7. Para registrar las fiscalizaciones que se efectúen, el Fonasa deberá contar, en el nivel central, con un Libro de Inspección prefoliado y timbrado por este Organismo Fiscalizador, el que será utilizado por los fiscalizadores para registrar el inicio y término de la visita en terreno, su objeto y las observaciones que sea necesario consignar.

A partir de la fecha de término de una fiscalización se entenderán liberados los recursos físicos y el equipamiento puesto a disposición de los fiscalizadores.

B. Fiscalización practicada desde las oficinas de la Superintendencia de Salud

1. Para el ejercicio de sus funciones, los fiscalizadores formulan requerimientos de documentación o información.
2. Dichos requerimientos se efectuarán por escrito, ya sea en un oficio o en un correo electrónico, dirigido al funcionario habilitado por el Fonasa para dichos fines.
- 3- Por su parte, el Fonasa responderá dicho requerimiento en forma íntegra y oportuna al fiscalizador que lo haya formulado.

II. Plazos para el cumplimiento de los requerimientos formulados en los procesos de fiscalización

1. Los fiscalizadores deberán expresar, conjuntamente con su requerimiento de documentación o información, el plazo que se confiere para el cumplimiento del mismo.
2. Las solicitudes de prórroga de los plazos conferidos para el cumplimiento de los requerimientos de los fiscalizadores deben ser formuladas y justificadas directamente al fiscalizador, antes del vencimiento del plazo.

III. Trato adecuado a los fiscalizadores

Se requiere que los directivos del Fonasa velen porque todos y cada uno de sus funcionarios brinden a los fiscalizadores de la Superintendencia de Salud un trato respetuoso y la debida colaboración para el cumplimiento de sus funciones.

De la misma forma procederán los fiscalizadores de la Superintendencia.

IV. Impedimento o entorpecimiento de la fiscalización

Para el normal desarrollo de las funciones de fiscalización, se requiere que el Fonasa instruya a sus funcionarios que deben abstenerse de cualquier conducta que pueda impedir o dificultar las fiscalizaciones que se lleven a cabo por esta Superintendencia.

Son conductas o circunstancias que impiden o entorpecen la fiscalización, por ejemplo, el impedir el acceso a sus dependencias, a los muebles y espacios físicos destinados a los fiscalizadores, a los documentos, archivos y/o libros y a los sistemas o plataformas de información, la no entrega o el retardo en la entrega de los documentos o antecedentes que les sean requeridos.

V. Derecho de impugnación

Conforme la normativa vigente, si el Fonasa estima que una instrucción impartida durante o como consecuencia de un proceso de fiscalización no se ajusta a derecho, puede deducir un recurso de reposición ante el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y, en subsidio, un recurso jerárquico ante el Superintendente de Salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales que procedan.

Eliminado¹⁶³.

3.- Notificación electrónica de los oficios de término de los procesos de fiscalización realizados por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud¹⁶⁴

I.- Aspectos generales

Los oficios de término de las fiscalizaciones, entendiéndose por tales aquéllos que contienen la conclusión de la fiscalización, contarán con Firma Electrónica Avanzada de las jefaturas de la Intendencia de Fondos y Seguros autorizadas para ello, la que será certificada por un prestador acreditado de servicios de certificación en los términos descritos en el Título III de la Ley N°19.799, y en el Reglamento respectivo, y por lo tanto será válida de la misma manera y producirá los mismos efectos que los oficios emitidos por escrito y en soporte de papel.

¹⁶³ Este párrafo fue eliminado por la Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.

¹⁶⁴ Punto 1, Circular IF/N°136, 30.11.2010, Imparte instrucciones para la notificación electrónica de los Oficios de término de procesos de fiscalización realizados por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, complementa el Compendio de Procedimientos.

II.- De la notificación

1.- Los oficios de término de las fiscalizaciones que emita la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales se notificarán mediante un correo electrónico dirigido al Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima de la entidad aseguradora, o a quién éste designe, y les serán notificados a la casilla electrónica que dichas entidades registren para esos fines, según lo instruido en el punto N°III siguiente, adjuntando el archivo que contiene el texto íntegro del oficio emitido, en formato PDF.

2.- Se entenderá que la notificación ha sido practicada el mismo día en que se hubiere remitido la comunicación electrónica, de tal manera que los plazos establecidos comenzarán a correr al día hábil siguiente, conforme a las reglas generales. Para estos efectos se considerarán inhábiles los días sábado, domingo y festivos.

La remisión del correo será confirmada con un registro de despachos exitosos, obtenido por este Organismo a través de una casilla de correo electrónico habilitada como notario, en los servidores de esta Superintendencia.

III.- Habilitación del usuario autorizado

1.- La entidad aseguradora deberá designar a la persona autorizada para recibir el correo electrónico de notificación de los instructivos de término de las fiscalizaciones, la cual deberá ser habilitada en el Sistema de Administración de Usuarios instalado en el portal web Institucional.

Para todos los efectos se entenderá que el usuario habilitado es el Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima de la entidad aseguradora, quien deberá suscribir la Declaración de Responsabilidad y Autorización para la habilitación de usuarios del Sistema de Fiscalización contenida en el anexo N°1 del presente título, aún cuando designe a otra u otras personas para recibir las notificaciones de que tratan estas instrucciones.

2.- Para habilitar al usuario autorizado para recibir las notificaciones electrónicas, las entidades aseguradoras deberán proceder según lo indicado en el anexo N°2 del presente título, a través del Administrador de cuentas de usuarios que la aseguradora ha designado, según lo instruye el N°2, del título I, del Capítulo I, del Compendio de Información dictado por esta Superintendencia.

3.- Será responsabilidad de las entidades aseguradoras ingresar correctamente los datos y mantener actualizada la dirección de correo electrónico de la persona autorizada para recibir la notificación mencionada en las presentes instrucciones, así como la Declaración de Responsabilidad mencionada en el punto III, N°2 precedente, en caso que se produzca algún cambio.

IV.- Acceso a la documentación emitida

La Intendencia mantendrá a disposición de las entidades aseguradoras los oficios que haya emitido por medios electrónicos, a la que accederán registrando usuario y password en la sección "Aseguradoras, Fonasa e Isapres" en el portal web institucional.

V.- Caso fortuito o fuerza mayor

En caso que la notificación electrónica regulada en las presentes instrucciones no pueda efectuarse por caso fortuito o fuerza mayor, este Organismo efectuará las notificaciones que procedan a través de los medios contemplados en la normativa vigente que estime pertinentes.

Asimismo, si la aseguradora detecta dificultades en sus sistemas para recibir electrónicamente las notificaciones, deberá informar oportunamente a esta Superintendencia, para que ésta las efectúe a través de mecanismos alternativos.

Anexo N°1

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA LA HABILITACIÓN DE USUARIOS DEL SISTEMA DE FISCALIZACIÓN

En _____ a _____ de _____ de _____

Yo, _____

Cédula de identidad N° _____ En mi calidad de (Jefe Superior del Servicio,

Gerente General o autoridad máxima) _____

De la entidad aseguradora _____

DECLARO QUE ME HAGO RESPONSABLE DE RECIBIR LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS OFICIOS DE TÉRMINO DE LAS FISCALIZACIONES REALIZADA POR LA INTENDENCIA DE FONDOS Y SEGUROS, EN LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INGRESADA EN EL SISTEMA DE MANTENCIÓN DE USUARIOS, CONTENIDO EN EL PORTAL WEB DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

Firma del Representante Legal de la Aseguradora

(de puño y letra)

Timbre de la Aseguradora

Anexo N°2

HABILITACIÓN DE USUARIOS

1.- Para habilitar el correo electrónico del usuario autorizado para recibir las notificaciones electrónicas, el Administrador de cuentas de usuarios que ha sido designado por la entidad aseguradora, según lo instruye el N°2, del título I, del Capítulo I, del Compendio de Información dictado por esta Superintendencia, deberá acceder al portal Web institucional, a la sección “Aseguradoras Fonasa e Isapres”.



2.- Una vez ingresado a esa sección, deberá elegir la opción “Administración de usuarios de Aseguradoras”, al que podrá acceder ingresando su nombre de usuario y clave.

GOBIERNO DE CHILE | Superintendencia de Salud

Contáctenos

Beneficiarios Fonasa | Beneficiarios Isapres | Aseguradoras Fonasa e Isapres | Prestadores Hosp, clínicas, profesionales

Conózcenos | Regulación | Fiscalización | Servicios | Sala de prensa

Usted está en: Inicio > Aseguradoras: FONASA e ISAPRES > Isapres

Isapres

- Administración de Sistemas**
 - Administración de usuarios de Aseguradoras para extranet de servicios
 - Ayuda general a Aseguradoras
- Fiscalización**
 - Nómina de fiscalizadores de la Superintendencia de Salud
 - Información sobre sanciones y solicitudes de sumario aplicadas por la
- Transferencia de Información**
 - Envío de archivos
 - Designación del Tercer Prestador para las Aseguradoras
 - Urgencia Vital o Secuela
- Regulación** | **Fiscalización** | **Información**

Recorrer por materias

- Afiliación y Desafiliación ISAPRES
- Contrato de Salud ISAPRES
- Cotizaciones de salud
- Cobertura y Bonificaciones

GOBIERNO DE CHILE | Superintendencia de Salud

Contáctenos

Beneficiarios Fonasa | Beneficiarios Isapres | Aseguradoras Fonasa e Isapres | Prestadores Hosp, clínicas, profesionales

Conózcenos | Regulación | Fiscalización | **Servicios** | Sala de prensa

Guía de Servicios | Ranking de Isapres | Biblioteca Digital | Observatorio de Buenas Prácticas | Orientación en Salud | Preguntas Frecuentes

Usted está en: Inicio > Servicios > Guía de servicios > Aseguradoras > Fonasa > Administración de sistemas

Guía de servicios

Buscar servicios

Administración de usuarios de Aseguradoras para extranet de servicios

Imprimir | Enviar mail | Ver PDF

Otros servicios relacionados

- Ayuda general a Aseguradoras

Realizar en línea

¿En qué consiste?

