

COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INFORMACIÓN

(Versión actualizada al 02.09.2025)

CONTENIDO

CONTENIDO	2
Capítulo I Instrucciones para la transmisión de información y remisión de los Archivos Maestros que los seguros envían a la Superintendencia de Salud [Compendio de Archivos Maestros]	10
Capítulo II Archivos Maestros [Compendio de Archivos Maestros]	11
Capítulo III Instrucciones de carácter económico y financiero	12
Título I: Instrucciones relativas a la Ficha Económica y Financiera de Isapre (F.E.F.I.)	12
I. Disposiciones Generales	12
II. Contenido de la Ficha Económica y Financiera de Isapre	15
III. Criterios y tratamientos contables relativos al Fondo de Compensación Solidario	90
Título II: Indicadores de Patrimonio, Liquidez y Garantía	93
I.- Indicadores a cumplir	93
II.- Información necesaria para controlar el cumplimiento de los indicadores legales	97
Anexo N° 1 (formato) Información base para el cálculo de indicadores de patrimonio, garantía y liquidez	105
Anexo N° 2: Definiciones de Cuentas	110
Anexo N° 3: Estructura Computacional Archivo Maestro Informe Financiero Complementario [Eliminado]	113
Título III. Instrucciones relativas a la Garantía	114
1. Informe para el cálculo de la garantía	114
2. Procedimiento para pago de obligaciones con fondos de la garantía	114
3. Detalle de las obligaciones afectas a garantía	124
4. RespalDOS	193
5. Información respecto a apoderados para operar con las entidades de custodia de la garantía	193
6. Información sobre estructura y antigüedad de deuda con prestadores y beneficiarios	193
Anexo N°3 Definición de Registros Archivo Deuda con prestadores y beneficiarios [Eliminado]	199
7. Envío de información diaria sobre los instrumentos que componen la garantía	200
Anexo N° 1 Archivo “Informe de totales por instrumento y emisor de documentos que conforman la garantía”	203
Anexo N° 2: Archivo “Informe de Instrumentos de Inversión que Conforman la Garantía de Isapres”	207

Capítulo IV Información relativa al funcionamiento de las isapres.....	214
Título I: Información sobre hechos relevantes	214
1. Definición de “Hecho Relevantes”	214
2. Hecho relevante con carácter de reservado	214
3. Procedimiento de información de los hechos relevantes	214
4. Contenido de la comunicación sobre hechos relevantes	215
5. Plazo	216
6. Obligación de informar a la Superintendencia de Salud prohibición que afecte a alguno de sus representantes.....	216
Anexo: Hechos relevantes obligatorios de informar.....	217
Título II: Información sobre agentes de ventas.....	221
I. Registro de agentes de ventas.....	221
Anexo: Ficha de Registro	222
Título III. Información a la Superintendencia, a los empleadores y afiliados sobre las agencias, sucursales u oficinas de atención de público	223
1. Información sobre modificación de datos informados respecto a oficinas de atención de público.....	223
2. Cierre definitivo de sucursales, agencias u oficinas de atención de público	223
3. Suspensión de atención de público en una oficina	223
4. Cambio de dirección de una oficina	223
5. Cierre de una oficina no destinada a la atención de público	223
6. Cierre temporal de sucursales, agencias u oficinas de atención de público	224
7. Sobre los funcionarios de las isapres en las oficinas	224
Título IV: Información a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales sobre variación de precios base [Eliminado]	225
Título V: Registros de información que deben mantener las isapres	226
I. Registros relativos a la información sensible de cotizantes y beneficiarios	226
II. Información y registros relativos a la transmisión electrónica de datos.....	227
III. Registros de profesionales médicos	228
IV. Registro de los reclamos deducidos por cotizantes y/o beneficiarios	230
TÍTULO VI: Envío de información y parámetros técnicos a considerar en la verificación del aumento de los costos operacionales que justifiquen las alzas del precio base.....	231
Capítulo V Instrucciones de información relativa a los Contratos de Salud Previsional.....	237

Título I: Archivos que las isapres deben mantener en relación a los contratos de salud	237
1. Archivo de cotizantes	237
2. Archivo de negativa de cobertura	237
Título II: Información a la Superintendencia respecto a la suscripción de planes grupales sin CAEC	239
Título III: Información relativa al término o modificación del convenio con prestador cerrado o preferente	240
Título IV: Información sobre modificación de documentos contractuales en comercialización	241
Anexo Planes de salud en comercialización	242
Capítulo VI Información relativa a las cotizaciones previsionales para salud	244
Título I: Registros que deberá mantener la isapre respecto de la declaración y pago de las cotizaciones	244
1. Archivo de cotizaciones pagadas dentro del plazo	244
2. Archivo de cotizaciones pagadas fuera del plazo, hayan sido o no declaradas en el plazo	244
3. Archivo de cotizaciones declaradas y no pagadas	244
4. Archivo de encargados del pago de la cotización en incumplimiento	244
Título II: Información referida a cotizaciones mal enteradas que corresponden a las isapres [Eliminado]	245
Título III. Excesos de cotización [Eliminado]	246
Anexo N° 1 [Eliminado]	247
Anexo N° 2 [Eliminado]	247
Título IV. Excedentes de cotización	248
1. Información sobre la comisión que podrán cobrar las isapres	248
2. Acreditación de cesantía en el evento de destinarse excedentes al pago de cotizaciones	248
3. Información al afiliado sobre saldo disponible en cuenta de excedentes	248
4. Información sobre traspaso de los excedentes a otra isapre	249
5. Información a la Superintendencia sobre la revocación de la renuncia a los excedentes de cotización	249
Título V: Obligación de las isapres de informar a la Dirección del Trabajo sobre empleadores morosos de cotizaciones de salud	250
Anexo Estructura registro a deudas previsionales	252
Capítulo VII Información que los seguros deben proporcionar o mantener a disposición de los cotizantes, beneficiarios, empleadores, usuarios y público en general	254
Título I: Información que las isapres deben proporcionar y mantener a disposición de sus beneficiarios y del público en general	254

1. Información que las isapres deben mantener a disposición de sus beneficiarios y público en general	254
2. Medios de información.....	254
3. Actualización de la información.....	254
Título II: Información que las isapres deben proporcionar a los afiliados y empleadores sobre las modalidades y lugares de pago de los compromisos emanados de los contratos de salud	256
1. Generalidades	256
2. Información que deberá mantener a disposición de afiliados y público en general, respecto a las obligaciones emanadas de los contratos de salud	256
3. Modificaciones	256
4. Medios de información.....	256
Título III: Información relativa a la Selección de Prestaciones Valorizadas	257
Título IV: Información relativa a la presentación de reclamos ante las isapre y el Fonasa	258
Anexo.....	258
Título V: Buscador de Planes	260
1. El Buscador de Planes: una propuesta de la Asociación de Isapres de Chile A.G	260
2. Generalidades	260
3. Adhesión al Buscador de Planes	260
4. Resguardo de los derechos de los Usuarios.....	261
Anexo: Buscador de Planes	262
Título VI: Instrucciones sobre límite máximo imponible.....	351
1. Información sobre límite máximo imponible	351
2. Información que se remite a la Superintendencia.....	351
Título VII: Instrucciones sobre conexión al portal web de la Superintendencia de Salud	352
Título VIII: Instrucciones sobre el servicio continuo de atención telefónica	353
1. Requisitos mínimos del servicio	353
2. Información mínima que deben entregar las isapres a través del servicio	354
3. Notificaciones a través del servicio continuo de atención telefónica	356
4. Excepciones a la obligatoriedad de contar con el servicio	357
Título IX: Normas sobre instrumentos de pago pendientes de cobro	357
1. Definición.....	357
2. Información sobre los instrumentos de pago que no han sido presentados a cobro	357

Título X: Información sobre la obligación de los trabajadores independientes de efectuar cotizaciones para salud y los derechos que de ella se derivan.....	359
Título XI: Información mínima sobre la liquidación de cobros por prestaciones de salud.....	360
Capítulo VIII Instrucciones sobre las obligaciones de los prestadores de salud de proporcionar información que permita dar cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud	361
Título I: Instrucciones sobre la obligación de los prestadores de salud de proporcionar información que permita acreditar el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud.....	361
1. Obligación de los prestadores de salud de informar respecto a casos asociados a un problema de salud garantizado	361
2. Mecanismo para informar	361
3. Solicitud de información que formulen los aseguradores a los prestadores	362
4. Incumplimiento de los prestadores	362
Título II: Instrucciones sobre la página electrónica de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave relacionada a una condición de salud garantizada explícitamente	363
Capítulo IX Información sobre detalle de deudas con empleadores públicos por subsidios por licencias médicas curativas, maternas o por enfermedad grave del hijo menor de un año	365
Capítulo X Subsidio al Empleo de la Ley N°20.338: Imparte instrucciones a las isapres respecto de la información a entregar sobre el pago de cotizaciones[Eliminado]:	368
Capítulo XI Envío a las COMPIN de los antecedentes de las Licencias Médicas.	369
A) Establece procedimiento para el envío de información sobre las Licencias Médicas reducidas y rechazadas, según Ley 20585.....	369
1. Envío de la información.	369
2. Periodicidad.	369
3. Resolución COMPIN	369
4. Obligatoriedad de las Resoluciones de la COMPIN	370
B) Establece procedimiento para el envío a las COMPIN de los antecedentes sobre las licencias médicas, en conformidad con el Decreto N°3, de 1984, del Ministerio de Salud.....	371
1. Envío de la información.	371
2. Resolución COMPIN.	372
3. Obligatoriedad de las Resoluciones COMPIN.	372
ANEXO.....	373
1 DESCRIPCIÓN DE LA PLATAFORMA DE ENVÍO Y TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES DE LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.....	376

2 ACCESO A LA PLATAFORMA DE ENVÍO, TRAMITACIÓN Y RECLAMOS CONTRA LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.....	380
2.1 PANTALLA DE INGRESO.....	380
2.2 CONTRASEÑA	381
2.3 MENÚ DE INICIO ASOCIADOS AL ROL ISAPRE.-	383
• MENÚ (ISAPRE) LAS OPCIONES SE PRESENTAN EN:	384
• INFORMACIÓN DEL USUARIO CONECTADO	385
3 PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE LICENCIAS MÉDICAS Y ANTECEDENTES	386
PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN	388
3.1.1 WEB SERVICES ENVÍO INFORMACIÓN LM.....	388
3.1.2 WEB SERVICES CONSULTA DE EVENTOS ASOCIADOS LM.	392
3.1.3 WEB SERVICES CONSULTA DE DICTAMEN LM MODIFICADA.	394
3.1.4 WEB SERVICES NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN LM MODIFICADA.	395
3.2 WEB SERVICE DE SISTEMA	398
3.3 WEB SERVICE DE ISAPRE	402
4. OPCIÓN DE DIGITACIÓN PARA ENVÍO DE LM MODIFICADAS DE LAS ISAPRES	405
4.1.1 FILTROS GENERALES.....	406
4.1.2 FILTRO LISTA.....	407
4.1.3 FILTRO POR COLUMNAS	407
4.1.4 AGREGAR UNA LM MODIFICADA POR LA ISAPRE.	407
4.1.5 SECCIÓN DATOS DE LA LICENCIA.	409
4.1.6 SECCIÓN IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE	409
4.1.7 SECCIÓN DATOS PROFESIONAL	410
4.1.8 SECCIÓN DATOS RESOLUCIÓN.....	411
4.1.9 SECCIÓN DOCUMENTOS ADJUNTOS (DOCUMENTOS FUNDANTES)	412
4.1.10 VALIDACIÓN DE LOS DATOS DIGITADOS	415
4.1.11 EDITAR LA LM DIGITADA	417
4.1.12 ELIMINAR LA LM DIGITADA	417
4.1.13 ENVIAR A TRAMITACIÓN CONTRALORÍA.....	417
4.2 CONSULTA DICTAMEN.	419
4.2.1 FILTROS GENERALES.....	420
4.2.2 FILTRO LISTA.....	420
4.2.3 FILTRO POR COLUMNAS	421
4.2.4 CONSULTAR LM MODIFICADA 	421
4.2.5 VISUALIZAR DICTAMEN 	421