Aplicación desarrollada por la Superintendencia que permite a los administradores de las Isapres, Fonasa y entidades externas autorizadas, administrar los usuarios y sus perfiles asociados a los sistemas extranet disponibles desde el sitio web de la Superintendencia.

GOBIERNO DE CHILE | Superintendencia de Salud

Contáctenos

Beneficiarios Fonasa | Beneficiarios Isapres | Aseguradoras Fonasa e Isapres | Prestadores Hosp, clínicas, profesionales

Conózcenos | Regulación | Fiscalización | **Servicios** | Sala de prensa

Guía de Servicios | Ranking de Isapres | Biblioteca | Observatorio de Buenas Prácticas | Orientación en Salud | Preguntas Frecuentes

Usted está en: Inicio > Servicios > Guía de servicios

Guía de servicios

Por Favor, identifíquese

Ingrese su nombre de usuario:

Clave:

3.- En este segmento tendrá la opción de agregar una nueva cuenta de usuario, donde además de los datos del usuario allí requeridos, deberá marcar en la tabla de acceso a los sistemas habilitados por esta Superintendencia, la opción “Sistema de Fiscalización (SFIS)” y elegir la función “SFIS-Recibe Notificación”.



Gobierno de CHILE

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

POR UNA SALUD FUERTE



Mantenimiento de cuentas

Agregar cuenta

Cambio de clave isapre

Terminar sesión

PruebaT

Mantenimiento de usuarios

Acceso a sistemas

Agentes de Ventas (AGV)

Prestadores Convenidos (PCON)

Reclamos-Derivaciones (RECL)

Regulación (REG)

Sistema de Fiscalización (SFIS)

Traspaso de archivos (TRAS)

Funciones permitidas

SFIS - Recibe Notificación

Datos del usuario

Apellidos:	<input type="text"/>
Nombres:	<input type="text"/>
Clave:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>
Departamento o Unidad Administrativa al que pertenece:	<input type="text"/>
Teléfono directo:	<input type="text"/>

Datos de la cuenta

Activar Desactivar Eliminar

Superusuario

Capítulo X Procedimiento de Regulación de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud Y Notificación de las Instrucciones

I. Procedimiento de Regulación

El proceso de regulación de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud se orienta al cumplimiento de la misión organizacional, en orden a promover relaciones transparentes y equitativas entre usuarios y seguros, para garantizar los derechos en salud, y específicamente, a generar regulación que garantice los derechos de los usuarios y promueva la transparencia.

El Proceso de Regulación considera la observación permanente del Sistema, el estudio de áreas o materias específicas susceptibles de regulación, la preparación de informes y propuestas de actividades regulatorias y la elaboración, actualización y difusión de normas administrativas.

Para ejecutar este proceso, en enero de 2005 se creó el Subdepartamento de Regulación, radicando en esta unidad especializada la instalación y administración de un Proceso de Regulación transparente, participativo y efectivo, entendiéndose por tal, aquél que contribuye al resguardo de los deberes y derechos de los usuarios, propiciando la competencia y el correcto funcionamiento del Sistema de Salud Previsional, a través de una normativa coherente y sistematizada.

El Procedimiento de Regulación contemplará la existencia de un cuerpo sistematizado, estructurado y en permanente actualización de toda la normativa vigente que emite la Intendencia, que se contiene en un compendio agrupado, por ahora, en cuatro áreas temáticas, a saber, instrumentos contractuales, beneficios, procedimientos e información, disponible en el portal Web de la Superintendencia.

1. Principios y directrices de la función reguladora

Los principios que se han definido para el eficiente desarrollo del proceso de regulación son las siguientes:

- 1.1. Proteger los derechos de los beneficiarios y promover su cumplimiento por los sistemas de salud público y privado.
- 1.2. Promover la competencia de la industria de aseguradores privados en el entendido que ésta contribuye al resguardo de los derechos de los beneficiarios.
- 1.3. Normar en forma general e imparcial a los entes fiscalizados, sin perjuicio de las segmentaciones que sean racionales y necesarias, atendiendo a las diferencias particulares de los usuarios y aseguradores.
- 1.4. Fomentar un proceso **participativo**, contemplando la concurrencia de las opiniones técnicas de las entidades reguladas, de los usuarios y público en general; **investigativo**, dado que tendrá como prerrequisito el disponer de información especializada relevante sobre cada materia; **consultivo**, en términos de dar a conocer a los regulados los proyectos de regulación a objeto de anticiparse respecto de sus efectos técnicos, operativos y de costo que asumen aquéllos y **programado**, en términos de elaborar anticipadamente un plan anual de regulación, donde consten materias, plazos y prioridades.
- 1.5. Mantener un procedimiento transparente y actualizado, donde se establecerán las actividades de regulación y los participantes, el que será conocido por las entidades reguladas, los usuarios y público en general.
- 1.6. Considerar un mecanismo periódico de revisión sustantiva de las instrucciones vigentes emitidas por la Superintendencia, con los organismos externos relacionados con la materia que se trate.
- 1.7. Procurar el máximo de eficiencia, de modo de hacer buen uso de los recursos asignados para dicho propósito. Asimismo, se pondrá atención a la efectividad de los costos de las normas, asegurando que los recursos empleados no puedan producir mayores beneficios si fueran asignados de manera diferente.
- 1.8. Complementar y promover las iniciativas de las entidades fiscalizadas en la solución de problemas que presenten los seguros de salud, estimulando los espacios de autorregulación en dichas entidades.

1.9. Responder en forma oportuna y adecuada a las necesidades de normativa de materias que sean de competencia de la Intendencia, que surjan de unidades de la Superintendencia de Salud, entidades reguladas, otros organismos externos, usuarios, etc. -previa evaluación de su pertinencia- priorizando aquellas materias que revistan mayor importancia.

1.10. Mantener un cuerpo sistemático de normas que estará permanentemente actualizado y será difundido por la Superintendencia con el objetivo que, tanto los regulados, los usuarios, así como otros organismos públicos, dispongan de certeza jurídica que guíe su quehacer en materia de seguros previsionales de salud.

2. Instrumentos de regulación

Los instrumentos utilizados en el proceso de regulación son los siguientes:

a) Circular: Es el instrumento básico y principal a través del cual la Intendencia ejerce su facultad de impartir instrucciones de aplicación general referidas a una determinada materia a los entes fiscalizados.

b) Oficio Circular: Instrumento a través del cual se instruye sobre una materia particular y específica, se aclara o precisa algún aspecto de una circular y/o se modifica un plazo.

Una norma de esta jerarquía puede ser modificada o derogada por una circular o por otro oficio circular.

Este instrumento también podrá ser utilizado para requerir información puntual para el desarrollo de sus funciones o para requerir información a los entes fiscalizados.

c) Oficio Circular "materia": El Ordinario Circular N° 1, de 16 de enero de 2004, de la Superintendencia de Salud, definió este tipo de instrumento de regulación, cuyo objetivo es dictar instrucciones de aplicación general basada en un criterio interpretativo, conforme al cual se resuelve consistentemente la aplicación y cumplimiento de ciertas normas que regulan el otorgamiento de prestaciones que establecen la ley y los contratos de salud.

Una norma de esta jerarquía puede ser modificada o derogada por una circular o por otro oficio circular.

Todos los instrumentos de regulación señalados pueden ser modificados por Resolución Exenta, en caso que hubieren sido objeto de recurso de reposición interpuesto por los organismos fiscalizados en contra de instrucciones impartidas por la autoridad. A través de ella se sanciona la materia en discusión, lo que puede originar la modificación de la instrucción originalmente emitida. El texto actualizado de la normativa modificada será publicado en el portal web institucional.

3. Requerimiento de observaciones a los organismos fiscalizados

En el caso que así se defina en el requerimiento de regulación, el proyecto de normativa se someterá a la consideración de los organismos fiscalizados, para que aporten sus sugerencias y observaciones, especialmente, desde el punto de vista de su implementación técnica, operativa y del impacto en los costos.

El Subdepartamento de Regulación enviará el proyecto de instructivo por los medios que estime conveniente otorgando un plazo perentorio para que los organismos consultados se pronuncien, transcurrido el cual, las observaciones que lleguen podrán no ser consideradas. La comisión analizará las observaciones y la pertinencia de su incorporación.

II. Notificación electrónica de normativa emitida por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

1. Aspectos generales

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud notificará a las entidades aseguradoras la emisión de normativa por medios electrónicos, a fin de lograr una comunicación con las entidades fiscalizadas más expedita y eficaz.

La normativa emitida contará con Firma Electrónica Avanzada del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales o del Superintendente, en su caso, certificada por un prestador acreditado en los términos descritos en el Título III de la Ley N° 19.799, y en el Reglamento respectivo, y por lo tanto será válida de la misma manera y producirá los mismos efectos que la normativa emitida por escrito y en soporte de papel.

La normativa emitida por medios electrónico estará siempre dirigida al Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima de la entidad aseguradora y le será notificada a la casilla electrónica que la institución registre para esos fines.

2. Notificación electrónica de la normativa

2.1. La normativa que emita la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales se notificará mediante un correo electrónico a la casilla que la entidad aseguradora haya registrado para tales efectos, comunicando este hecho y adjuntando el archivo que contiene el texto íntegro de la normativa emitida, en formato PDF.

2.2. Se entenderá que la normativa ha sido formalmente notificada a la entidad aseguradora, el día hábil siguiente a la remisión del correo electrónico que comunica su emisión. Este último evento será confirmado con un registro de despachos exitosos, obtenido por la Intendencia a través de una casilla de correo electrónico habilitada como notario, en los servidores de la Superintendencia de Salud.

2.3. Para la contabilización de los plazos asociados al cumplimiento de las obligaciones y ejercicio de los derechos que contempla la legislación vigente, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

2.3.1. Se considerará como días inhábiles los días sábado, domingo y festivo.

2.3.2. Los correos electrónicos remitidos hasta las 12.00 horas de un día se considerarán enviados durante ese día.

2.3.3. Los correos electrónicos remitidos a partir de las 12.01 horas se considerarán enviados el día siguiente.

3. Habilitación del usuario autorizado

La entidad aseguradora deberá designar a la persona autorizada para recibir el correo electrónico de notificación de la normativa, la cual deberá ser habilitada en el Sistema de Administración de Usuarios instalado en el portal Web de la Superintendencia de Salud.

Para todos los efectos, se entenderá que el usuario habilitado es el Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima de la entidad aseguradora, quien deberá suscribir la Declaración de Responsabilidad y Autorización para la habilitación de usuarios del Sistema de Regulación contenida en el Anexo de este Título.

Para habilitar al usuario autorizado para recibir las notificaciones electrónicas las entidades aseguradoras deberán proceder conforme se indica en el Anexo de este Título, a través del Administrador de cuentas de usuarios que ha sido designado según lo instruido en las instrucciones impartidas por esta Superintendencia en relación a la transmisión de información y remisión de los archivos maestros de información que los seguros envían a la Superintendencia.

Será responsabilidad de las entidades aseguradoras ingresar correctamente los datos y mantener actualizada la dirección de correo electrónico de la persona a quien irá dirigida la notificación mencionada.

4. Almacenamiento

Sin perjuicio que en la oportunidad de la notificación vía correo electrónico de que tratan estas instrucciones, se adjunte la normativa emitida en un archivo PDF, esta Intendencia depositará la versión XML de tales documentos, en un web service de la Superintendencia de Salud.

La Intendencia continuará con la publicación de la normativa emitida en el portal web institucional, que es de libre acceso a toda la comunidad.

5. Caso fortuito o fuerza mayor

En caso que la notificación electrónica de que se trata en estas instrucciones no pueda llevarse a cabo por caso fortuito o fuerza mayor, se efectuarán las notificaciones a través de los medios tradicionales que se estimen pertinentes.

Anexo

Declaración de responsabilidad y autorización para la habilitación de usuarios del Sistema de Regulación

En..... a de..... de.....

Yo,.....

Cédula de identidad N°.....

En mi calidad de (Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima)..... de la entidad aseguradora.....

Declaro que me hago responsable de recibir la notificación electrónica de la normativa emitida por la Intendencia de Fondos y Seguros, en la dirección de correo electrónico ingresada en el Sistema de Mantención de Usuarios, contenido en el portal web de la Superintendencia de Salud.

Firma del Representante legal de la aseguradora

(de puño y letra)

Timbre de la aseguradora

Capítulo XI Procedimientos Relativos a las Garantías Explícitas en Salud

Título I. Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad ¹⁶⁵

1. Situaciones de Excepción

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad, cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso. Las causales que se indican, se ajustarán a los conceptos y condiciones que se individualizan en el presente Título, debiendo estar siempre las aseguradoras en condiciones de acreditarlas mediante la respectiva documentación de respaldo.

Lo anterior, en el entendido que los problemas de salud con garantías explícitas, pueden contener diversas prestaciones con garantía de oportunidad y cada una de éstas debe tratarse en forma independiente cuando así lo amerite.

2. Causales de Excepción

2.1 Inasistencia: Ausencia del paciente o beneficiario a dos citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada.

Si con ocasión de alguna de las citaciones, el beneficiario o su representante informa una determinada situación que le impida asistir para el otorgamiento de la prestación, dicha inasistencia se considerará como justificada, debiendo registrarse tal justificación, así como el nombre de quien la notificó. Por tanto, la inasistencia justificada no se contabilizará como ausencia a una citación efectiva, debiendo practicarse una nueva citación.

Para acreditar la citación efectiva, entendiéndose por ésta, aquella situación en que se tomó contacto directo con el paciente o su representante, se podrán utilizar cualquiera de los siguientes mecanismos con sus respectivos respaldos:

- a) **Citación Presencial:** Registro de la citación en el establecimiento, cuando proceda, suscrita por el paciente o su representante.
- b) **Llamada telefónica:** Registro de la llamada telefónica con contacto efectivo con el beneficiario o su representante, con indicación de su resultado.

El registro deberá contener la constancia de los llamados que fue necesario realizar para lograr la citación efectiva, utilizando para ello, a lo menos, la información disponible en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", (números telefónicos y correo electrónico) u otra aportada con posterioridad para este efecto.

En el evento que se cuente con la grabación de la llamada, ésta deberá conservarse, a lo menos, mientras la prestación no haya sido otorgada.

¹⁶⁵ Título incorporado mediante Circular IF N°248, del 27 de julio de 2015

- c) Visita domiciliaria:** Registro de la visita domiciliaria, con indicación del nombre y la firma de quien recibió la citación, que podrá corresponder al beneficiario u otra persona en su nombre, y del resultado de dicha visita. La citación deberá entregarse en sobre cerrado, dirigida al beneficiario.
- d) Carta Certificada:** Nómina del correo en la que conste la fecha del envío al domicilio informado por el beneficiario o su representante en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES" u otro registrado con posterioridad para estos efectos. El domicilio podrá pertenecer a otra persona, que hubiere sido autorizada por escrito por el beneficiario. Deberá contarse con registro del resultado del procedimiento.

Cada inasistencia deberá quedar consignada en el registro de citaciones y/o control de asistencia, y deberá ser suscrita por el profesional o administrativo encargado del registro.

En cada citación efectiva se deberá informar al paciente o su representante, que la tercera inasistencia sin justificación, constituye causal de cierre del caso.

- 2.2 Rechazo:** Expresión de voluntad del paciente o su representante, de rechazar la prestación y/o el prestador, el que debe constar por escrito en el documento utilizado para este fin, indicándose el motivo del rechazo.
- 2.3 Fuerza Mayor por Estado de Salud:** Decisión justificada del profesional tratante ante condiciones del paciente. Puede ser:

- **Postergación de la prestación:** Conforme antecedentes médicos y circunstancias específicas del caso, no es posible otorgar la prestación en ese momento.
- **Exclusión de la prestación:** Conforme antecedentes médicos se excluye al paciente del otorgamiento de la prestación.

El profesional tratante responsable de la indicación deberá registrar en la ficha clínica del paciente los antecedentes clínicos que motivan la decisión de postergar el otorgamiento de la prestación o de excluirla, según corresponda.

Además, deberá existir constancia de que se informó al paciente la causal por la cual no se otorgó la prestación y, en caso de postergación, del evento o condición que debe ocurrir para acceder a la prestación exceptuada. En caso de exclusión, se dejará constancia de que se informaron las acciones que corresponden para continuar con el beneficio.

3. Gestión de Casos con Garantía Exceptuada

El Fonasa y las Isapres deberán supervigilar y controlar que los prestadores lleven a cabo las gestiones que correspondan en cada caso, luego de exceptuada una garantía, considerando tanto la causal de la excepción como la circunstancia de que dicha excepción sea transitoria o permanente.

Lo anterior implica el control del monitoreo continuo por parte de los prestadores, de las garantías exceptuadas, el que considerará, a lo menos, la misma periodicidad contemplada en la garantía de que se trate.

- 3.1** Tratándose de excepciones por inasistencia o postergación de la prestación por estado de salud, las gestiones tendrán como objetivo el otorgamiento de las prestaciones respectivas, en un plazo que no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente de acuerdo al decreto, a partir de la indicación del profesional, una vez superada la causal que impidió dicho otorgamiento.

3.2 Si la excepción es por rechazo o exclusión de la prestación por estado de salud, derivada de fuerza mayor, las gestiones corresponderán a las necesarias para dar continuidad al beneficio, atendido el problema de salud y sus garantías asociadas.

Las referidas causales de excepción sólo podrán dar lugar al cierre de casos, en tanto se cumplan los requisitos que para tal efecto dispone el Decreto N°45, de 2013, que "Aprueba las Normas de carácter Técnico Médico y Administrativo para el Cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la ley N°19.966", o el que lo reemplace.

4. Obligación de Informar

Para el debido ejercicio de los derechos que derivan de las Garantías Explícitas en Salud, el Fonasa y la Isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar que los pacientes o sus representantes fueron informados -a través de los medios indicados y dejando constancia en los respectivos documentos de respaldo-, que la garantía fue exceptuada, de la causal de excepción y de las opciones que se le entregan para ser atendidos, según proceda, conforme las presentes normas y en tanto los casos no cuenten con una causal de cierre.