5 PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS CONTRA ISAPRE Y ENVÍO DE ANTECEDENTES DE LAS LICENCIAS MÉDICAS	423
5.1 PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN NOTIFICACIÓN Y RESPUESTA A RECLAMO DS3.....	425
5.1.1 WEB SERVICES PARA SUSCRIPCIÓN DE NOTIFICACIONES DE ISAPRE	425
5.1.2 WEB SERVICES ENVÍO INFORMACIÓN BÁSICA LM	426
5.1.3 WEB SERVICES PARA NOTIFICACIÓN ISAPRE.....	428
5.1.4 WEB SERVICES SOLICITUD DE INFORMACIÓN RECLAMO.....	431
5.1.5 WEB SERVICES NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN RECLAMO CONTRA ISAPRE	432
5.1.6 WEB SERVICES CONSULTA ESTADO DE TRAMITE RECLAMO CONTRA ISAPRE.....	433
5.1.7 WEB SERVICES DE REGISTRO DE ANTECEDENTES ADICIONALES DE RECLAMO CONTRA ISAPRE	435
5.1.8 WEB SERVICES CONSULTA ESTADO DE DICTAMEN DE RECLAMO CONTRA ISAPRE.....	437
5.2 WEB SERVICES DE SISTEMA DE RECLAMO	440
5.2.1 WEB SERVICE DE ISAPRE.....	440
5.2.2 WEB SERVICE DE COMPIN.....	444
6 FUNCIONALIDADES DE SISTEMA ISAPRE/COMPIN DS3	451
6.1 OPCIÓN DE ENVÍO DE ANTECEDENTES CONTRA RECLAMOS LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.....	451
6.1.1 FILTROS GENERALES.....	452
6.1.2 FILTRO LISTA.....	453
6.1.3 FILTRO POR COLUMNAS	453
6.1.4 ENVIAR A TRAMITACIÓN CONTRALORÍA.....	458
6.2 CONSULTA RECLAMO DS3	459
6.2.1 FILTROS GENERALES.....	460
6.2.2 FILTRO LISTA.....	461
6.2.3 FILTRO POR COLUMNAS	461
6.2.4 AÑADIR ANTECEDENTES ADICIONALES 	461
6.2.5 CONSULTAR LM RECLAMADA 	461
6.2.6 VISUALIZAR DICTAMEN 	462
7 GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS	464
7.1 TÉRMINOS.....	464
7.2 ABREVIATURAS.....	464
Capítulo XII Información a remitir por las Isapres al Instituto de Previsión Social relativa a los subsidios por incapacidad laboral pagados a los trabajadores independientes.....	465

Capítulo XIII Instrucciones a los prestadores de salud sobre la forma y plazos en que deben informar a sus pacientes sobre su posible condición de enfermo terminal, su derecho al beneficio de la Ley N°21.309, y la entrega de los antecedentes de respaldo que permitan acceder al beneficio 467

Título I. Procedimiento de Información y Certificación de enfermedad terminal de la Ley N°21.309.....467

1. Reglas para la implementación de la normativa permanente de la ley N°21.309 que rige a contar del 1 de julio de 2021. 467

2. Constancia de las gestiones realizadas 470

3. Solución de controversias.....470

Anexo 1 Certificado médico para certificación enfermo terminal.....471

Anexo 2 Autorización a consejo médico o a consejo médico de apelación para revisión de ficha clínica 480

Título II. Procedimiento de enrolamiento de los establecimientos de salud a la plataforma para la emisión de certificados médicos de enfermos terminales en el marco del articulado permanente de la ley 21.309.....481

1. Glosario 481

2. Procedimiento Administrativo de Enrolamiento 481

3. Solución de Controversias 485

Anexo: Solicitud de enrolamiento en plataforma de emisión de certificados de enfermos terminales ley 21.309 486

Capítulo I Instrucciones para la transmisión de información y remisión de los Archivos Maestros que los seguros envían a la Superintendencia de Salud [Compendio de Archivos Maestros]¹

¹ El capítulo y su contenido fueron trasladados al Compendio de Archivos Maestros mediante Circular IF/N°504 de 2025.

Capítulo II Archivos Maestros [Compendio de Archivos Maestros]²

² El capítulo y su contenido fueron trasladados al Compendio de Archivos Maestros mediante Circular IF/N°504 de 2025.

Capítulo III Instrucciones de carácter económico y financiero

Título I: Instrucciones relativas a la Ficha Económica y Financiera de Isapre (F.E.F.I.)³

I. Disposiciones Generales

1. Estados Financieros

Los Estados Financieros de las Instituciones de Salud Previsional deberán ser preparados en conformidad con las instrucciones que imparta esta Intendencia de Salud, las que se encuentran contenidas en la presente instrucción y en lo no previsto por ellas, de acuerdo con las Normas Internacionales de Información Financiera.

Sin perjuicio de las instrucciones específicas que este Organismo de Control imparte en esta oportunidad para las cuentas representativas del negocio de las Instituciones de Salud Previsional, entidades especiales que cumplen un rol de protección social consagrado en la constitución política.

También serán aplicables los criterios de fondo de las Normas Internacionales de Información Financiera, en lo que respecta a la generalidad de las cuentas contables empleadas por las Isapres para reflejar sus movimientos, salvo que medie alguna instrucción en contrario de esta Superintendencia, criterios que están definidos en las normas emitidas por el International Accounting Standards Board, IASB, los que se presumen conocidos por las isapres por tratarse de los nuevos preceptos adoptados en el país para la presentación de la información financiera - contable.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán declarar explícitamente que sus estados financieros anuales e intermedios han sido preparados de acuerdo a las normas establecidas por la Superintendencia de Salud y las Normas Internacionales de Información Financiera.

Los Estados Financieros deberán ajustarse a los formatos y especificaciones contenidas en la presente instrucción, salvo que la Superintendencia de Valores y Seguros, en cuyos modelos se han basado las estructuras propuestas, presenten modificaciones y previa consulta a esta Superintendencia.

Los informes que componen los Estados Financieros exigidos por la Superintendencia son los siguientes:

- A. Información General de la entidad
- B. Estado de Situación Financiera Clasificado
- C. Estado de Resultado por Función
- D. Estado de Resultados Integrales
- E. Estado de Flujo de Efectivo Directo
- F. Estado de Cambio en el Patrimonio Neto
- G. Declaración de Responsabilidad
- H. Notas Explicativas
- I. Dictamen de los Auditores Externos (sólo anual)
- J. Analisis razonado de los Estados Financieros⁴

Los valores informados en los estados comparativos intermedios deberán presentarse en moneda local, sin someterlos a un proceso de reexpresión, a menos que la economía del país se torne hiperinflacionaria, en cuyo caso -conforme lo establece la NIC 29- la unidad monetaria perdería poder de compra a un ritmo

³ Título modificado por la Circular IF/N° 140, de 12 de enero de 2011.

⁴ Agregado por la Circular IF/N° 408, de 6 de julio de 2022.

tal, que resultaría equívoca cualquier comparación entre las cifras procedentes de transacciones y otros acontecimientos ocurridos en diferentes momentos del tiempo, incluso dentro de un mismo ejercicio, por lo cual se requeriría ejercer los cambios contables que correspondan.

Las cifras correspondientes a cada una de las distintas partidas que se incluyen en los Estados Financieros, deberán ser expresadas en miles de pesos.

2. Períodos de información y plazos de entrega a la Superintendencia

La información financiera intermedia y anual proporcionada a esta Superintendencia, estará referida a los cierres contables practicados al 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de cada año, tomando como referencia los ejercicios comparativos ilustrados en el cuadro que se exhibe a continuación. Con todo, la información intermedia que se presente en los estados financieros respectivos debe estar en concordancia con las instrucciones definidas en la NIC N° 34 y N° 1 y sus posteriores modificaciones.

Informe	Ejercicio Actual		Ejercicio Comparativo	Ejercicio Comparativo
Estado de situación Financiera Clasificado	31-03-XXX1		31-12-XXX0	01-01-XXX0
	30-06-XXX1		31-12-XXX0	01-01-XXX0
	30-09-XXX1		31-12-XXX0	01-01-XXX0
	31-12-XXX1		31-12-XXX0	01-01-XXX0
Estado de Resultados por Función	01-01 AL 31-03-XXX1		01-01 AL 31-03-XXX0	
	01-01 AL 30-06-XXX1	01-04 AL 30-06-XXX1	01-01 AL 30-06-XXX0	01-04 AL 30-06-XXX0
	01-01 AL 30-09-XXX1	01-07 AL 30-09-XXX1	01-01 AL 30-09-XXX0	01-07 AL 30-09-XXX0
	01-01 AL 31-12-XXX1	01-10 AL 31-12-XXX1	01-01 AL 31-12-XXX0	01-10 AL 31-12-XXX0
Estado de Resultados Integrales	01-01 AL 31-03-XXX1		01-01 AL 31-03-XXX0	
	01-01 AL 30-06-XXX1	01-04 AL 30-06-XXX1	01-01 AL 30-06-XXX0	01-04 AL 30-06-XXX0
	01-01 AL 30-09-XXX1	01-07 AL 30-09-XXX1	01-01 AL 30-09-XXX0	01-07 AL 30-09-XXX0
	01-01 AL 31-12-XXX1	01-10 AL 31-12-XXX1	01-01 AL 31-12-XXX0	01-10 AL 31-12-XXX0
Estado de Flujo de Efectivo	31-03-XXX1		31-03-XXX0	
	30-06-XXX1		30-06-XXX0	
	30-09-XXX1		30-09-XXX0	
	31-12-XXX1		31-12-XXX0	
Estado de Cambios en el Patrimonio	31-03-XXX1		31-03-XXX0	
	30-06-XXX1		30-06-XXX0	
	30-09-XXX1		30-09-XXX0	
	31-12-XXX1		31-12-XXX0	

Los plazos de entrega de la información serán los siguientes:

a) Los Estados Financieros referidos al 31 de marzo, 30 de junio y 30 de septiembre, deberán ser presentados en la Superintendencia, hasta el último día del mes siguiente a las respectivas fechas de cierre.

b) Aquellos referidos al 31 de diciembre, deberán ser presentados en la Superintendencia, hasta el último día del mes subsiguiente a la respectiva fecha de cierre.

Los plazos que venzan en días sábados, domingos o festivos, se prorrogarán hasta el día hábil siguiente.

c) El análisis razonado deberá entregarse de manera trimestral y anual, en las mismas fechas que señalan las letras a y b precedente. Lo anterior, sin perjuicio de las facultades del artículo 110 del DFL N°1, de 2005, de Salud⁵.

La información referida al 31 de diciembre de cada año deberá ser auditada por profesionales independientes que se encuentren inscritos en el Registro de Auditores Externos que, para tales fines, mantiene la Superintendencia de Valores y Seguros.

Para el **ejercicio correspondiente al año 2012**, esta Superintendencia mediante el **Oficio Circular IFN°10** de 20.04.2012, instruyó que **temporalmente** la presentación de los informes que componen los estados financieros intermedios y anuales bajo IFRS, sean remitidos conforme a un modelo diseñado en formato de planilla Excel, el cual se encuentra a disposición de las Isapres en la red privada Extranet,

Junto con el archivo de la F.E.F.I., preparada según el formato Excel estándar citado precedentemente, también deberá ser remitido por la Extranet, un archivo en formato PDF que corresponda al ejemplar físico de los estados financieros firmados por los responsables de cada institución, sin perjuicio de los originales que seguirán ingresándose por la oficina de partes de esta Superintendencia.

⁵ Letra c) incorporada por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

3. Estados Financieros Consolidados

Las Instituciones de Salud Previsional obligadas a preparar estados financieros consolidados -conforme a la NIC 27- deberán entregar dichos estados, en la misma fecha en que esta Superintendencia requiere el envío de los estados financieros individuales.

La información referida a las empresas que respalda los Estados Financieros Consolidados deberá estar a disposición de esta Superintendencia.

II. Contenido de la Ficha Económica y Financiera de Isapre

A. Información General de la entidad⁶

Se deberá incluir como primera sección de la Ficha, la información básica de la Institución de Salud Previsional, de acuerdo al formato que se presenta a continuación.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD

1. ESTADOS FINANCIEROS AL: ____ DE _____ DE 20__ 2. CODIGO ISAPRE

3. RAZON SOCIAL Y NATURALEZA JURÍDICA

4. RUT

5. DOMICILIO

6. TELÉFONO

7. CIUDAD

8. REGIÓN

9. REPRESENTANTE LEGAL

9.1 RUT

10. GERENTE GENERAL

10.1. RUT

⁶ Título modificado por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

11. PRESIDENTE DEL DIRECTORIO

11.1. RUT

12. DIRECTORES

12.1 RUT

13. NOMBRE MAYORES ACCIONISTAS O APORTADORES DE CAPITAL PROPIEDAD

14 % DE

15. PATRIMONIO:

EN PESOS

EN U.F.

16. CAPITAL:

SUSCRITO

PAGADO

17. N° DE TRABAJADORES 18. N° DE VENDEDORES ⁷ 19. N° DE SUCURSALES

20. AUDITORES EXTERNOS

B. Formatos de Presentación de los Estados Financieros

⁷ Instrucciones sobre la fuerza de ventas y su registro contenidas en el Compendio de Procedimientos.

Los formatos que se deben presentar a esta Superintendencia son aquellos elaborados conforme a la estructura definida por la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS)

Estado de Situación Financiera Clasificado

Estado de Situación Financiera Clasificado (Presentación)	Código I.F.R.S.	Código según Circular N°29
Activos	Título	Título
Activos, Corriente	Título	Título
Efectivo y Equivalentes al Efectivo	11010	11010 11020 (Sólo respecto de aquellos instrumentos de fácil liquidación)
Otros Activos Financieros, Corriente	11020	11020
Otros Activos No Financieros, Corriente	11030	11100
Deudores Comerciales y Otras Cuentas por Cobrar, Neto, Corriente	11040	11030 11040 11050 11060 11070
Cuentas por Cobrar a Entidades Relacionadas, Corriente	11050	11080
Inventarios	11060	11100 Incluye sólo ítem inventarios
Activos por impuestos corrientes	11070	11090
Total de activos corrientes distintos de los activos o grupos de activos para su disposición clasificados como mantenidos para la venta o como mantenidos para distribuir a los propietarios	11080	Cuenta totalizadora Cta. Nueva sin Código FEFI
Activos no corrientes o grupos de activos para su disposición clasificados como mantenidos para la venta	11090	Cta. Nueva sin Código FEFI
Activos no corrientes o grupos de activos para su disposición clasificados como mantenidos para distribuir a los propietarios	11091	Cta. Nueva sin Código FEFI
Activos no corrientes o grupos de activos para su disposición clasificados como mantenidos para la venta o como mantenidos para distribuir a los propietarios	11092	Cuenta totalizadora Cta. Nueva sin Código FEFI

Activos corrientes totales	11000	11000 Cuenta totalizadora
Activos, No Corrientes	Título	Título
Otros Activos Financieros, No Corriente	12010	13050 13060
Otros activos no financieros no corrientes	12020	Cta. Nueva sin Código FEFI
Derechos por cobrar no corrientes	12030	13030
Cuentas por Cobrar a Entidades Relacionadas, No Corriente	12040	13040
Inversiones Contabilizadas utilizando el Método de la Participación	12050	13010
Activos intangibles distintos de la plusvalía	12060	13060
Plusvalía	12070	13020 13070
Propiedades, Planta y Equipo, Neto	12080	12010 a 12070
Propiedades de Inversión	12090	12010 12020 12070
Activos por Impuestos Diferidos	12100	11090
Total Activos No Corrientes	12000	12000 Cuenta totalizadora
Total de Activos	10000	10000 Cuenta totalizadora
Patrimonio y Pasivos	Título	Título
Pasivos,	Título	Título
Pasivos Corrientes	Título	Título
Otros Pasivos Financieros, Corriente	21010	21010
Cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar	21020	21020 21030 21040 21060 21070

		21080 21100 21110 -Excesos de Cotización Cta Nueva sin código FEFI -Cotizaciones Anticipadas Cta Nueva sin código FEFI -Cuentas por Pagar a Entidades Prestadoras de Salud" Cta Nueva sin código FEFI
Cuentas por Pagar a Entidades Relacionadas, Corriente	21030	21090
Otras provisiones corriente	21040	21050 -Provisión Prestaciones en Litigio Cta. Nueva sin código FEFI) 21120
Pasivos por Impuestos corrientes	21050	21130
Provisiones corrientes por beneficios a los empleados	21060	21120 Sólo respecto de los montos que cumplen requisitos de la norma.
Otros pasivos no financieros corrientes	21070	21140
Total de pasivos corrientes distintos de los pasivos incluidos en grupos de activos para su disposición clasificados como mantenidos para la venta	21071	Cuenta Totalizadora Cta. Nueva sin Código FEFI
Pasivos incluidos en grupos de activos para su disposición clasificados como mantenidos para la venta	21072	Cta. Nueva sin Código

		FEFI
Pasivos corrientes totales	21000	Cuenta Totalizadora 21000
<i>Pasivos, No Corrientes</i>	Título	Título
Otros Pasivos Financieros, no Corriente	22010	22010
Pasivos no corrientes	22020	22040
Cuentas por Pagar a Entidades Relacionadas, No Corriente	22030	22020
Otras provisiones No Corrientes	22040	22030
Pasivo por impuestos diferidos	22050	22040
Provisiones no corrientes por beneficios a los empleados	22060	22030
Otros pasivos no financieros no corrientes	22070	22040
Total de pasivos no corrientes	22000	Cuenta Totalizadora 22000
Total pasivos	20000	Cuenta Totalizadora Cta. Nueva sin Código FEFI
<i>Patrimonio(1)</i>	Título	Título
Capital Emitido (2)	23010	23010 más 23020
Ganancias (pérdidas) acumuladas	23020	23060
Primas de emisión	23030	Cta. Nueva sin Código FEFI
Acciones Propias en Cartera	23040	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otras participaciones en el patrimonio	23050	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otras Reservas	23060	23040
Resultado del Ejercicio (3)	23070	23070
Dividendos Provisorios (3)	23071	23080
Patrimonio Neto Atribuible a los Tenedores de Instrumentos de Patrimonio Neto de Controladora	23072	Cuenta Totalizadora Cta. Nueva sin Código FEFI

Participaciones no controladoras	23073	24000
Patrimonio total	23000	23000 Cuenta totalizadora
Total de Patrimonio y Pasivos	24000	20000 Cuenta totalizadora

1) Las Sociedades de responsabilidad limitada deberán registrar sólo aquellas cuentas que les sean representativas de Patrimonio.

(2) Denominar "Capital Social Pagado", en el caso de Sociedad de Responsabilidad Limitada

(3) Cuentas requeridas por esta Superintendencia

*Aquellas cuentas contables que reúnan las características y/o condiciones para ser categorizadas o agrupadas en más de un rubro definido para IFRS, podrán clasificarse en todos aquéllos que la entidad considere aplicables. Por ejemplo, es posible que los componentes de la cuenta 21100 "Acreedores Varios" -Circular N°29- por su composición deban ser clasificados en el rubro IFRS 21020 "Cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar" así como también, corresponda agruparlos en el código IFRS 21070 "Otros Pasivos, no Financieros Corriente". La asociación de códigos efectuada es de carácter referencial, sin embargo, cada institución deberá revelar en su Nota Explicativa N° 1 "Criterios Contables Aplicados" la alternativa adoptada, cuando se presenten dos o más criterios posibles, no se cuente con una definición específica en la normativa vigente o difiera de los códigos referenciales establecidos precedentemente.

*Deberá omitirse el llenado de aquellos rubros IFRS que por su naturaleza no tengan correspondencia con las cuentas propias definidas por la isapre.

Estado de Resultado

Estado de Resultados por Función	Código I.F.R.S.	Código según Circular N°29
Ganancia (Pérdida)	Título	Título
Ingresos de actividades Ordinarias, Total	30010	30011 a 30015
Costo de Ventas	30020	30021 a 30026 - Costo por Prestaciones de Salud (reemplaza a cta. 30021 "Prestaciones de Salud") -Prestaciones en Litigio Cta Nueva sin código FEFI
Ganancia bruta	30030	30030 Cuenta Totalizadora

Ganancias que surgen de la baja en cuentas de activos financieros medidos al costo amortizado	30040	Cta. Nueva sin Código FEFI
Pérdidas que surgen de la baja en cuentas de activos financieros medidos al costo amortizado	30050	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otros Ingresos por función	30060	30061 30062 Estas ctas. se asimilan a nueva denominación de la cuenta: "Ingresos Operacionales" (por aplicación de IFRS)
Costos de Distribución	30070	30040
Gastos de Administración	30080	30040
Otros Gastos por función	30090	30040
Otras ganancias (pérdidas)	30100	30062
Ingresos financieros	30110	30062
Costos Financieros	30120	30072
Participación en las ganancias (pérdidas) de asociadas y negocios conjuntos que se contabilicen utilizando el método de la participación	30130	30072 menos 30062
Diferencias de cambio	30140	30080
Resultados por Unidades de Reajuste	30150	30080
Ganancias (pérdidas) que surgen de la diferencia entre el valor libro anterior y el valor justo de activos financieros reclasificados medidos a valor razonable	31160	Cta. Nueva sin Código FEFI
Ganancia (Pérdida) antes de Impuesto	30170	Cuenta Totalizadora 30100
Gasto por Impuesto a las Ganancias	30180	30110
Ganancia (pérdida) procedente de operaciones continuadas	30190	Cuenta Totalizadora Cta. Nueva sin Código FEFI

Ganancia (pérdida) procedente de operaciones discontinuadas	30200	Cta. Nueva sin Código FEFI -
Ganancia (Pérdida)	23070	23070
Ganancia (pérdida), atribuible a los propietarios de la controladora	30210	Cta. Nueva sin Código FEFI
Ganancia (pérdida), atribuible a participaciones no controladoras	30220	30130
Ganancia (Pérdida)	23070	23070
<i>Ganancias por Acción</i>	Título	Título
<i>Ganancia por acción básica</i>	Título	Título
Ganancia (pérdida) por acción básica en operaciones continuadas	30240	Cta. Nueva sin Código FEFI
Ganancia (pérdidas) por acción básica en operaciones discontinuadas	30250	Cta. Nueva sin Código FEFI
Ganancia (pérdida) por acción básica	30260	Cuenta Totalizadora
<i>Ganancias por acción diluidas</i>	Título	Título
Ganancias (pérdida) diluida por acción procedente de operaciones continuadas	30270	Cta. Nueva sin Código FEFI
Ganancias (pérdida) diluida por acción procedentes de operaciones discontinuadas	30280	Cta. Nueva sin Código FEFI
Ganancias (pérdida) diluida por acción	30290	Cuenta Totalizadora

Estado de Resultado Integral

Estado de Resultados Integral (Presentación)	Código I.F.R.S.
Ganancia (pérdida)	23070
Componentes de otro resultado integral, antes de impuestos	Título
Diferencias de cambio por conversión	Título
Ganancias (pérdidas) por diferencias de cambio de conversión, antes de impuestos	50001

Ajustes de reclasificación en diferencias de cambio de conversión, antes de impuestos	50002
Otro resultado integral, antes de impuestos, diferencias de cambio por conversión	Subtotal 50003
Activos financieros disponibles para la venta	Título
Ganancias (pérdidas) por nuevas mediciones de activos financieros disponibles para la venta, antes de impuestos	50004
Ajustes de reclasificación, activos financieros disponibles para la venta, antes de impuestos	50005
Otro resultado integral, antes de impuestos, activos financieros disponibles para la venta	Subtotal 50006
Coberturas del flujo de efectivo	Título
Ganancias (pérdidas) por coberturas de flujos de efectivo, antes de impuestos	50007
Ajustes de reclasificación en coberturas de flujos de efectivo, antes de impuestos	50008
Ajustes por importes transferidos al importe inicial en libros de las partidas cubiertas	50009
Otro resultado integral, antes de impuestos, coberturas del flujo de efectivo	Subtotal 50010
Otro resultado integral, antes de impuestos, ganancias (pérdidas) procedentes de inversiones en instrumentos de patrimonio	50011
Otro resultado integral, antes de impuestos, ganancias (pérdidas) por revaluación	50012
Otro resultado integral, antes de impuestos, ganancias (pérdidas) actuariales por planes de beneficios definidos	50013
Participación en el otro resultado integral de asociadas y negocios conjuntos contabilizados utilizando el método de la participación	50014
Otros componentes de otro resultado integral, antes de impuestos	Subtotal 50000
Impuesto a las ganancias relacionado con componentes de otro resultado integral	Título
Impuesto a las ganancias relacionado con diferencias de cambio de conversión de otro resultado integral	51001

Impuesto a las ganancias relacionado con inversiones en instrumentos de patrimonio de otro resultado integral	51002
Impuesto a las ganancias relacionado con activos financieros disponibles para la venta de otro resultado integral	51003
Impuesto a las ganancias relacionado con coberturas de flujos de efectivo de otro resultado integral	51004
Impuesto a las ganancias relacionado con cambios en el superávit de revaluación de otro resultado integral	51005
Impuesto a las ganancias relacionado con planes de beneficios definidos de otro resultado integral	51006
Ajustes de reclasificación en el impuesto a las ganancias relacionado con componentes de otro resultado integral	51007
Suma de impuestos a las ganancias relacionados con componentes de otro resultado integral	Subtotal 51000
Otro resultado integral	Subtotal 52000
Resultado integral total	Total 53000
Resultado integral atribuible a	Título
Resultado integral atribuible a los propietarios de la controladora	53001
Resultado integral atribuible a participaciones no controladoras	53002
Resultado integral total	53000

*Aquellas cuentas contables que reúnan las características y/o condiciones para ser categorizadas o agrupadas en más de un rubro definido para IFRS, podrán clasificarse en todos aquéllos que la entidad considere aplicables. La asociación de códigos efectuada es de carácter referencial. No obstante lo anterior, cada institución deberá revelar en la Nota Explicativa N° 1 "Criterios Contables Aplicados" la alternativa adoptada, cuando se presenten dos o más criterios posibles o no se cuente con una definición específica en la normativa vigente o difiera de los códigos referenciales establecidos precedentemente.