Título II. Designación de nuevo prestador

1. Requisitos para acceder a la garantía de oportunidad¹⁶⁶

Para acceder a la garantía de oportunidad, los beneficiarios deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Que se trate de un problema de salud incluido en el artículo 1° del Decreto Supremo N°4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace.
- b) Que el beneficiario sea de aquellos a quienes dicho artículo haya considerado para el acceso a las prestaciones definidas para la patología de que se trate.
- c) Que se sospeche o confirme el diagnóstico de uno o más problemas de salud garantizados, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 6° del Decreto Supremo N°4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, por el profesional que corresponda en la Red de Prestadores. En caso que la confirmación diagnóstica de un beneficiario del Sistema Público, Fonasa, se produzca fuera de la señalada Red, un reglamento determinará la forma en que los beneficiarios podrán ingresar a ella a la fase de tratamiento, para hacer efectivas las garantías.
- d) Que las prestaciones se otorguen en la Red de prestadores, dentro de los plazos y con las formalidades previstas en el Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, y estas instrucciones, salvo que el prestador designado no esté en condiciones de cumplir con la garantía de oportunidad.
- e) Que se trate de las prestaciones incluidas en el mencionado artículo 1° del Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, y que hayan sido debidamente prescritas por el profesional que corresponda.

En todo caso, la obligatoriedad en el cumplimiento de la garantía de oportunidad podrá suspenderse cuando una parte del territorio se viere amenazado o invadida por una epidemia o por un aumento notable de alguna enfermedad, o cuando se produjeran emergencias que signifiquen grave riesgo para la salud o la vida de los habitantes, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieren las causales indicadas en dicho precepto.

¹⁶⁶ Circular IF N°188, del 16 del 16.05.13, actualiza normas sobre designación de nuevo prestador.

No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía de oportunidad en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por el Fonasa o el Isapre.

2. Designación del segundo prestador por el Fonasa o la Isapre¹⁶⁷

Cuando el prestador originalmente designado por el Fonasa o la Isapre, según corresponda, no esté en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad por cualquier causa, o bien en caso de no cumplimiento de alguna de las otras garantías, el beneficiario deberá concurrir por sí o por tercero, ante el Fonasa o la Isapre, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta treinta días de vencido el plazo que corresponda de acuerdo al artículo 1° del Decreto Supremo N°4, de los Ministerios de Salud y Hacienda, o el que lo reemplace, para que se le designe un segundo prestador.

En caso de que el paciente no haya sido notificado de su condición de paciente GES y de las garantías, no se aplicará el plazo máximo definido para recepcionar su reclamo.

Dicha notificación está referida a aquélla que se materializa a través del “Formulario de Constancia de Información al Paciente GES”, instruido en la normativa vigente, u otro autorizado por la Superintendencia.

3. Información en página web para designación de nuevo prestador

Ante la designación de un segundo prestador, el asegurador deberá informar, a través de una página electrónica habilitada por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en el sitio Web www.supersalud.gob.cl, en el ícono denominado: “INFORMACIÓN PARA DESIGNACIÓN DE NUEVO PRESTADOR”, los siguientes hechos:

- a) Nombre, R.U.T., edad, y domicilio del beneficiario que requiere la prestación, incluyendo ciudad y región.
- b) Nombre y R.U.T. del afiliado.
- c) Problema de salud consultado, etapa de atención, prestación(es) asociada(s) supuestamente no cumplida (s) y ciudad y región en que debe ser cumplida.
- d) Razón social y RUT del primer prestador obligado o designado, según sea el caso.
- e) Fecha de inicio de las garantías exigibles ante el primer prestador o fecha de designación de aquél, según sea el caso.
- f) Plazo dentro del cual debió o debe ser otorgada la prestación correspondiente conforme a lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, y fecha de vencimiento de dicho plazo.
- g) Circunstancia de haber cumplido el beneficiario los requisitos o condiciones establecidos en el número 1 de las presentes instrucciones o, por el contrario, el acaecimiento de algún hecho imputable al beneficiario, fuerza mayor o caso fortuito.
- h) Fecha de la solicitud de designación del segundo prestador ante el respectivo asegurador.
- i) Razón social y RUT del segundo prestador designado y fecha de su designación.
- j) Circunstancia de haberse otorgado o no la prestación por parte del segundo prestador designado, cuando corresponda, señalando la causa de no haberse otorgado, en su caso.

La información deberá ser cargada por los aseguradores en la referida página electrónica mediante la identificación de usuario (ID) y la contraseña de acceso (Password).

¹⁶⁷ Modificación incorporada por la Circular IF N° 188, 26.5.2013.

4. Plazos

El plazo para enviar la información señalada en el número anterior será de dos días contado desde la presentación de la solicitud de designación del segundo prestador por parte del beneficiario o del tercero que concurra en su nombre.

Tratándose del hecho señalado en la letra j) del número 2 precedente, el asegurador deberá informarlo al vencimiento del plazo de diez días, contado desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 1º del Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, fuese inferior, caso en el cual este nuevo término será el que allí se establece.

Los plazos de días que se establecen en estas instrucciones son de días corridos. En caso que el vencimiento del plazo se produzca en día sábado, domingo o festivo, el término se prorrogará hasta el día siguiente hábil.

Tratándose de casos de urgencia y emergencia, no procederá la prórroga señalada en el párrafo precedente.

5. Procedimiento de designación del nuevo prestador por parte de la Superintendencia

5.1. Solicitud de designación de nuevo prestador a la Superintendencia¹⁶⁸

Si el Fonasa o la isapre no designaren un segundo prestador o si éste no estuviera en condiciones de cumplir con las garantías del problema de salud respectivo, el beneficiario, por sí o por tercero, deberá concurrir a la Superintendencia, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el décimo quinto día posterior al plazo señalado en los N°s 2 ó 3 del artículo 11 del Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, según corresponda.

La Superintendencia contará con formularios para la solicitud de designación de nuevo prestador, los que serán puestos a disposición de los beneficiarios en todas sus agencias de atención de público o a través de su sitio web.

El formulario deberá ser completado por el beneficiario o un tercero en su nombre, y deberá contener la siguiente información:

- a) Nombre, R.U.T. y edad del beneficiario, con indicación de su domicilio, incluyendo ciudad y región.
- b) Nombre y R.U.T. del afiliado o cotizante, con indicación de su domicilio, incluyendo ciudad y región.
- c) Previsión de Salud del beneficiario (Fonasa o isapre).
- d) Problema de Salud consultado y prestación asociada supuestamente no cumplida.
- e) Nombre de el o los prestador(es) designado(s) para el otorgamiento de la prestación de que se trata y fecha(s) de la(s) designación(es) de prestador(es).
- f) Constancia de la falta de otorgamiento efectivo de la prestación o de que el prestador no esté en condiciones de cumplir dentro del plazo señalado en el artículo 11 del del Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace.
- g) Declaración jurada del beneficiario de no haberse atendido fuera de la red (sólo en caso de ser formulada por el propio beneficiario).
- h) Dirección, correo electrónico y/o teléfono o fax donde se comunicará la designación.
- i) Firma.

¹⁶⁸ Texto ajustado por Circular N°188, 16.5.13

Tratándose de un recién nacido, podrá ocurrir en su nombre el padre o madre cotizante del seguro del cual será beneficiario, o un tercero en su nombre. En caso de que aquél aún no cuente con identidad legal, se deberán acompañar los antecedentes que den fe de su parentesco, los que serán ponderados por esta Superintendencia.

En el evento que comparezca un tercero a nombre del beneficiario, aquél deberá acreditar su poder de representación. Tratándose de beneficiarios que estén imposibilitados de manifestar su voluntad, se deberán acompañar antecedentes que den cuenta de ello, los que serán ponderados por la Superintendencia.

5.2. Recepción de la solicitud

La solicitud de designación de nuevo prestador deberá ser presentada ante la Superintendencia personalmente o a través de un tercero, utilizando los medios que se habiliten para tal efecto, siempre que permitan al solicitante obtener constancia de su interposición.

La Superintendencia podrá habilitar números especiales de fax para recibir las solicitudes, los que serán informados al público.

Para acreditar la recepción de la solicitud, la Superintendencia proporcionará un comprobante que contenga el nombre y el R.U.T. del beneficiario, la fecha de recepción, N° de folio del registro señalado en el punto siguiente, el plazo máximo de designación, y la firma y timbre del habilitado al efecto.

5.3. Registro

Recibida la solicitud, la Superintendencia lo inscribirá en un registro correlativo único y anual denominado Registro de Solicitudes de Designación de Nuevo Prestador.

5.4. Designación del prestador

En el evento que la información contenida en la solicitud concuerde con la proporcionada por el asegurador en cumplimiento de lo dispuesto en el número 3 de este Título, se designará a un nuevo prestador.

En caso de disconformidad entre la información proporcionada por el asegurador y el beneficiario; o cuando el asegurador no hubiere dado cumplimiento a lo dispuesto en el citado número 3; o bien, el asegurador no hubiere designado un nuevo prestador o, habiéndolo designado, aquél no estuviere en condiciones de cumplir con la garantía de oportunidad, la Superintendencia requerirá al asegurador que en el plazo de 1 día informe derechamente sobre tales circunstancias, según corresponda, o sobre cualquier otro antecedente que se le requiera al efecto.

En el evento que el asegurador no haya efectuado la designación por estimarla improcedente, deberá informar sobre los fundamentos de tal determinación dentro del mismo plazo antes señalado, adjuntando todos los antecedentes que haya tenido a la vista para adoptar tal resolución.