*Deberá omitirse el llenado de aquellos rubros IFRS que por su naturaleza no tengan correspondencia con las cuentas propias definidas por la Isapre.

Estado de Flujo de Efectivo Directo

<i>Estado de Flujo de Efectivo Directo</i>	Código I.F.R.S.	Código según Circular N°29
<i>Flujos de efectivo procedentes de (utilizados en) actividades de operación</i>	Título	Título
<i>Clases de cobros por actividades de operación</i>	Título	Título
Cobros procedentes de las ventas de bienes y prestación de servicios	40110	40110 40115- Recaudación de Préstamos por Prestaciones de Salud Cuenta nueva sin código FEFI
Cobros procedentes de regalías, cuotas, comisiones y otros ingresos de actividades ordinarias	40120	Cta. Nueva sin Código FEFI
Cobros procedentes de contratos mantenidos con propósitos de intermediación o para negociar	40130	Cta. Nueva sin Código FEFI
Cobros procedentes de primas y prestaciones, anualidades y otros beneficios de pólizas suscritas	40140	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otros cobros por actividades de operación	40150	40136
<i>Clases de pagos</i>	Título	Título
Pagos a proveedores por el suministro de bienes y servicios	40160	40155 40140 40145 40150
Pagos procedentes de contratos mantenidos para intermediación o para negociar	40170	Cta. Nueva sin Código FEFI
Pagos a y por cuenta de los empleados	40180	40155
Pagos por primas y prestaciones, anualidades y otras obligaciones derivadas de las pólizas suscritas	40190	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otros pagos por actividades de operación	40200	40170- 40175-40176
Dividendos pagados	40210	40230
Dividendos recibidos	40220	40130
Intereses pagados	40230	40160

Intereses recibidos	40240	40125
Impuestos a las ganancias reembolsados (pagados)	40250	40165
Otras entradas (salidas) de efectivo	40260	40120 40135 40175
Flujos de efectivo netos procedentes de (utilizados en) actividades de operación	Totalizadora 40000	Totalizadora 40100
Flujos de efectivo procedentes de (utilizados en) actividades de inversión	Título	Título
Flujos de efectivo procedentes de la pérdida de control de subsidiarias u otros negocios	41100	40315 - 40320
Flujos de efectivo utilizados para obtener el control de subsidiarias u otros negocios	41110	Cta. Nueva sin Código FEFI
Flujos de efectivo utilizados en la compra de participaciones no controladoras	41120	40350
Otros cobros por la venta de patrimonio o instrumentos de deuda de otras entidades	41130	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otros pagos para adquirir patrimonio o instrumentos de deuda de otras entidades	41140	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otros cobros por la venta de participaciones en negocios conjuntos	41150	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otros pagos para adquirir participaciones en negocios conjuntos	41160	Cta. Nueva sin Código FEFI
Préstamos a entidades relacionadas	41170	40365
Importes procedentes de la venta de propiedades, planta y equipo	41180	40310
Compras de propiedades, planta y equipo	41190	40340
Importes procedentes de ventas de activos intangibles	41200	Cta. Nueva sin Código FEFI
Compras de activos intangibles	41210	Cta. Nueva sin Código FEFI
Importes procedentes de otros activos a largo plazo	41220	40330
Compras de otros activos a largo plazo	41230	40360
Importes procedentes de subvenciones del gobierno	41240	Cta. Nueva sin Código FEFI
Anticipos de efectivo y préstamos concedidos a terceros	41250	40335

Cobros procedentes del reembolso de anticipos y préstamos concedidos a terceros	41260	40335
Pagos derivados de contratos de futuro, a término, de opciones y de permuta financiera	41270	40370
Cobros procedentes de contratos de futuro, a término, de opciones y de permuta financiera	41280	40335
Cobros a entidades relacionadas	41290	40325
Dividendos recibidos	41300	40335
Intereses recibidos	41310	40335
Impuestos a las ganancias reembolsados (pagados)	41320	40165
Otras entradas (salidas) de efectivo	41330	40370 40330
Flujos de efectivo netos procedentes de (utilizados en) actividades de inversión	Totalizadora 41000	Totalizadora 40300
Flujos de efectivo procedentes de (utilizados en) actividades de financiación	Título	Título
Importes procedentes de la emisión de acciones	42100	40210
Importes procedentes de la emisión de otros instrumentos de patrimonio	42110	40255
Pagos por adquirir o rescatar las acciones de la entidad	42120	40255
Pagos por otras participaciones en el patrimonio	42130	Cta. Nueva sin Código FEFI
Importes procedentes de préstamos de largo plazo	42130	40240
Importes procedentes de préstamos de corto plazo	42140	40240
Total importes procedentes de préstamos	Totalizadora 42150	Totalizadora
Préstamos de entidades relacionadas	42160	40220
Pagos de préstamos	42170	40240
Pagos de pasivos por arrendamientos financieros	42180	40255
Pagos de préstamos a entidades relacionadas	42190	40245
Importes procedentes de subvenciones del gobierno	42200	Cta. Nueva sin Código FEFI
Dividendos pagados	42210	40230
Intereses pagados	42220	40255
Impuestos a las ganancias reembolsados (pagados)	42230	40165

Otras entradas (salidas) de efectivo	42240	Cta. Nueva sin Código FEFI
Flujos de efectivo netos procedentes de (utilizados en) actividades de financiación	Totalizadora 42000	Totalizadora 40200
Incremento neto (disminución) en el efectivo y equivalentes al efectivo, antes del efecto de los cambios en la tasa de cambio	Totalizadora 43000	Totalizadora 40000
Efectos de la variación en la tasa de cambio sobre el efectivo y equivalentes al efectivo	Título	Título
Efectos de la variación en la tasa de cambio sobre el efectivo y equivalentes al efectivo	44000	40400
Incremento (disminución) neto de efectivo y equivalentes al efectivo	Totalizadora 45000	Totalizadora 41000
Efectivo y equivalentes al efectivo al principio del periodo	46000	41100
Efectivo y equivalentes al efectivo al final del periodo	Totalizadora 47000	Totalizadora 42000

* Aquellas cuentas contables que reúnan las características y/o condiciones para ser categorizadas o agrupadas en más de un rubro definido para IFRS, podrán clasificarse en todos aquéllos que la entidad considere aplicables. La asociación de códigos efectuada es de carácter referencial. No obstante lo anterior, cada institución deberá revelar en su Nota Explicativa N° 1 “Criterios Contables Aplicados” la alternativa adoptada, cuando se presenten dos o más criterios posibles o no se cuente con una definición específica en la normativa vigente o difiera de los códigos referenciales establecidos precedentemente.

*Deberá omitirse el llenado de aquellos rubros IFRS que por su naturaleza no tengan correspondencia con las cuentas propias definidas por la isapre.

F. Estado de Cambios en el Patrimonio

* Aquellas Instituciones que por su naturaleza posean Capital Social, deberán adaptar el cuadro representativo del Estado de Cambio en el Patrimonio, en razón de sus propias cuentas

[illegible]

Compendio de Información
 Capítulo III Instrucciones de carácter económico y financiero
Título I: Instrucciones relativas a la Ficha Económica y Financiera de Isapre (F.E.F.I.)

Saldo inicial periodo actual 01/01/XXXX1													
Incrementos (disminución) por cambios en políticas contables													
Incrementos (disminución) por correcciones de errores													
Saldo Inicial Reexpresado													
Cambios en Patrimonio													
Resultado Integral													
Ganancia (pérdida)													
Otro Resultado Integral													
Resultado Integral													
Emisión de Patrimonio													
Dividendos													
Incremento (disminución) por otras aportaciones de los propietarios													
Incremento (disminución) por otras distribuciones a los propietarios													
Incremento (disminución) por Transferencias													

y otros cambios													
Incremento (disminución) por Transacciones de acciones en cartera													
Incremento (disminución) por cambios en la participación de subsidiarias que no impliquen pérdida de control													
TOTAL DE CAMBIOS EN PATRIMONIO													
SALDO FINAL PERÍODO ACTUAL 31/12/X1													
Saldo inicial período anterior 01/01/x0													
Incrementos (disminución) por cambios en políticas contables													
Incrementos (disminución) por correcciones de errores													
Saldo Inicial Reexpresado													
Cambios en Patrimonio													

Compendio de Información
 Capítulo III Instrucciones de carácter económico y financiero
Título I: Instrucciones relativas a la Ficha Económica y Financiera de Isapre (F.E.F.I.)

Resultado Integral													
Ganancia (pérdida)													
Otro Resultado Integral													
Resultado Integral													
Emisión de Patrimonio													
Dividendos													
Incremento (disminución) por otras aportaciones de los propietarios													
Incremento (disminución) por otras distribuciones a los propietarios													
Incremento (disminución) por Transferencias y otros cambios													
Incremento (disminución) por Transacciones de acciones en cartera													
Incremento (disminución) por cambios en la participación de subsidiarias que no impliquen pérdida de control													

TOTAL DE CAMBIOS EN PATRIMONIO														
SALDO FINAL PERÍODO ACTUAL 31/12/X0														

G. Declaración de Responsabilidad⁸

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD (*)		
RUT ISAPRE:		
RAZÓN SOCIAL:		
Los abajo firmantes se declaran responsables respecto de la veracidad de la información incorporada en el presente informe y sus archivos magnéticos (trimestral/anual), referidos al (día, mes y año), de acuerdo al siguiente detalle:		
Tipo de Información	Individual	Consolidado
Estados Financieros		
Notas Explicativas a los estados financieros de la N°1 a la....		
Archivos Magnéticos		
Informe Complementario		
Nota: Marcar con una “X” donde corresponde		
Nombre Completo del Gerente General	Firma	Timbre
Nombre Completo del Contador General	Firma	Timbre
Fecha: _____		

Los Estados Financieros Anuales, deberán incorporar la firma del Gerente General y Contador General. Además, deberá enviarse a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en la oportunidad que se encuentre disponible, copia de la sesión

⁸ Título modificado por la Circular IF/N°408, de 06 de julio de 2022.

de Directorio en la cual conste la aprobación de los estados financieros remitidos a este Organismo de Control. En los estados intermedios se requerirá la firma del Gerente General y Contador General.

DEFINICIONES DE CUENTAS

A continuación, se presentan aquellas definiciones de cuentas que dicen relación con la naturaleza propia del negocio de las Instituciones de Salud Previsional y que esta Superintendencia ha estimado importante distinguir en forma complementaria, dadas sus características específicas y a fin de favorecer su presentación y agrupación en los estados financieros.

Cada Isapre, deberá implementar en su plan de cuentas, una codificación interna que permita identificar claramente y en forma segregada todas las transacciones y cuentas que conforman sus Estados Financieros, sin perjuicio de la agrupación requerida de acuerdo a la presente circular.

CUENTAS ASOCIADAS AL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA CLASIFICADO

1.1.- CUENTAS DE ACTIVO

DEUDORES DE COTIZACIONES (Neto)

Cuenta IFRS	Circular 29
11040	11030

Registra las cotizaciones que, a la fecha de cierre, aún no han sido pagadas por los empleadores, afiliados independientes, afiliados voluntarios, Administradoras de Fondos de Pensiones, Compañías de Seguros o el Instituto de Previsión Social (IPS).

Se incluirán aquellas cotizaciones que debieron pagarse en el mes y las cotizaciones adeudadas de meses anteriores con los reajustes e intereses devengados que correspondan.

Esta cuenta estará constituida por las siguientes subcuentas:

1. COTIZACIONES DECLARADAS Y NO PAGADAS (DNP)

Incluye las cotizaciones declaradas pero que no han sido pagadas a la fecha del cierre contable.

A partir del saldo de esta cuenta se calculará una estimación de deterioro por aquellos valores pendientes de cobro de dudosa recuperación, que se encuentren o no en trámite de cobranza judicial.

Tal estimación se debe registrar con cargo a la cuenta de resultado "Deterioro por Deudores de Cotizaciones" que se incluye en la partida "Otros Gastos por Función" y abono a la cuenta complementaria de activo "Estimación Deterioro Deudores de Cotizaciones" o sus cuentas equivalentes⁹.

⁹ Se habla de cuentas equivalentes, en virtud de las posibles modificaciones que la SVS efectúe sobre la estructura de formatos definidos a la fecha de la instrucción.

En la Nota explicativa N°2 se deberá exponer la composición del saldo de esta cuenta, en función de la antigüedad y recuperabilidad de los valores en ella registrados, debiendo, además, constar las políticas de cobranza usadas por cada isapre y el criterio empleado por la institución para calcular el deterioro.

2. COTIZACIONES NO DECLARADAS Y NO PAGADAS (NDNP)

El registro de las cotizaciones no declaradas y no pagadas debe basarse en una medición razonable establecida por la isapre, de los flujos que debían enterarse por el empleador o la entidad pagadora hasta la fecha de cierre del ejercicio, evitando la constitución de activos que efectivamente no se materialicen como incremento patrimonial. En este sentido, debe centrarse en los derechos que emanan de los contratos de salud previsional y dar cuenta de la realidad de cada una de las isapres que participan en el sistema.

Con todo el reconocimiento de este activo se deberá ajustar sólo a aquél monto que generará beneficios económicos y por ende un incremento patrimonial.

Para la determinación de estos derechos, la isapre deberá contar con un inventario y parámetros de medición que consideren aspectos tales como los que se presentan a continuación o bien factores definidos por la isapre, que tengan relación con su experiencia de cobranza:

1. Incumplimiento Presunto: Corresponde al diferencial entre las cotizaciones pactadas en los contratos de salud previsional y las cotizaciones declaradas, ya sea que éstas últimas se hayan pagado o no.

El incumplimiento presunto incluye los conceptos de cotizaciones no declaradas y no pagadas y el diferencial entre la cotización pactada y la pagada.

2. Incumplimiento Presunto Ajustado: Corresponde a la estimación del activo que generará beneficios económicos futuros. Surge como ingreso después de haberse aplicado el factor de ajuste al Incumplimiento Presunto.
3. Factor de Ajuste del Ingreso o de Recuperabilidad: Corresponde a los porcentajes mensuales de recuperación históricos de las NDNP que se debe aplicar al stock de incumplimiento presunto en cada cierre contable, según los indicadores propios de cada Isapre.

Para determinar el factor de ajuste, debe considerarse la recuperación histórica de las NDNP según una clasificación por antigüedad de los saldos que componen el stock de incumplimiento presunto.

4. Stock de incumplimiento presunto: La aplicación del modelo debe considerar las deudas acumuladas durante los 5 últimos años anteriores al cierre contable o los que se fundamenten en las políticas de cobranza o castigos definidos por cada institución, considerando la prescripción de las acciones legales para su cobro.

5. Período de recuperación: Corresponde al período estimado de tiempo posterior a cada cierre contable, en el que se espera recaudar las cotizaciones adeudadas, de acuerdo a los factores de recaudación observados históricamente.

En la Nota Explicativa N° 2 se deberá exponer el detalle del modelo, fórmulas, bases y parámetros utilizados para la determinación de las cotizaciones no declaradas y no pagadas.

Las isapres podrán utilizar modelos alternativos que contemplen la medición de estos flujos combinando uno o más parámetros, sin embargo, siempre deberá estar en condiciones de acreditar la razonabilidad y cumplimiento de las normas que permiten su inclusión en los estados financieros.

La Superintendencia podrá evaluar el modelo de cálculo desarrollado por cada institución y dictar instrucciones específicas al efecto, debiendo las isapres poner a su disposición la información necesaria para dicha revisión.

DEUDORES POR PRÉSTAMOS DE SALUD. (Neto)

Cuenta IFRS	Circular 29
11040	11040

Registra los préstamos otorgados por la isapre a sus afiliados, directamente o a través de sus empleadores, para financiar el costo de las atenciones de salud en la parte no cubierta, incluyendo intereses y reajustes devengados a la fecha de cierre de los Estados Financieros.

A partir del saldo de esta cuenta se calculará una estimación de deterioro por aquellos valores de dudosa recuperación, se encuentren o no en trámite de cobranza judicial.

Tal estimación se debe registrar con cargo a la cuenta de resultado "Deterioro Deudores por Préstamos de Salud" que para efecto de presentación se incluye dentro de la partida "Otros Gastos por Función", y abono a la cuenta complementaria de activo "Estimación Deterioro Deudores por Préstamos de Salud " o sus cuentas equivalentes.

En la Nota Explicativa N° 3 se deberá exponer la composición del saldo de esta cuenta, en función de la antigüedad y recuperabilidad de los valores en ella registrados, debiendo, además, constar las políticas de cobranza usadas por la isapre y el criterio empleado por la institución para calcular la estimación de deterioro.

FONDO ÚNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES

Cuenta IFRS	Circular 29
11040	11050

Registra el saldo deudor de la cuenta "Fondo Único de Prestaciones Familiares".

Este saldo corresponderá a aquellos subsidios por licencias maternales y por enfermedad grave del hijo menor de un año que constituyan un exceso por sobre el presupuesto autorizado por la Superintendencia de Seguridad Social o a aquellos pagados por una institución recién iniciada, que no cuenta con el mecanismo dispuesto por dicha Superintendencia.

DOCUMENTOS Y CUENTAS POR COBRAR
EMPRESAS
RELACIONADAS CORRIENTES

Cuenta IFRS	Circular 29
11050	11080

Registra las obligaciones corrientes que han contraído las empresas relacionadas con la isapre, estén o no documentadas.

La Nota Explicativa N° 4, debe indicar la descomposición del saldo de esta cuenta.

DOCUMENTOS Y CUENTAS POR COBRAR
EMPRESAS
RELACIONADAS NO CORRIENTES

Cuenta IFRS	Circular 29
12040	13040

Registra las obligaciones no corrientes que han contraído las empresas relacionadas con la isapre, se encuentren o no documentadas.

La Nota Explicativa N° 4, debe indicar la descomposición del saldo de esta cuenta.

ACTIVO POR COSTOS DE ADQUISICIÓN
DE CONTRATOS DE SALUD

Cuenta IFRS	Circular 29
12060	13060

Registra ¹⁰ el reconocimiento de un activo a la fecha de cierre contable, por los costos en que se incurre para vender, suscribir e iniciar un nuevo contrato de salud.

¹⁰ Definición modificada por la Circular IF N°373, de 06.11.2020

En la determinación de este activo, se deberá tener presente que los costos que se identifiquen para conformarlo, deberán estar directamente relacionados con la venta, suscripción o inicio de un contrato.¹¹ Por todo lo anterior, no corresponderá incluir en la composición de este activo, aquellos desembolsos relacionados al proceso de mantención, adecuación y /o renovación de los contratos como, por ejemplo, los gastos por fidelización de la cartera, los arriendos de locales, servicios básicos de oficina, etc. Además, en la determinación de esta partida no corresponderá considerar aquellos montos que no estén vinculados a horas efectivamente trabajadas como sobresueldos, licencias médicas, bonos de vacaciones, nacimiento, escolaridad, aguinaldos o conceptos de naturaleza similar.

Se deberá amortizar aquella parte consumida de los beneficios económicos futuros generados por el activo. Dicho reconocimiento se efectuará contra la cuenta 30080 "Gastos de Administración" o su cuenta equivalente.

La Nota Explicativa N°5, debe indicar el detalle de los costos activados, la amortización correspondiente y, además, los parámetros y metodología utilizadas para la determinación del saldo incluido en los Estados Financieros.

1.2.- CUENTAS DE PASIVO

BENEFICIOS POR PAGAR:

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	21030

Esta cuenta estará constituida por las siguientes subcuentas:

- 1. Reembolsos por Pagar:** corresponde a los beneficios que a la fecha de cierre han sido valorizados y se encuentran pendientes de pago incluyendo los fondos que por cualquier medio de pago no han sido presentados a cobro dentro de los plazos de caducidad correspondientes.

Además, se deben incluir los cheques o valores caducados por reembolsos no cobrados en su oportunidad.

Transcurrido el plazo mínimo de caducidad establecido en los contratos de salud sin que medie el cobro de las personas beneficiarias, la isapre podrá evaluar el traspaso contable de los respectivos valores del pasivo, con abono a la cuenta de resultados "Otros Ingresos por función" o su cuenta equivalente. Lo señalado, sin perjuicio de las acciones de cobro que se puedan efectuar antes del vencimiento del plazo general de prescripción definido en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil, situación que de concretarse obligará a la isapre al pago correspondiente y producirá el ajuste de la cuenta "Otros Gastos por función" o su cuenta equivalente.

¹¹ Se elimina frase de la definición contenida en la Circular IF N°373, la que fue modificada en virtud de la Resolución Exenta IF N° 899, del 10.12.2020

En caso que el contrato de salud no estableciese un plazo máximo de caducidad de los reembolsos o bien, si la isapre -según el criterio adoptado por la administración- no estima pertinente efectuar en la fecha de caducidad de los documentos el traspaso contable a la cuenta de resultado citada precedentemente, podrá entonces rebajar dichos montos en el plazo referencial de un año.

Sin perjuicio de lo expuesto en los párrafos anteriores, cuando la isapre se encuentre en situación de Plan de Ajuste y Contingencia o supervigilancia especial, la Superintendencia podrá evaluar las obligaciones que fueron abonadas como "Otros Ingresos de la Operación" o su cuenta equivalente.

2. Subsidios por Pagar: corresponde a las obligaciones por pagar a los beneficiarios, más las cotizaciones previsionales (salud, fondo de pensiones y demás que correspondan), derivadas de los subsidios por incapacidad laboral que son de cargo de la isapre. Las obligaciones registradas por este concepto deben considerar hasta el último día de la respectiva licencia médica.

Además, se deben incluir los cheques o valores caducados por subsidios, clasificados como se indica:

- 2.1. Cheques o valores caducos SIL Empleadores Públicos o Privados con convenios de pago: corresponde a los cheques u otros valores emitidos para pagar los subsidios por incapacidad laboral, derivados de licencias curativas, de acuerdo a los convenios o normas de pago establecidos para los empleadores y que no han sido cobrados por los destinatarios dentro de los plazos de caducidad bancaria establecidos para cada tipo de documento.
- 2.2. Cheques caducos SIL personas naturales: corresponde a los cheques u otros valores emitidos para pagar los subsidios por incapacidad laboral, derivados de licencias médicas curativas, y que no han sido cobrados por las personas naturales dentro de los plazos de caducidad bancaria establecidos para cada tipo de documento.

Se incluirán además aquellos montos correspondientes a cheques o valores caducos por subsidios del sector privado que no hayan sido presentados a cobro antes de su plazo de prescripción (6 meses) - según lo dispuesto en el artículo 155 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud- los que podrán ser deducidos de las cuentas de pasivo correspondiente y abonados como "Otros Ingresos por función" o su cuenta equivalente una vez transcurrido dicho plazo.

Asimismo, aquellos montos correspondientes a cheques o valores caducos por subsidios del sector público o empresas privadas en convenio de pago, que no hayan sido presentados a cobro en la isapre, antes de los plazos generales de prescripción definidos en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil, podrán ser deducidos de las cuentas de pasivo correspondientes y abonados como "Otros Ingresos por función" o su cuenta equivalente una vez transcurrido dicho plazo.

3. Subsidios por Pagar F.U.P.F.

Esta subcuenta debe incluir los subsidios derivados de licencias maternales y por enfermedad grave del hijo menor de un año que se hayan autorizado con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y que aún no se hayan pagado, teniendo en consideración los mismos alcances señalados en el caso de los subsidios que son de cargo de la isapre.

PROVISIÓN DE PRESTACIONES¹²

Registra, en base a una provisión, aquellos beneficios y/o prestaciones que, habiéndose materializado a la fecha de cierre de los Estados Financieros, aún no han sido imputados en las partidas contables correspondientes.

De acuerdo a lo anterior, el modelo que defina cada institución deberá considerar para dichos efectos los siguientes ítemes:

- 1.- Prestaciones de salud ocurridas y no reportadas a la isapre
- 2.- Prestaciones de salud reportadas y no valorizadas por la isapre.
- 3.- Subsidios por Incapacidad Laboral ocurridos y no reportados a la isapre.
- 4.- Subsidios por Incapacidad Laboral reportados y no valorizados por la isapre.

Las provisiones a determinar, se informarán bajo el siguiente rubro:

Otras Provisiones Corrientes/No Corrientes

Cuenta IFRS	Circular 29
21.040	21.120
22.040	22.030

Registra las estimaciones de obligaciones que a la fecha de los estados financieros se encuentran devengadas, pero serán liquidadas en periodos siguientes. Deben revelarse por efecto de la aplicación de normas internacionales de información financieras e instrucciones específicas de esta Superintendencia. Dicha información deberá exponerse en la Nota Explicativa N°20, del mismo nombre.