En todo caso, al momento de evacuar el informe y, como una forma de subsanar algún error en el proceso de atención del paciente, el asegurador podrá proponer a la Superintendencia un nuevo prestador. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el punto 7 de este Título.

La Superintendencia designará al nuevo prestador mediante resolución fundada, dentro de segundo día contado desde la comparecencia del beneficiario o quien lo represente, esto es, desde la presentación de la solicitud a que alude el punto 5.1, la que será notificada a su domicilio, sin perjuicio de comunicarlo, además, por correo electrónico o al número telefónico o fax señalado por aquél en su solicitud, de lo cual se dejará constancia por un funcionario que hará las veces de Ministro de Fe. Simultáneamente, deberá notificar al asegurador y al prestador designado.

El solicitante podrá notificarse personalmente de lo resuelto, de lo cual se dejará constancia.

Dicha resolución será obligatoria para las partes y el prestador, y su incumplimiento dará lugar a las sanciones previstas en la ley.

La designación será efectuada conforme a la información disponible bajo criterios técnicos y objetivos.

Designado el nuevo prestador, el beneficiario será derivado por esta Superintendencia para que reciba la atención correspondiente, portando el documento denominado "DESIGNACIÓN DE TERCER PRESTADOR POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD" que se detalla en el anexo de este Título, tendrá la identificación del paciente y del establecimiento al que es derivado, copia del cual será también remitido a la Isapre o al Fonasa, según corresponda, en su condición de asegurador y responsable de la cobertura financiera de la(s) prestación(es).

5.5. Oposición del asegurador

Si al evacuar el informe a que se alude en el número 5.4, el asegurador formulare objeciones a la procedencia de designar un nuevo prestador, la Superintendencia se pronunciará sobre aquéllas dentro del plazo allí señalado, si estimare que ha podido reunir los antecedentes suficientes al efecto; en caso contrario, procederá de igual modo a la designación, dejando constancia en la resolución respectiva que la garantía de oportunidad y cobertura financiera han sido objeto de controversia, la cual será resuelta en definitiva por la Superintendencia y sus resultas comunicada a las partes.

6. Situaciones de improcedencia de la designación de nuevo prestador por parte de la Superintendencia

Es improcedente la designación de nuevo prestador por parte de la Superintendencia en las siguientes circunstancias:

- 1.- Si el beneficiario ha ejercido su opción de atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 142 y 143 del DFL N° 1, para los beneficiarios del Fonasa.
- 2.- Si el beneficiario optó por atenderse conforme al plan complementario vigente, respecto de los beneficiarios de las isapres.
- 3.- Si el beneficiario no concurrió oportunamente ante el prestador para solicitar la prestación asociada al problema garantizado de que se trate.
- 4.- Si la prestación asociada al problema garantizado de que se trate no ha podido ser otorgada al beneficiario en los plazos previstos por su respectiva garantía de oportunidad en razón de fuerza mayor, caso fortuito o causa imputable al beneficiario.

En los casos del N° 3 y N° 4 precedentes, la Superintendencia deberá ordenar que el beneficiario reingrese a la red respectiva que le correspondiere para ser atendido por el prestador que el asegurador le designe, comenzando nuevamente, para él, a partir de ese nuevo reingreso, y según lo que allí se determine, el cómputo de los nuevos plazos constitutivos de la garantía de oportunidad a que tuviere derecho de conformidad a la ley.

7. Designación de funcionario del asegurador y habilitación de dirección electrónica o número de fax

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el número 5.4 del presente Título, las isapres y el Fonasa deberán designar a un funcionario, Médico o Enfermera, a quien le corresponderá realizar la función de coordinación con esta Superintendencia. Además, deberán contar con una dirección electrónica y/o número de fax especialmente destinado para tales efectos, lo que deberá ser informado a la Superintendencia, debiendo mantenerse permanentemente actualizada ante este Organismo Fiscalizador.

Anexo¹⁶⁹

DESIGNACIÓN DE TERCER PRESTADOR POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

En mérito de la Resolución N° XXXX de fecha XXXX de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, dictada en cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 4 letra c) y 29 de la Ley 19.966 y en la Circular N° 10 de fecha 24 de agosto de 2005 de la referida Intendencia, el paciente que a continuación se individualiza, ha sido derivado a ese centro asistencial para que reciba la atención correspondiente al problema de salud que se indica, con sujeción al Decreto Supremo N°4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace. Dicha resolución es obligatoria para las partes y el prestador, y su incumplimiento dará lugar a las sanciones previstas en la ley.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre

RUT

Edad

Domicilio

Previsión de Salud

Código del Problema de Salud¹⁷⁰

Prestación a Otorgar

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE DERIVACIÓN

Nombre y/o Razón Social

RUT

Domicilio

Nombre Persona Responsable recepción del paciente

N° Telefónico Contacto

INFORMACIÓN SUPERINTENDENCIA

Fecha Designación Prestador

Nombre y Firma del responsable de la derivación

N° Telefónico

Nombre y firma del solicitante

¹⁶⁹ Actualizado mediante circular N°188, de 2013.

¹⁷⁰ La Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011 modificó la información sobre el nombre del Problema de Salud, por el código del mismo.

Título III. Fondo de Compensación Solidario

1. Objetivo del Fondo

El Fondo de Compensación Solidario, en adelante el Fondo, tiene por objeto solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de las isapres, con relación a los problemas de salud contenidos en el decreto que aprueba las Garantías Explícitas en Salud.

El Fondo compensará entre sí a las isapres por la diferencia neta que se produzca entre la Capacidad Financiera y la Necesidad Financiera de cada una de ellas en la provisión mensual de las GES.

2. Isapres participantes del Fondo de Compensación Solidario

La Ley establece que el Fondo de Compensación será aplicable a las isapres, salvo aquellas a que se refiere el inciso final del artículo 200 del DFL N° 1, en la medida que su cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la isapre.

El cumplimiento por parte de las referidas Instituciones de Salud Previsional del requisito de exclusión antes señalado, se verificará respecto de cada período de compensación (mensual), a partir de la información contenida en el Archivo Maestro de Composición de Cartera.

Además, la evaluación de la cartera se realizará sobre la base de los siguientes criterios:

- La contabilización de los RUT se efectuará sobre la cartera de cotizantes con beneficios vigentes a la fecha de evaluación, sin considerar sus cargas.
- Por empresa que constituyó la isapre se entenderá aquella o aquellas que dieron origen a la Institución, cuyos RUT constan en los estatutos de constitución.
- Por ex trabajadores se entenderán aquellos afiliados que tuvieron una relación laboral con la empresa que constituyó la isapre y perdieron dicho vínculo sólo por el hecho de haberse acogido a pensión.

Las isapres en cuestión deberán mantener a disposición de esta Intendencia la documentación que permita acreditar la veracidad de lo informado en el Archivo Maestro de Composición de Cartera, esto es, los FUN tipo 1 (suscripción), las tres últimas planillas de cotizaciones, los finiquitos laborales y/o FUN tipo 4 (cambio de situación laboral) y cualquier otro documento que permita acreditar, respecto de los cotizantes, la calidad de trabajador o ex trabajador de la empresa.

Asimismo, previo al envío mensual de este archivo y con la finalidad de asegurar la calidad de la información que contiene, cada isapre deberá aplicar el proceso de validación, contabilizando, corrigiendo y justificando, si procede, los errores e inconsistencias que se detecten. Lo anterior, ciñéndose a las especificaciones técnicas generales instruidas por la Superintendencia.

Esta Intendencia efectuará una revisión permanente del Archivo de Composición de Cartera, para constatar la consistencia de los datos. Frente a cualquier irregularidad, se evaluará la aplicación de las sanciones administrativas que correspondan.

3. Información necesaria para la operación del Fondo

3.1. Cuentas corrientes

Las isapres deberán contar con una cuenta corriente bancaria para uso exclusivo de los recursos que reciban o giren, desde o hacia otras isapres, en conformidad a las compensaciones que determine esta Intendencia.

Sólo se permitirán los siguientes productos asociados a la cuenta corriente:

- Tarjeta de Consulta de Saldos
- Banconexión (Internet)

Las isapres deberán permitir a esta Intendencia, a través de una clave secreta, el acceso al canal de distancia de la referida cuenta corriente, con la única finalidad de revisar las cartolas de esta cuenta a través de Internet.

Tanto el número de la cuenta como la clave secreta y las modificaciones de las mismas, deberán ser informados a esta Intendencia, en la misma oportunidad y condiciones que la información señalada en el punto precedente.

3.2. Información de cartera

El Archivo Maestro de Beneficiarios que se encuentre vigente conforme las instrucciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, constituirá la principal fuente de información de cartera para el cálculo de la prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las sucesivas compensaciones que originará el Fondo.

En consecuencia, previo al envío mensual de este archivo y con la finalidad de asegurar la calidad de la información que contiene, cada isapre deberá aplicar el proceso de validación contabilizando, corrigiendo y justificando, si procede, los errores e inconsistencias que se detecten. Lo anterior, ciñéndose a las especificaciones técnicas generales que se señalan en las instrucciones impartidas por la Superintendencia al efecto.

Es preciso indicar que todos los beneficiarios de las isapres participantes del Fondo serán considerados para el cálculo de la prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las compensaciones.