Entre los conceptos que conformarán esta cuenta, se incluirán las provisiones por costas judiciales correspondientes al alza de precio base, tabla de factores (rebaja tramo de edad) y prima GES, para efectos de su constitución y control¹³.

PROVISIÓN DE PRESTACIONES OCURRIDAS¹⁴ Y NO LIQUIDADAS

Cuenta IFRS	Circular 29
21040	21050

-Definición de provisiones por ítemes

¹² Definición general incluida por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

¹³ Cuenta incorporada por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

¹⁴ Definición modificada por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

Se considerarán para estos efectos los siguientes estados de las prestaciones sujetas a estimación:

1. Prestaciones de Salud ocurridas y no reportadas a la isapre, y
2. Prestaciones de Salud reportadas y no valorizadas por la isapre.

Las isapres deberán determinar mensualmente una provisión por prestaciones de salud afectas a garantía a la fecha de los estados financieros. Por lo anterior, deberán determinar aquel enfoque y/o modelo de cálculo, que se ajuste a las características de la isapre, y que permita obtener la mejor estimación del gasto por prestaciones, producto de las obligaciones derivadas del contrato de salud.

El Directorio de la isapre deberá aprobar además de sus políticas asociadas en esta materia, el enfoque y/o modelo de cálculo seleccionado, así como las posibles modificaciones que se practiquen a su diseño y aplicación, debiendo quedar constancia de ello en el acta de la sesión correspondiente. Del mismo modo, junto a la alta administración, deberán asegurar que se incorpore toda la información disponible y se apliquen los procesos apropiados, para la determinación de las provisiones.

De manera posterior al reconocimiento inicial de la provisión y de ser necesario, dicha cuenta se deberá revisar y ser ajustada, para expresar la mejor estimación a la fecha de los estados financieros.

Los cálculos asociados al modelo de provisiones utilizado, se deberán certificar mensualmente por quienes desempeñen internamente en la isapre la función actuarial y en forma semestral por sus auditores externos, considerando el modelo, la data y cálculo respectivos. Así mismo, cada vez que dicho modelo sufra una modificación, deberá ser revisado por ambos, de manera que se emita una opinión respecto a su fiabilidad y robustez.

El informe que elaboren los auditores externos, ya sea respecto de la implementación, uso y/o modificación en el modelo, deberá ser enviado en cada oportunidad a esta Superintendencia.

La isapre deberá amortizar la provisión con el costo real de los siniestros que se estimaron, manteniendo un control de los movimientos que sean imputados para tal efecto y revelando los ajustes que se generen en cada ejercicio. Para estos efectos deberá tener implementados los medios de control que permitan identificar e inventariar los distintos siniestros que constituyan los movimientos de cada ejercicio.

La institución de salud, deberá revelar para el ejercicio actual y comparativo según corresponda a cada ejercicio los movimientos (saldos, actualizaciones y amortizaciones) que se realicen en cada ejercicio explicando la metodología, supuestos y demás información requerida para tal efecto, por las Normas Internacionales de Información Financiera sobre la materia. Esta información deberá exponerse de acuerdo a la Nota Explicativa N° 6.

Las isapres estarán obligadas a realizar en forma mensual pruebas de suficiencia de las provisiones determinadas según el modelo de estimación definido. Cualquier provisión complementaria que sea identificada como parte de dichos ejercicios de suficiencia, quedará afecta a garantía y deberá clasificarse como parte de este rubro considerando para tal efecto la medición (cálculo) que se realizaba previo a la modificación de su modelo de provisiones.

Cabe hacer presente, que el modelo de provisiones adoptado por la isapre, deberá asegurar, como mínimo, una provisión equivalente al cálculo que resulte de aplicar la metodología para la "Provisión de prestaciones ocurridas y no liquidadas" en la versión original de la Circular IF N°140, de 12.01.2011, aumentada en un 80%, sin perjuicio que las isapres que incrementen su medición en un porcentaje superior según el modelo adoptado, quedarán sujetas a dicha estimación.

3. Subsidios por Incapacidad Laboral ocurridos y no reportados a la isapre, y
4. Subsidios por Incapacidad Laboral ocurridos, reportados y no valorizados por la isapre.

La provisión correspondiente deberá determinarse mensual y separadamente de acuerdo a cada modalidad, entendiéndose por tales las Prestaciones de Salud (hospitalarias y ambulatorias) y los Subsidios por Incapacidad Laboral con sus respectivos aportes previsionales.

El monto de la provisión deberá calcularse considerando la tasa promedio móvil correspondiente a las prestaciones y subsidios por incapacidad laboral ocurridos y no liquidados en cada cierre contable y registrados en los tres meses siguientes, considerando como base los períodos cuyos costos fueron reportados extemporáneamente de acuerdo a cada cierre contable y lo que se contempla a modo de ejemplo en la Nota Explicativa N°6.

La tasa promedio que se obtenga, se deberá aplicar finalmente al costo real registrado en el mes cuyo cierre contable se reporta y respecto del cual se debe calcular la provisión. Lo señalado se ejemplifica como sigue:

Cierre contable que se reporta: Septiembre XX1

Tasa Mensual:

Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL) Ocurridos y no Liquidados registrados en los 3 meses siguientes

Costo Real de los Subsidios por Incapacidad laboral (SIL) registrados contablemente en el mes reportado

Tasa Promedio: $\sum$ Tasa porcentual mensual

12

Monto de la Provisión: Tasa Promedio X Costo real de los SIL registrados en el mes de Septiembre XX1

La base y determinación del cálculo de esta cuenta, deberá exponerse de acuerdo a la Nota Explicativa N° 6.

PROVISIÓN POR PRESTACIONES EN LITIGIO

Cuenta IFRS Circular 29

21040

-

Las isapres deberán constituir una provisión que refleje exclusivamente los litigios y reclamaciones sujetas a decisión administrativa o judicial, ya sea por instrucciones o eclamaciones ante la Superintendencia de Salud, las COMPIN, Superintendencia de Seguridad Social, en la propia isapre o en tribunales respecto de prestaciones de salud o subsidios por incapacidad laboral.

La provisión correspondiente deberá determinarse mensualmente de acuerdo a cada tipo de modalidad, entendiéndose por tales las Prestaciones de Salud y los Subsidios por Incapacidad Laboral con sus respectivos aportes previsionales.

El monto de la provisión deberá calcularse considerando la tasa promedio móvil correspondiente a las prestaciones y subsidios por incapacidad laboral en litigio en cada cierre contable y reportadas en los tres meses siguientes, considerando como base los periodos cuyos costos fueron reportados extemporáneamente de acuerdo a cada cierre contable y lo que se contempla a modo de ejemplo en la Nota Explicativa N°7.

La tasa promedio que se obtenga, se deberá aplicar finalmente al costo real registrado en el mes cuyo cierre contable se reporta y respecto del cual se debe calcular la provisión. Lo señalado se ejemplifica como sigue:

Cierre contable que se reporta: Septiembre XX1

Tasa Mensual:

Prestaciones (SIL) en litigio registradas en los 3 meses siguientes

Costo Real de las prestaciones registradas contablemente en el mes reportado

$$\text{Tasa Promedio: } \frac{\sum \text{Tasa porcentual mensual}}{12}$$

Monto de la Provisión: Tasa Promedio X Costo real de las prestaciones (SIL) registradas en el mes de Septiembre XX1

La base y determinación del cálculo de esta cuenta, deberá exponerse de acuerdo a la Nota Explicativa N° 7.

EXCEDENTES DE COTIZACIÓN

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	21060

Registra las obligaciones con los afiliados derivadas de excedentes de cotización, entendiéndose como tal, la diferencia positiva producida entre la cotización mínima para salud, con el tope legal respectivo, y el precio del plan convenido más la prima GES.

El saldo de esta cuenta se determinará mensualmente y corresponderá al monto acumulado de excedentes de cotización generados que tenga el afiliado en su cuenta individual, más los intereses y

reajustes devengados, menos la comisión provisionada y los usos efectuados en el mes correspondiente.

Comprende las siguientes subcuentas:

- Excedentes
- Reajustes e Intereses
- Comisión (menos)
- Usos (menos)

Además, se deberán incluir los cheques caducos que se hubieran emitido por este concepto como por ejemplo, cheques caducos por usos destinados a cubrir reembolsos, traspasos de excedentes a otras isapres, etc.

La composición del saldo de esta cuenta, deberá exponerse en la Nota Explicativa N° 8.

EXCESOS DE COTIZACIONES

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	-

Registra las obligaciones que surgen con los afiliados y que corresponden 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.

Se deberán incluir además, los fondos que por cualquier medio de pago no han sido presentados a cobro dentro de los plazos de caducidad correspondientes y mientras no se extinga el período de prescripción general definido en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil.

Aquellos excesos de cotizaciones que, habiendo sido incluidos en los procesos de devolución masivos o por solicitud directa del beneficiario, continúen pendientes de cobro, sólo podrán ser traspasados contablemente a la cuenta de resultados "Otros Ingresos por función" o su cuenta equivalente, una vez transcurrido el plazo general de prescripción definido en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil, el que se contará desde la fecha de emisión del documento de pago o desde que la orden de pago fue puesta a disposición del afiliado en la institución bancaria que corresponda.¹⁵

Cuarto párrafo eliminado.¹⁶

La composición del saldo de esta cuenta, deberá exponerse en la Nota Explicativa N° 9.

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	-

¹⁵ Circular IF/N° 226 de 2014.

¹⁶ Párrafo eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014.

COTIZACIONES ANTICIPADAS

Registra las cotizaciones que fueron pagadas anticipadamente por el empleador o entidad pagadora y que corresponden a ingresos cuyo devengamiento se realizará en los siguientes ejercicios.

COTIZACIONES POR REGULARIZAR

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	21070

Registra las obligaciones con los cotizantes originadas por cotizaciones mal enteradas y cotizaciones en rezago.

- Cotizaciones mal enteradas; corresponde a valores percibidos por la isapre respecto de personas cotizantes que no se encuentran afiliados o aún no están vigentes en la Institución.
- Cotizaciones en Rezago; corresponde a las cotizaciones que debiendo efectuarse en la isapre, no han sido imputadas a la cuenta de ingresos respectiva por problemas derivados del proceso de recaudación.

Transcurrido el plazo de un año, y de no mediar normativa en contrario, estos montos podrán ser traspasados contablemente a los respectivos valores del pasivo, con abono a la cuenta de resultados "Otros Ingresos por función" o su cuenta equivalente. Lo señalado, sin perjuicio de las acciones de cobro que se puedan efectuar antes del vencimiento del plazo general de prescripción definido en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil, situación que, de concretarse, obligará a la isapre al pago correspondiente y producirá el ajuste de la citada cuenta de ingresos.

Sin perjuicio de lo anterior, cuando la isapre se encuentre en situación de Plan de Ajuste y Contingencia o supervigilancia especial, la Superintendencia podrá evaluar las obligaciones que fueron abonadas como "Otros Ingresos por función" o su cuenta equivalente.

La composición del saldo de esta cuenta, deberá exponerse en la Nota Explicativa N° 10.

FONDO ÚNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	21080

Registra las obligaciones que mantiene la isapre con el FUPF por los recursos destinados al pago de subsidios por licencias maternales y enfermedad grave del hijo menor de un año.

Cuando su saldo sea deudor deberá mostrarse en la subcuenta de activo "Fondo Único de Prestaciones Familiares".

CUENTAS POR PAGAR A ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	-

Incluirá las obligaciones por prestaciones ocurridas, reportadas y valorizadas, con o sin emisión de las órdenes de atención y PAM, provenientes del desarrollo de operaciones propias de la isapre y que, a la fecha de cierre, se encuentran adeudadas. Bajo este concepto se encontrarán las siguientes obligaciones:

- Bonos, Órdenes de Atención y Programas Médicos por Pagar:

Comprende los compromisos adquiridos por la isapre con las entidades prestadoras de salud, en razón de las atenciones que éstas realizan a sus personas beneficiarias y que comprenden entre otros los siguientes ítemes:

- **Cuentas por Pagar a Clínicas, Centros Médicos, Hospitales y otras instituciones de salud.**
- **Honorarios Médicos por Pagar.**
- **Cheques u otras formas de pagos caducos de Prestadores de Salud**
- **Otras Cuentas por Pagar a Prestadores**

Transcurridos los plazos de caducidad establecidos en los contratos con sus entidades prestadoras de salud para efectuar el cobro de estos documentos y de las políticas de pago definidas para cada acreedor, la isapre podrá evaluar el traspaso de los respectivos valores del pasivo, con abono a la cuenta de resultados "Costos por prestaciones de Salud", rubro Costo de Ventas o sus cuentas equivalentes, cuando se trate de operaciones del ejercicio corriente o bien con abono a "Otros Ingresos por función" o su cuenta equivalente, cuando corresponda a operaciones de ejercicios anteriores.

Sin perjuicio de lo anterior, cuando la isapre se encuentre en situación de Plan de Ajuste y Contingencia o supervigilancia especial, podrá evaluar las obligaciones que fueron abonadas como "Otros Ingresos por función" o bien "Costos por Prestaciones de Salud" o sus cuentas equivalentes.

DOCUMENTOS Y CUENTAS POR PAGAR EMPRESAS RELACIONADAS CORRIENTE.

Cuenta IFRS	Circular 29
21030	21090

Registra las obligaciones corrientes contraídas por la isapre con sus empresas relacionadas, considerando entre otras las cuentas por pagar por prestaciones de salud, se encuentren o no documentadas.

Las obligaciones originadas en el otorgamiento de prestaciones de salud a través de sus empresas relacionadas deberán considerar una conciliación mensual con su empresa relacionada, reconociendo todas las prestaciones que se encuentren afectas al Indicador Legal de Garantía.

La Nota Explicativa N° 4 debe indicar la descomposición del saldo de esta cuenta.

DOCUMENTOS Y CUENTAS POR PAGAR EMPRESAS RELACIONADAS NO CORRIENTES

Cuenta IFRS	Circular 29
22030	22020

Registra las obligaciones no corrientes contraídas por la isapre con sus empresas relacionadas, considerando entre otras las cuentas por pagar por prestaciones de salud, se encuentren o no documentadas.

Las obligaciones originadas en el otorgamiento de prestaciones de salud a través de sus empresas relacionadas deberán considerar una conciliación mensual con su empresa relacionada, reconociendo todas las prestaciones que se encuentren afectas al Indicador Legal de Garantía.

La Nota Explicativa N° 4 debe indicar la descomposición del saldo de esta cuenta.

1.3.- CUENTAS DE RESULTADO

A.- CUENTAS DE INGRESOS

COTIZACIÓN LEGAL (7%)

Cuenta IFRS	Circular 29
30010	30011

Registra los ingresos de la isapre por cotizaciones que de acuerdo a la normativa legal debieron ser canceladas hasta el cierre contable, incluyendo aquellas que fueron efectivamente pagadas, las declaradas y no pagadas y las no declaradas ni pagadas, de cargo del afiliado (7% sobre la base imponible).

En el caso de los ingresos vinculados a cotizaciones no declaradas y no pagadas (NDNP), el reconocimiento de estas sumas se deberá ajustar sólo a aquél monto que generará beneficios económicos basado en la estimación de flujos futuros.

COTIZACIÓN ADICIONAL VOLUNTARIA

Cuenta IFRS	Circular 29
30010	30011

Registra los ingresos de la isapre por cotizaciones que de acuerdo a la normativa legal debieron ser canceladas hasta el cierre contable, incluyendo aquellas que fueron efectivamente pagadas, las declaradas y no pagadas y; las no declaradas ni pagadas, de cargo del afiliado por sobre la cotización legal. Asimismo, deberán incluirse los ingresos provenientes de cotizantes e imponentes voluntarios.

En el caso de los ingresos vinculados a cotizaciones no declaradas y no pagadas (NDNP), el reconocimiento de estas sumas se deberá ajustar sólo a aquél monto que generará beneficios económicos basado en la estimación de flujos futuros.

APORTE ADICIONAL

Cuenta IFRS	Circular 29
30010	30014

Registra los ingresos de la isapre derivados del aporte que efectúa el empleador a objeto de financiar planes de salud de sus trabajadores u otro tipo de aporte que, sin ser cotización, ayude a financiar las prestaciones de salud de los afiliados. El reconocimiento de estos ingresos debe hacerse a contar del mes en que corresponde otorgar a las personas los beneficios que dichos aportes contribuyen a financiar.

INGRESOS POR FONDO DE COMPENSACIÓN

Cuenta IFRS	Circular 29
30010	30015

Registra los ingresos devengados provenientes desde otras isapres por concepto de los aportes determinados en el funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario.

OTROS INGRESOS POR FUNCIÓN

Cuenta IFRS	Circular 29
30060	30062

Registra los ingresos provenientes de la operación de la isapre, que por su naturaleza no se clasifican en las categorías anteriores, como por ejemplo, comisiones por mantención de la cuenta corriente de excedentes, intereses por deudas de cotización y préstamos de salud, arriendos, etc.

Respecto de los traspasos contables relativos a deudas con beneficiarios y prestadores, que se hayan rebajado de los pasivos correspondientes, la isapre deberá constituir los inventarios que permitan identificar claramente el concepto, monto e identificación de los documentos involucrados entre los que se cuentan: identificación precisa de los acreedores, número de la licencia médica, número del reembolso, número del bono, número del programa médico o factura y número del cheque, cuando corresponda.

La composición del saldo de esta cuenta, deberá exponerse en la Nota Explicativa N°13.

B.- CUENTAS DE COSTOS

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	30021

COSTOS POR PRESTACIONES DE SALUD

Registra el costo neto (deducido el aporte del beneficiario cuando corresponda) en que ha incurrido la isapre producto de los beneficios otorgados a sus afiliados. Estas prestaciones incluyen la cobertura del plan complementario, CAEC, beneficios adicionales y prestaciones GES.

En esta partida se debe incluir el costo de cargo de la isapre por conceptos tales como: consultas, exámenes, hospitalizaciones, honorarios médicos quirúrgicos, honorarios médicos no quirúrgicos, etc.

La composición del saldo de esta cuenta, deberá exponerse en la Nota Explicativa N° 12.

SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	30022

Registra el costo asumido por la isapre por concepto de subsidios por incapacidad laboral, incluyendo las respectivas cotizaciones previsionales.

Cuando se trate de subsidios que afecten a más de un ejercicio, la isapre podrá diferir los costos que exceden a la fecha de corte, empleando para ello una cuenta de activo dónde se refleje la porción anticipada que afecta al o los períodos siguientes.

PRESTACIONES OCURRIDAS Y NO LIQUIDADAS

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	30022

Corresponde a la contrapartida en resultados del valor correspondiente al ejercicio en curso, registrado en la cuenta Provisión por Prestaciones Ocurridas y No Liquidadas.

PRESTIONES EN LITIGIO

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	-

Corresponde a la contrapartida en resultados del valor correspondiente al ejercicio en curso, registrado en la cuenta Provisión por Prestaciones en Litigio.

EGRESOS POR FONDO DE COMPENSACIÓN

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	30026

Registra el monto de los fondos traspasados -o provisionados- a otras isapres por concepto de los aportes determinados en el funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario.

OTROS GASTOS POR FUNCIÓN

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	-
	(Nueva Cta.)

Registra los costos derivados de prestaciones propias del giro de la isapre y que por sus características no han sido clasificados en las partidas anteriores, incluyendo, por ejemplo y cuando corresponda, los costos relacionados con la cantidad de dinero pagada por la isapre a un tercero, con el objetivo de financiar las prestaciones de las personas beneficiarias.

La composición del saldo de esta cuenta, deberá exponerse en la nota explicativa N° 13.

1.4.- CUENTAS DEL ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO

Recaudación de cotizaciones

Cuenta IFRS	Circular 29
40110	40110

Comprende el monto total de las cotizaciones de salud percibidas en el período que se informa, incluidas aquellas que no constituyen ingresos.

Recaudación de préstamos de salud

Cuenta IFRS	Circular 29
40110	-
	(Nueva Cta.)

Comprende el monto total de los préstamos de salud que han sido recaudados por la isapre.

Co – Pago

Cuenta IFRS	Circular 29
40110	40115

Corresponde a las sumas percibidas por concepto de diferencias entre el valor de las prestaciones de salud y el monto bonificado por la isapre, canceladas por los afiliados.

Fondo Único de Prestaciones Familiares F.U.P.F.

Cuenta IFRS	Circular 29
40260	40120

Representa las sumas autorizadas e ingresadas por este concepto en el período que se informa.

Ingresos Por Fondo de Compensación

Cuenta IFRS	Circular 29
40150	40136

Registra el monto de los fondos provenientes desde otras isapres por concepto del Fondo de Compensación Solidario.

Liberación de garantía Superintendencia

Cuenta IFRS	Circular 29
41330	40330

Corresponde a los montos recuperados en virtud de la facultad contenida en el artículo 181, N°2 del DFL N° 1 de 2005, de Salud.

Recaudación de Préstamos a Empresas Relacionadas

Cuenta IFRS	Circular 29
41290	40325

Porción del Capital recuperado de préstamos otorgados a empresas relacionadas.

Documentos y Préstamos de Empresas Relacionadas

Cuenta IFRS	Circular 29
42160	40220

Efectivo ingresado por préstamos o traspasos de fondos recibidos de parte de entidades relacionadas, tanto de corto como de largo plazo.

Prestaciones de Salud (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
40160	40140

Corresponde a los pagos totales del período, efectuados tanto a los prestadores como a los afiliados por concepto de prestaciones de salud, incluido el co-pago.

Subsidios por Incapacidad Laboral (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
40160	40145

Corresponde a los pagos totales por concepto de subsidios por incapacidad laboral y las respectivas cotizaciones previsionales y de salud, incluidos aquellos montos que no son de cargo de la Institución.

Devolución de Cotizaciones (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
40160	40150

Incluye todos los desembolsos efectuados en el período, por concepto de cotizaciones en exceso, cotizaciones mal enteradas y usos de excedentes y traspasos correspondientes a ex-afiliados de la isapre.

Constitución y Actualización Garantía Superintendencia (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
41220	40330

Corresponde a los desembolsos efectuados en cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 181, del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Egresos por Fondo de Compensación (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
40200	40176

Registra el monto de los fondos aportados a otras isapres por concepto del Fondo de Compensación Solidario.

Préstamos a Empresas Relacionadas (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
41170	40365

Desembolsos por concepto de préstamos y traspasos de fondos otorgados a empresas relacionadas, ya sea con condiciones de plazo, tasa de interés u otras modalidades, como para cubrir necesidades transitorias.

Pagos de Préstamos a Empresas Relacionadas (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
42190	40245

Desembolsos por la porción del capital devuelto de los préstamos recibidos de parte de empresas relacionadas.

H. NOTAS EXPLICATIVAS¹⁷

Las Notas Explicativas definidas por esta Superintendencia y que revisten el carácter de obligatorias -tanto en la presentación de los estados anuales como intermedios -son las que se señalan continuación.

Estas notas de relevancia para la Superintendencia, deben exponerse en el mismo orden establecido en la presente circular y deben ceñirse a las instrucciones impartidas en relación a cada una de ellas. Las notas establecidas por las Normas Internacionales de Información Financiera sólo revestirán el carácter de complementarias.

Por lo antes expuesto, las notas definidas por IFRS como Políticas Contables, Cambios en las Estimaciones Contables y Errores, Inventarios, Beneficios a los empleados, etc. serán consideradas como adicionales y deberán informarse en el orden que se estime conveniente, pero a continuación de las exigidas por la Superintendencia.

Si algunos de los contenidos de las notas exigidas por esta Superintendencia, coinciden con los detalles de información presentados en las notas bajo IFRS, las isapres deberán efectuar la referencia expresa a dicho contenido y complementar el formato con los requerimientos adicionales exigidos por esta Superintendencia.

En caso que la nota explicativa bajo IFRS contemple la totalidad de la información requerida por esta Superintendencia, las isapres sólo deberán hacer la referencia de la nota IFRS en la nota exigida por este Organismo.

La información contenida en las notas explicativas, deberá estar referida tanto al ejercicio actual como a los comparativos definidos en el Título I punto 2 del presente Compendio.

Las instrucciones impartidas, en lo relativo a los datos a consignar en cada una de ellas, no eximen a la isapre de la responsabilidad de divulgar toda otra información esencial que no haya incluido en los cambios en políticas o criterios contables.

Las notas deben presentarse en el mismo orden que se señala a continuación. En caso que una o más de las notas referidas no sean aplicables a la institución deberá señalarse tal condición en el lugar de la nota correspondiente, de manera de no alterar el correlativo establecido.

NOTA N°1 CRITERIOS CONTABLES APLICADOS

Esta nota deberá precisar el criterio contable empleado ante aquellas situaciones donde existan dos o más alternativas posibles de registro contable, considerando las instrucciones impartidas por esta Superintendencia y la normativa adoptada por el país.