Sólo para estos efectos, las personas que se encuentren multifiliadas, serán consideradas por esta Intendencia en una sola de las Instituciones en que aparecen como beneficiarios, en atención a los siguientes criterios:

- El beneficiario que aparezca en calidad de cotizante en más de una isapre, será contabilizado en la Institución que informe la fecha de afiliación más antigua. Si la fecha es la misma o se encuentra omitida, el cotizante será asignado a la isapre en la cual registre el pago de cotizaciones más reciente o el más alto.
- El ajuste comprenderá al cotizante y sus cargas, es decir, al eliminar la información del cotizante multifiliado de una isapre, también se eliminará la información de las cargas que éste tenga en esa isapre.
- El beneficiario que revista la calidad de carga legal o médica en una isapre y de cotizante en otra, será contabilizado en la Institución que lo informa como cotizante.
- El beneficiario que revista la calidad de carga legal o médica en más de una isapre, será asignado a la Institución que informe la fecha de afiliación más antigua del cotizante al cual está vinculado. Si la fecha es la misma o se encuentra omitida, la carga se asignará a la isapre más grande, es decir, aquella que, al mes correspondiente, informe el mayor número de beneficiarios.

Del mismo modo, los beneficiarios que aparezcan con errores u omisiones en el campo sexo, serán asignados, por esta Intendencia, a una opción del campo (Masculino o Femenino), conforme a la distribución porcentual por sexo que presente la cartera de la respectiva isapre en el mes correspondiente, considerando números enteros.

Finalmente, los beneficiarios que aparezcan con errores u omisiones en la fecha de nacimiento, respecto de los cuales no sea posible determinar la edad, no serán considerados en el proceso de cálculo.

No obstante lo anterior, las isapres deberán efectuar las gestiones que estén a su alcance para perfeccionar la información de sus beneficiarios, evitando omisiones, errores y casos de multifiliación.

Esta Intendencia efectuará una revisión permanente del Archivo Maestro de Beneficiarios, para constatar la consistencia de los datos. Frente a cualquier irregularidad, se evaluará la aplicación de las sanciones administrativas que correspondan.

4. Prima comunitaria, modelo de compensación de riesgos y primas ajustadas por riesgo.

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud calculará la prima comunitaria y el modelo de compensación de riesgos que será utilizado durante el período de vigencia de cada uno de los decretos que aprueban las GES, de acuerdo con las reglas establecidas en el Reglamento del Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, en adelante, el Reglamento del Fondo, aprobado por Decreto Supremo N° 142, de 2005, del Ministerio de Salud, o el que lo reemplace.

Asimismo, esta Intendencia calculará las primas ajustadas por riesgo conforme a lo establecido en el artículo 9° de dicho Reglamento.

Tanto la prima comunitaria, como el modelo de compensación de riesgos, serán determinados utilizando la misma metodología ocupada en la elaboración del decreto que aprueba las GES y su correspondiente arancel de referencia, y la información disponible en esta Intendencia al momento de efectuar los cálculos respectivos.

4.1. Determinación de la Prima Comunitaria

La prima comunitaria deberá reflejar el costo esperado promedio anual de otorgar las garantías contenidas en el Decreto que aprueba las GES a los beneficiarios de las isapres participantes del Fondo.

Para su determinación se utilizará la siguiente información:

- Las tarifas referenciales de cada una de las prestaciones o grupos de prestaciones asociadas a los problemas de salud con Garantías Explícitas, las cuales serán equivalentes al arancel de referencia contenido en el Decreto que aprueba las GES, menos el copago establecido, en el mismo Decreto, para la población beneficiaria de las isapres.
- El número de casos esperados de cada una de las prestaciones o grupos de prestaciones asociadas a los problemas de salud con Garantías Explícitas, los cuales serán estimados con la misma metodología utilizada en la elaboración del Decreto que las contiene y su correspondiente arancel de referencia, considerando, en particular, el tipo de intervención sanitaria y la periodicidad establecida para cada una de ellas.

Eliminado¹⁷¹

- La cantidad total de beneficiarios de las isapres participantes del Fondo, la cual será estimada con la última información de cartera disponible en esta Intendencia.

Así, la prima comunitaria se calculará utilizando la siguiente fórmula:

$$PC = \frac{\sum_{i=1}^n Tr_i \times Q_i}{B}$$

Donde:

PC = Prima comunitaria.

¹⁷¹ Eliminado por la Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.

- Tr_i = Tarifa referencial para la prestación i.
 Q_i = Número de casos esperados de la prestación i.
 B = Total beneficiarios participantes del Fondo.

La prima comunitaria será expresada en la misma unidad monetaria en que se expresa el arancel de referencia establecido en el Decreto que aprueba las GES.

4.2 Determinación del Modelo de Compensación de Riesgos

El modelo de compensación de riesgos que se utilizará para calcular las primas ajustadas por riesgo, se definirá considerando únicamente el sexo y la edad de los beneficiarios, como variables predictoras del costo esperado individual en la provisión anual de las garantías contenidas en el Decreto que aprueba las GES. En este sentido, el modelo deberá reflejar la relación de costos que se produce entre los grupos de beneficiarios según sexo y edad.

Para la determinación del modelo de compensación de riesgos se utilizará la siguiente información:

- Las tarifas referenciales de cada una de las prestaciones o grupos de prestaciones asociadas a los problemas de salud con Garantías Explícitas, las cuales serán equivalentes al arancel de referencia contenido en el Decreto que aprueba las GES, menos el copago establecido en ese mismo Decreto, para la población beneficiaria de las isapres.
- El número de casos esperados de cada una de las prestaciones o grupos de prestaciones asociadas a los problemas de salud con Garantías Explícitas, en cada uno de los grupos de riesgo del modelo, los cuales serán estimados con la misma metodología utilizada en la elaboración del Decreto que las contiene y su correspondiente arancel de referencia, considerando, en particular, el tipo de intervención sanitaria y la periodicidad establecida para cada una de ellas.
- La cantidad de beneficiarios de las isapres participantes del Fondo en cada grupo de riesgo, la cual será estimada con la última información de cartera disponible en esta Intendencia.

El modelo de compensación de riesgos se expresará en una tabla de factores por grupos de sexo y edad, los cuales serán definidos por esta Intendencia. Cada celda de la tabla se calculará utilizando la siguiente fórmula:

$$Fr_j = \frac{\sum_{i=1}^n Tr_i \times q_{ij}}{b_j \times PC}$$

Donde:

- Fr_j = Factor de riesgo normalizado del grupo de riesgo j.
 Tr_i = Tarifa referencial para la prestación i.
 q_{ij} = Número de casos esperados de la prestación i en el grupo de riesgo j.
 b_j = Cantidad de beneficiarios participantes del Fondo en el grupo de riesgo j.
 PC = Prima comunitaria

4.3. Determinación de las Primas Ajustadas por Riesgo

Las primas ajustadas por riesgo correspondientes a cada grupo de sexo y edad, serán equivalentes al producto entre la prima comunitaria y el factor de riesgo asociado al grupo respectivo en el modelo de compensación de riesgos previamente definido, dividido por el riesgo promedio ponderado de la cartera a compensar. Donde, el riesgo promedio ponderado de la cartera a compensar es equivalente a la sumatoria de la población de cada grupo multiplicada por su factor de riesgo y todo esto dividido por el total de beneficiarios participantes del Fondo.

Así, la prima ajustada por riesgo de cada grupo se calculará utilizando la siguiente fórmula:

$$PAR_j = \frac{PC \times Fr_j}{\overline{FR}}$$

Donde:

PAR_j = Prima ajustada por riesgo del grupo j.

PC = Prima comunitaria.

Fr_j = Factor de riesgo del grupo j.

\overline{FR} = Riesgo promedio ponderado de la cartera a compensar, la cual se calcula como sigue:

$$\overline{FR} = \frac{\sum_{j=1}^n b_j \times Fr_j}{B}$$

Donde:

b_j = Beneficiarios participantes del Fondo en el grupo j.

Fr_j = Factor de riesgo del grupo j.

B = Total de beneficiarios participantes del Fondo.

5. Notificación de las primas y del modelo de compensación de riesgos a las isapres

La prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las primas ajustadas por riesgo, calculadas estas últimas con la información de cartera utilizada para el cálculo del modelo y la prima comunitaria serán puestos en conocimiento de las isapres participantes del Fondo dentro de los noventa días siguientes a la publicación de cada decreto que aprueba las GES.

6. Formulación de observaciones

Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación de las primas y del modelo de compensación de riesgos, las isapres participantes del Fondo podrán formular las observaciones que estimen pertinentes. Si nada dicen, se entenderán aceptados.

Si alguna de ellas formulare observaciones, la Intendencia deberá evacuar su parecer por resolución fundada, dentro de los diez días hábiles siguientes a la formulación de las mismas, la que será notificada a todas las isapres participantes del Fondo.

Si las observaciones formuladas fueran rechazadas por la Intendencia, la o las Isapres que las formularon podrán manifestar fundadamente su discrepancia, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación de la referida resolución, en cuyo caso se formará una Comisión de tres miembros que resolverá la disputa, sin ulterior recurso.

De igual forma, la referida Comisión se constituirá en el evento que las isapres participantes del Fondo que no hayan formulado observaciones manifiesten su discordancia con las eventuales modificaciones que sean introducidas a las primas y/o al modelo de compensación de riesgos, como resultado del acogimiento total o parcial, por parte de la Intendencia, de las observaciones formuladas previamente por las isapres.

7. Notificación de las primas y del modelo de compensación de riesgos definitivos

Si dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de las primas, las isapres participantes del Fondo no formulan observaciones, entonces la prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las primas ajustadas por riesgo notificadas previamente serán las que se aplicarán en forma definitiva mientras se encuentre vigente el respectivo decreto que aprueba las GES.

Por el contrario, si se formulan observaciones, sobre la base de lo resuelto por esta Intendencia o la Comisión, en su caso, se determinarán y notificarán a las isapres participantes del Fondo, las nuevas primas y el nuevo modelo de compensación de riesgos que se aplicarán durante la vigencia de cada decreto que aprueba las GES.

8. La Comisión del Reglamento del Fondo de Compensación

8.1. Integración de la Comisión

La Comisión estará integrada por:

- Un representante designado por la Superintendencia, el que podrá ser funcionario de la misma;
- Un representante designado por todas las Isapres participantes del Fondo.
- Un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por esta Intendencia y dos por las Isapres.

8.2. Designación del representante de las isapres y del Perito

a) El representante de las isapres y un suplente serán designados por los representantes legales de las mismas, en una reunión que será convocada para tales efectos por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, la que será presidida por el Fiscal de la Superintendencia de Salud, o quien lo subrogue o desempeñe sus funciones, quien, además, actuará como Ministro de Fe.

En dicha reunión, el Ministro de Fe consultará a las Isapres si han acordado la persona de su representante y del suplente, entendiéndose que existe tal acuerdo si todas las Isapres presentes manifiestan su conformidad con los nombres.

De no existir acuerdo en uno de ellos o en ambos se procederá a votar de entre los nombres que cada Isapre proponga. La persona que obtenga más de la mitad de los votos de las Isapres presentes será el representante de las Isapres o el suplente, según sea el caso. Si el desacuerdo hubiere sido en ambos nombres, el que obtenga más de la mitad de los votos será el representante y el que le siga en votación, el suplente. Si ninguna de las personas propuestas obtuviere más de la mitad de los votos o, en el caso del suplente, existiere un empate en la votación, se procederá a un sorteo ante el Ministro de Fe. Participarán del sorteo todos los nombres propuestos por las Isapres, de modo que el primer nombre sorteado ocupará el puesto de representante de las Isapres y el segundo el de suplente, cuando corresponda.

b) En la misma reunión se efectuará el sorteo del perito que debe conformar la Comisión.

Para estos efectos, esta Intendencia señalará los nombres de los dos peritos que propone, los que no podrán ser funcionarios de la Superintendencia de Salud.

Por su parte, para establecer los nombres de los dos peritos propuestos por las Isapres, se seguirán las siguientes reglas:

1.- El Ministro de Fe consultará a las Isapres si han acordado las personas que participarán del sorteo del perito miembro de la Comisión, entendiéndose que existe tal acuerdo si todas las Isapres presentes manifiestan su conformidad con los nombres.

2.- De no existir acuerdo en uno de ellos o en ambos, se procederá a votar de entre los nombres que cada Isapre proponga. Las dos personas que obtengan las más altas votaciones de las Isapres presentes participarán del sorteo del perito miembro de la Comisión. En caso que el desacuerdo sólo fuere en uno de ellos, participará del referido sorteo el que obtenga la mayor cantidad de votos.

3.- Si existieren más de dos personas con igualdad de votos, en caso que no haya habido acuerdo en ningún nombre para participar del sorteo del perito de la Comisión, o más de una persona con igualdad de votos en caso que no haya habido acuerdo en el segundo nombre para participar del referido sorteo, se procederá a un sorteo para tales efectos ante el Ministro de Fe. Participarán de este sorteo todos los nombres propuestos por las Isapres, de modo que los dos primeros nombres sorteados serán considerados en el sorteo a que se refieren los incisos siguientes, o el primer nombre, en caso que sea un solo el nombre a llenar.

El sorteo del perito miembro de la Comisión, se efectuará en un solo acto ininterrumpido ante el Ministro de Fe, quien levantará acta de lo obrado la que contendrá, especialmente, el orden en que se sortearon los nombres de los peritos.

El primer nombre sorteado ocupará el puesto del perito en la Comisión.

No obstante, los nombres contenidos en el acta serán considerados, en el orden en que fueron sorteados, toda vez que sea necesario reemplazar al perito.

Si ninguno de los peritos acepta el cargo, se recurrirá nuevamente al sistema del sorteo las veces que sea necesario.

8.3. Honorarios del Perito

Los honorarios del perito serán de cargo de las Isapres que hubieren hecho necesaria la constitución de la Comisión, en partes iguales.

8.4. Constitución de la Comisión

La Comisión se entenderá constituida al momento de la aceptación del cargo del perito sorteado.

Para estos efectos, a más tardar al día hábil siguiente al sorteo, el Ministro de Fe le informará de su designación y le consultará si acepta. El perito que acepte el cargo deberá declararlo así, jurando o prometiendo desempeñarlo con fidelidad e indicará el monto de sus honorarios. De estas declaraciones, que habrán de hacerse verbalmente, se levantará acta que firmarán el Ministro de Fe y el perito.

Si una vez constituida la Comisión alguno de sus integrantes no pudiese continuar desempeñando dicho cargo, se observarán las siguientes reglas:

1.- Si se tratare del representante de la Superintendencia, ésta procederá a designar al reemplazante dentro de los dos días hábiles siguientes contados desde que tuviese conocimiento de la imposibilidad de su representante de

seguir desempeñando el cargo. Lo mismo ocurrirá si el reemplazante no puede asumir el cargo o, una vez asumido, no puede seguir desempeñándolo.

2.- Si se tratare del representante de las isapres, asumirá su reemplazo el suplente. Si éste también se imposibilita o no puede asumir, se citará a una reunión especial a las isapres para que éstas designen al reemplazante, siguiéndose en lo que corresponda el mecanismo establecido en la letra a) del punto 8.2 de este Título.

3.- Si se tratase del perito, éste será reemplazado por aquél que le suceda en el orden del sorteo. Si esto último no fuere posible, su designación se efectuará de acuerdo a lo señalado en la letra b) del punto 8.2 de este Título, en cuyo caso esta Intendencia citará a una reunión para tales efectos. Se tomará juramento al perito reemplazante inmediatamente de designado.

El perito reemplazante deberá abocarse al conocimiento de las materias en el estado que se encuentren a la fecha de su nombramiento.

8.5 Funcionamiento de la Comisión

La Comisión resolverá la disputa dentro del plazo de quince días hábiles, contado desde su constitución. La Comisión deberá tener presente que conforme al artículo 110, numeral 2, del DFL N° 1, es facultad de la Superintendencia de Salud, la interpretación administrativa de las normas legales y reglamentarias que rigen a las isapres.

Será competencia de la Comisión, las materias técnicas y/o económicas contenidas en el artículo 211 del DFL N° 1, y siempre y cuando existan discrepancias entre esta Intendencia y las Isapres. Las observaciones de la Comisión referidas a materias no controvertidas no serán consideradas por esta Intendencia.

La Comisión, al día hábil siguiente de su constitución, deberá solicitar a esta Intendencia que informe respecto de las discrepancias planteadas.

La Comisión se reunirá las veces que estime necesarias, en las dependencias de la Superintendencia de Salud.

Se levantará acta íntegra de cada reunión, las que deberán ser suscritas por los miembros de la Comisión.

Las decisiones de la Comisión se adoptarán por mayoría. Tanto en su resolución, como en las respuestas a las solicitudes de aclaración, los miembros dejarán constancia de los votos disidentes y su fundamentación.

Tanto la resolución de la Comisión como las actas a que se refiere este apartado, serán redactadas por el Secretario de la Comisión, el que será elegido por ésta de entre sus miembros. Los votos disidentes serán redactados por aquel miembro que los haya formulado.

La resolución de la Comisión será notificada a esta Intendencia y a todas las isapres participantes del Fondo, hayan o no formulado observaciones o discrepancias.

Notificada la resolución de la Comisión, esta Intendencia y las referidas isapres podrán, dentro de los tres días hábiles siguientes, requerir aclaraciones a la misma.

Las solicitudes de aclaración deberán ser presentadas por escrito ante el Ministro de Fe, señalando específicamente el o los aspectos de la resolución cuya aclaración se solicita.

Para los efectos de evacuar las aclaraciones, la Comisión tendrá un plazo de cinco días hábiles, contado desde que el Ministro de Fe les notifique las aclaraciones solicitadas, quedándoles en todo caso prohibido referirse a materias distintas a aquéllas que motivan dicha solicitud.

9. Determinación de las compensaciones efectivas

9.1. Períodos a compensar

Esta Intendencia determinará los montos efectivos de las compensaciones que correspondan a cada isapre, sobre la base de períodos mensuales completos, independiente del plazo que se fije para efectuar el traspaso efectivo de las mismas.

Las referidas compensaciones se determinarán utilizando la prima comunitaria mensualizada, el modelo de compensación de riesgos y la información de cartera del mes ante precedente al que se compensa.

Las primas comunitarias mensuales se obtendrán dividiendo la prima comunitaria anual por doce, de tal forma, que la suma de todas ellas sea equivalente a la prima comunitaria anual.

Aquellas isapres que inicien operaciones en el sistema participarán del proceso de cálculo de la compensación mensual en la medida que tengan afiliados con beneficios vigentes en el mes anteprecedente al que se compensa.

Por su parte, las isapres cuyo registro se cierre participarán del proceso de cálculo de la compensación mensual siempre que se encuentren operativas durante el mes que se compensa, quedando, en consecuencia, excluidas de la compensación cuando no tengan afiliados con beneficios vigentes en el mes que se compensa.

9.2. Criterios para determinar los montos de las compensaciones

Las compensaciones dependerán de dos conceptos: La Capacidad Financiera (CF) y la Necesidad Financiera (NF) de cada isapre, respecto de las garantías contenidas en el decreto que aprueba las GES. La diferencia entre estas dos variables definirá las compensaciones, de tal modo que:

- Si $CF_i > NF_i$, la isapre i deberá aportar una compensación a una o más isapres;
- Si $CF_i < NF_i$, la isapre i recibirá una compensación desde otra o más Isapres y
- Si $CF_i = NF_i$, la isapre i no aportará ni recibirá recursos hacia o desde otras isapres.

Las compensaciones serán determinadas ajustándose estrictamente a los recursos disponibles en el Fondo, los que serán distribuidos conforme al modelo de compensación de riesgos previamente definido. Esto último implica que luego del proceso de traspaso, el Fondo deberá encontrarse vacío.

Para tal efecto, se ha establecido que las primas ajustadas por riesgo reflejen el riesgo promedio ponderado de la cartera a compensar, sin modificar el modelo de compensación de riesgos definido.

En consecuencia, las compensaciones netas de todas las isapres, sumarán cero:

$$\sum_{i=1}^n CN_i = 0$$

Una vez determinadas las compensaciones netas que correspondan a cada Institución, las Isapres Aportantes al Fondo pagarán a las Isapres Receptoras del Fondo en proporción al riesgo relativo que éstas presenten.

9.3. Notificación de las compensaciones

La notificación de las compensaciones mensuales, así como las isapres de origen y destino de las mismas, se efectuará con la periodicidad en que se efectúen los traspasos. En la misma oportunidad esta información será publicada en la página web de la Superintendencia de Salud.

10. Traspasos de recursos

El Fondo operará mediante un sistema de pagos interisapres, sobre la base de las compensaciones determinadas de acuerdo a los criterios contenidos en el artículo 25 del Reglamento del Fondo de Compensación.

Se efectuarán dos procesos de traspaso anuales, cada uno de los cuales abarcará seis meses consecutivos de operación de las garantías contenidas en el decreto que aprueba las GES, conforme al siguiente detalle:

Proceso Traspaso	Semestre a Compensar	Cartera a Utilizar	Fecha de Notificación	Fecha de los Traspasos
1	Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre	Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre	Marzo	Abril
2	⇒ Enero ⇒ Febrero ⇒ Marzo ⇒ Abril ⇒ Mayo ⇒ Junio	Noviembre Diciembre Enero Febrero Marzo Abril	Septiembre	Octubre

11. Plazo para el traspaso de recursos al Fondo de Compensación

Cualquiera sea el medio de pago que la isapre aportante utilice para efectuar los traspaso, deberá realizar el depósito en la cuenta corriente de la institución receptora, de tal modo que los fondos se encuentren disponibles, a más tardar, el último día hábil del mes siguiente a la notificación de las compensaciones.

12. Prohibición

Queda prohibido a las isapres compensar los montos originados en este proceso con deudas de naturaleza distinta a las derivadas de la operación del Fondo.

13. Incumplimientos

En caso que alguna isapre no efectúe las compensaciones notificadas en la oportunidad que corresponda, o lo haya hecho de forma parcial o errónea, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, además de realizar los pagos faltantes con cargo a la garantía de que trata el artículo 181 del DFL N° 1, instruirá por oficio al Banco Custodio para que liquide la garantía que sea necesaria. Lo anterior, sin perjuicio de las demás sanciones administrativas que procedan.

Dicha instrucción se emitirá con copias dirigidas a las isapres en situación de incumplimiento y a las isapres Receptoras que se vean afectadas por éste.

Los montos obtenidos de la liquidación de la garantía serán depositados por la Intendencia, en la cuenta corriente bancaria que las Isapres Receptoras hayan informado para operar con el Fondo.

Si la isapre en incumplimiento realizara el traspaso de los fondos con posterioridad a la emisión del referido oficio y antes que se hubiese efectuado el pago con cargo a la garantía, esta Intendencia aplicará las sanciones que estime pertinentes en conformidad a la normativa vigente, procediendo a dejar sin efecto lo instruido al Banco

Custodio y reversándole los fondos que se hubiesen puesto a disposición de la misma, en el evento que ello hubiese acontecido.

Si con la liquidación de la garantía se verifica que la isapre no cumple con la garantía mínima exigida, se le instruirá por oficio, con copia al Banco Custodio, que debe completar el monto faltante, en el plazo de veinte días corridos, bajo apercibimiento de aplicar el Régimen Especial de Supervigilancia y Control a que se refieren los artículos 221 y 222 del DFL N° 1.

Título IV: Eliminado¹⁷²

y sustituido por nuevo Título IV en conformidad con el Oficio circular IF N°9 de 24.04.2014

¹⁷² Eliminado por la Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.

Título IV. Recepción y tramitación de las Presentaciones relativas a las Impugnaciones sobre la calificación de urgencia vital o con secuela funcional grave GES (Inciso séptimo del artículo 9 de la Ley N°19.966.)

Presentación de impugnaciones sobre la calificación de Urgencia Vital o con Secuela Funcional Grave.

Esta Intendencia ha dispuesto que aquellos requerimientos de resolución, que pueden efectuar las isapres y el Fonasa, sobre una discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia vital o con secuela funcional grave -materia que se encuentra expresamente regulada en el inciso séptimo del artículo 9 de la Ley N°19.966- sean remitidos a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, mediante una aplicación que se encuentra a disposición en la red privada Extranet, que permite la remisión de archivos computacionales mediante un protocolo seguro de transferencia.

Para presentar una impugnación, las aseguradoras deberán ingresar al banner “Aseguradoras Fonasa e Isapres”, opción “Extranet” y luego seleccionar la descripción, denominada “Consulta en línea de pacientes que presentan una condición de urgencia vital y/o de riesgo de secuela funcional grave por una patología GES, para incorporarlo a su red de prestadores”, lugar donde podrán adjuntar el o los archivos en formato PDF que correspondan al ejemplar físico de la presentación y sus respectivos antecedentes clínicos para ser evaluados.

Este sistema que albergará la documentación (Extranet), cada vez que reciba una impugnación sobre la calificación de una Urgencia Vital o con secuela funcional grave GES, generará automáticamente un formulario donde las aseguradoras deberán llenar información básica del paciente. En esta vista podrán adjuntar el o los archivos PDF, que contienen la impugnación y los documentos que la sustentan. Asimismo, el referido sistema generará -una vez efectuado el ingreso de la presentación de la aseguradora- un número de folio, fecha y hora que dará cuenta de la recepción de la documentación, permitiéndose además, la opción de imprimir estos datos, a modo de comprobante de recepción.

El ingreso a la Extranet por parte de las aseguradoras se deberá efectuar empleando la clave que les ha sido asignada a cada una de ellas en su oportunidad, por medio del administrador que han informado dichas aseguradoras a esta Superintendencia, según se indica en el Capítulo I "Instrucciones para la transmisión de información y remisión de los Archivos Maestros que los seguros envían a la Superintendencia de Salud" del Compendio de Información.

Los archivos adjuntos deberán estar en formato PDF y no exceder los 20 MB para permitir su ingreso. Si el sistema no admite el referido ingreso, la aseguradora deberá hacer las correcciones respectivas y reenviarlo hasta que se apruebe definitivamente el proceso de acuse de recibo, de acuerdo a lo establecido en el ya referido Capítulo I del Compendio de Información.

En caso fortuito de fallas en la conectividad con la página WEB Institucional, las aseguradoras podrán enviar las impugnaciones correspondientes, mediante la entrega presencial de los documentos, en las dependencias de la Superintendencia de Salud.

Capítulo XII Procedimientos relativos al Régimen de Prestaciones de Salud y a Fonasa

Título. De la afiliación e incorporación de cargas en Fonasa

La incorporación al Régimen Público de Salud, cuyas prestaciones son financiadas por Fonasa, se producirá automáticamente al adquirirse cualquiera de las calidades que definen los artículos 135 y 136 del DFL N° 1, de Salud, de 2005, para afiliados y beneficiarios, respectivamente.

Asimismo, será considerado beneficiario el conviviente civil del afiliado, definido en la Ley 20.830, que respecto de él cumpla con las mismas calidades y requisitos que la ley exige a la cónyuge para ser causante de asignación familiar.

No obstante, la calidad de afiliado o beneficiario deberá ser acreditada ante el Fonasa. Para verificar la calidad de beneficiario, dicho Organismo, además de un certificado que pruebe la relación de parentesco respectiva, podrá exigir la presentación de un certificado de la entidad que otorgue la asignación familiar respectiva, u otro documento que acredite que aquél cumple con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente. En este último caso y, asimismo, respecto de los convivientes civiles, a quienes la ley no establece como causantes de asignación familiar ni aun de un trabajador dependiente, bastará con el certificado que acredite la relación de parentesco respectiva y una declaración jurada simple del afiliado, en la que consigne que dicho familiar vive a sus expensas y no disfruta de una renta - exceptuando las pensiones de orfandad- igual o superior al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el inciso 1° del artículo 4° de la Ley N° 18.806, siempre que no provenga de labores remuneradas realizadas por un período no superior a tres meses en cada año calendario¹⁷³.

¹⁷³ Capítulo y Título incorporados por Circular IF N° 250, de 2015.