¹⁷ Título modificado por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

NOTA N° 2 DEUDORES DE COTIZACIÓN

2.1.- Cotizaciones Declaradas y no pagadas

Tramo Referencial de Antigüedad	Estimación de incobrabilidad %	Monto Bruto M\$	Monto Neto M\$
0 – 12			
13 – 24			
25 – 36			
37 – 48			
49 - 60			
Totales			

El Tramo de Antigüedad contenido en el cuadro es de carácter referencial y deberá ser definido de acuerdo a los inventarios administrados por cada isapre.

En esta sección se debe explicitar la distribución por antigüedad del saldo de las cotizaciones declaradas y no pagadas, detallando las políticas de cobranza y el método para determinar la incobrabilidad y los respectivos montos asociados.

2.2.- Cotizaciones No Declaradas y no pagadas

Tramo Referencial de Antigüedad (meses)	% de Recuperabilidad	Incumplimiento Presunto M\$	Incumplimiento Presunto Ajustado M\$
0 – 12			
13 – 24			
25 – 36			
37 – 48			
49 - 60			
Totales			

El Tramo de Antigüedad contenido en el cuadro es de carácter referencial y deberá ser definido de acuerdo a los inventarios administrados por cada isapre.

En esta sección deben exponerse el detalle del modelo, fórmulas, bases y parámetros utilizados para la determinación de las cotizaciones no declaradas y no pagadas reconocidas como ingresos.

NOTA N° 3 DEUDORES POR PRÉSTAMOS DE SALUD

Tramo Referencial de Antigüedad	Estimación de incobrabilidad %	Monto Bruto M\$	Monto Neto M\$
0 – 12			
13 – 24			
25 – 36			
37 – 48			
49 - 60			
Totales			

El Tramo de Antigüedad contenido en el cuadro es de carácter referencial y deberá ser definido de acuerdo a los inventarios administrados por cada isapre.

En esta sección se debe explicitar la distribución por antigüedad del saldo de las deudas por préstamos de salud, detallando las políticas de cobranza y el método para determinar la incobrabilidad y los respectivos montos asociados.

NOTA N° 4 DOCTOS. Y CTAS. POR COBRAR Y POR PAGAR A EMP. RELACIONADAS

Esta nota explicitará, separando entre el período corriente y no corriente, las deudas que la isapre mantiene con empresas relacionadas, y las que éstas mantienen con la isapre, indicando:

- Nombre y relación del deudor o acreedor con la isapre.
- Origen y naturaleza de los créditos u obligaciones.
- Tipos de reajustes e intereses pactados.
- Monto de los créditos u obligaciones documentado y no documentado.
- Saldo afecto a garantía.
- Saldo no afecto a garantía.

Nombre y relación del deudor o acreedor con la isapre	Origen y naturaleza de los créditos u obligaciones	Tipos de reajustes e intereses pactados	Monto de los créditos u obligaciones documentado o no documentado.	Saldo afecto a garantía	Saldo no afecto a garantía.

NOTA N° 5 ACTIVO POR COSTOS DE ADQUISICIÓN DE CONTRATOS DE SALUD¹⁸

Esta nota detallará los saldos de los costos activados y su amortización, incluyendo los conceptos utilizados en su determinación según el siguiente detalle:

Concepto (1)	Monto Corriente M\$ (2)	Monto No Corriente M\$ (2)
Comisiones		
Premios		
Bonos		
Otras Rentas		
Otros Gastos de Venta		
Saldo Bruto		
Amortización		
Saldo Neto		
Código Clasificación I.F.R.S (saldo)		

(1) Incluir el detalle de cada concepto usado para la determinación del activo
 Incluir el monto por cada concepto detallado en la columna "Concepto"

¹⁸ Nota reemplazada por Circular IF N° 373, de 6.11.2020

NOTA N° 6 PROVISIÓN DE PRESTACIONES OCURRIDAS Y NO LIQUIDADAS.¹⁹

En esta nota debe exponerse la siguiente información como mínimo, debiendo remitirse en cada oportunidad, junto con los estados financieros y acompañarse mensualmente a la información base para el cálculo de indicadores legales de patrimonio, garantía y liquidez (Informe Complementario).

Respecto de los ítemes:

- 1.- Prestaciones de salud ocurridas y no reportadas a la isapre, y
- 2.- Prestaciones de Salud reportadas y no valorizadas por la isapre.

Respecto del modelo:

- a.- Descripción del modelo empleado
- b.- Identificar las Bases de Datos utilizados para el cálculo
- c.- Metodología y supuestos empleados en la estimación

Además, la isapre deberá detallar el movimiento experimentado por la provisión durante el periodo que se informa y su comparativo, según el siguiente cuadro, en consideración a las revelaciones que, para estos efectos, establecen las normas financieras IFRS en materia de provisiones.

	Saldo Provisión al inicio del ejercicio (mensual/trimestral según corresponda) M\$	Incrementos (1) M\$	Disminuciones (2) M\$	Ajustes o actualizaciones (3)	Otros (4)	Saldo Final
Totales						

Para (1), (2), (3) y (4), se deberá identificar el concepto asociado al monto informado

Respecto de los ítemes

- 3.- Subsidios por Incapacidad Laboral ocurridos y no reportados a la isapre, y
- 4.- Subsidios por Incapacidad Laboral ocurridos, reportados y no valorizados por la isapre.

¹⁹ Contenido de la nota modificado por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

Medición SIL Ocurridos y No Liquidados SEPTIEMBRE XX1					
SIL Ocurrido y No Liquidado (Período Base)		Costo Real registrado en (Monto M\$)	% SIL en Ocurrido y No Liquidado	TASA	Provisión
Ocurridas en	Registradas en (Monto M\$)		----- Costo Real		
Julio XX0	Agosto XX0	Julio XX0	%	$\sum \frac{\%}{12}$ 12	$\sum \frac{\%}{12}$ * (Costo real septiembre xx1) 12
	Septiembre XX0				
	Noviembre XX0				
Agosto XX0	Septiembre XX0	Agosto XX0	%		
	Octubre XX0				
	Noviembre XX0				
Septiembre XX0	Octubre XX0	Septiembre XX0	%		
	Noviembre XX0				
	Diciembre XX0				
Octubre XX0	Noviembre XX0	Octubre XX0	%		
	Diciembre XX0				
	Enero XX1				
Noviembre XX0	Diciembre XX0	Noviembre XX0	%		
	Enero XX1				
	Febrero XX1				
Diciembre XX0	Enero XX1	Diciembre XX0	%		
	Febrero XX1				
	Marzo XX1				
Enero XX1	Febrero XX1	Enero XX1	%		
	Marzo XX1				
	Abril XX1				
Febrero XX1	Marzo XX1	Febrero XX1	%		

	Abril XX1				
	Mayo XX1				
Marzo XX1	Abril XX1	Marzo XX1	%		
	Mayo XX1				
	Junio XX1				
Abril XX1	Mayo XX1	Abril XX1	%		
	Junio XX1				
	Julio XX1				
Mayo XX1	Junio XX1	Mayo XX1	%		
	Julio XX1				
	Agosto XX1				
Junio XX1	Julio XX1	Junio XX1	%		
	Agosto XX1				
	Septiembre XX1				
Total base	M\$	M\$			

NOTA N° 7 PROVISIÓN POR PRESTACIONES EN LITIGIO

En esta nota debe exponerse en detalle las cifras y rango de períodos empleados en la determinación de la Provisión por Prestaciones en Litigio, de acuerdo al cuadro informativo que se ejemplifica a continuación:

Medición Prestaciones en Litigio SEPTIEMBRE XX1					
Prestaciones en Litigio (Período Base)		Costo Real registrado en M\$	% Prestaciones en Litigio	TASA	Provisión
Ocurridas en	Registradas en (Monto M\$)		Costo Real		
Julio XX0	Agosto XX0	Julio XX0	%	$\sum \frac{\%}{12}$	$\sum \frac{\%}{12} * (\text{Costo real septiembre xx1})$
	Septiembre XX0				
	Octubre XX0				

Agosto XX0	Septiembre XX0	Agosto XX0	%		
	Octubre XX0				
	Noviembre XX0				
Septiembre XX0	Octubre XX0	Septiembre XX0	%		
	Noviembre XX0				
	Diciembre XX0				
Octubre XX0	Noviembre XX0	Octubre XX0	%		
	Diciembre XX0				
	Enero XX1				
Noviembre XX0	Diciembre XX0	Noviembre XX0	%		
	Enero XX1				
	Febrero XX1				
Diciembre XX0	Enero XX1	Diciembre XX0	%		
	Febrero XX1				
	Marzo XX1				
Enero XX1	Febrero XX1	Enero XX1	%		
	Marzo XX1				
	Abril XX1				
Febrero XX1	Marzo XX1	Febrero XX1	%		
	Abril XX1				
	Mayo XX1				
Marzo XX1	Abril XX1	Marzo XX1	%		
	Mayo XX1				
	Junio XX1				
Abril XX1	Mayo XX1	Abril XX1	%		

	Junio XX1				
	Julio XX1				
Mayo XX1	Junio XX1	Mayo XX1	%		
	Julio XX1				
	Agosto XX1				
Junio XX1	Julio XX1	Junio XX1	%		
	Agosto XX1				
	Septiembre XX1				
Total base	M\$	M\$			
Medición SIL en Litigio SEPTIEMBRE XX1					
SIL en Litigio (Periodo Base)		Costo Real registrado en (Monto M\$)	% SIL en Litigio ----- Costo Real	TASA	Provisión
Ocurridas en	Registradas en (Monto M\$)				
Julio XX0	Agosto XX0	Julio XX0	%	$\sum \frac{\%}{12}$	$\sum \frac{\%}{12} * (\text{Costo real septiembre xx1})$
	Septiembre XX0				
	Octubre XX0				
Agosto XX0	Septiembre XX0	Agosto XX0	%		
	Octubre XX0				
	Noviembre XX0				
Septiembre XX0	Octubre XX0	Septiembre XX0	%		
	Noviembre XX0				
	Diciembre XX0				
Octubre XX0	Noviembre XX0	Octubre XX0	%		
	Diciembre XX0				
	Enero XX1				

Noviembre XX0	Diciembre XX0	Noviembre XX0	%		
	Enero XX1				
	Febrero XX1				
Diciembre XX0	Enero XX1	Diciembre XX0	%		
	Febrero XX1				
	Marzo XX1				
Enero XX1	Febrero XX1	Enero XX1	%		
	Marzo XX1				
	Abril XX1				
Febrero XX1	Marzo XX1	Febrero XX1	%		
	Abril XX1				
	Mayo XX1				
Marzo XX1	Abril XX1	Marzo XX1	%		
	Mayo XX1				
	Junio XX1				
Abril XX1	Mayo XX1	Abril XX1	%		
	Junio XX1				
	Julio XX1				
Mayo XX1	Junio XX1	Mayo XX1	%		
	Julio XX1				
	Agosto XX1				
Junio XX1	Julio XX1	Junio XX1	%		
	Agosto XX1				
	Septiembre XX1				

Total base	M\$	M\$

NOTA N° 8 EXCEDENTES DE COTIZACIÓN ²⁰

Esta nota deberá contener la siguiente información, en relación a los Excedentes de Cotización:²¹

Concepto	Monto (M\$)
Saldo inicial del trimestre (corresponde al saldo final del trimestre anterior)	
Monto total de excedentes devengados en el trimestre	
Monto total Devolución Masiva Anual de Reintegro por documentos no cobrados	
Monto total de reajustes e intereses devengados en el trimestre.	
Monto total de comisiones devengadas en el trimestre (menos)	
Monto total de usos efectuados en el trimestre (menos)	
Monto total Devolución Masiva Anual (menos)	
Monto total de traspasos efectuados en el trimestre (menos)	
Monto total de traspasos recepcionados en el trimestre	
Saldo contable final del trimestre	
Saldo disponible final del trimestre	
Número de afiliados con cuenta corriente individual de excedentes de cotización, en cada uno de los meses que componen el trimestre	

²⁰ Nota 8 modificada por Circular IF/N° 472 de 27 de junio de 2024, en lo que respecta a cuadros relacionados con Ley 21.674 y obligaciones derivadas de la aplicación de la TFU. **Circular IF 472**, fue dejada sin efecto por la Circular IF 505, de 13.8.2025.

²¹ Cuadro modificado por la Circular IF/N° 408, de 6 de julio de 2022.

-Saldo contable según cartera de cotizantes al último día del trimestre, según el siguiente detalle:

Tipo de Cotizante	Estado	Nº de Cotizantes	Monto M\$
Vigente	Vigente		
No Vigente	Pendiente de traspaso		
	Fallecido		
	Total		

-Saldo disponible según cartera de cotizantes al último día del trimestre, según el siguiente detalle:

Tipo de Cotizante	Estado	Nº de Cotizantes	Monto M\$
Vigente	Vigente		
No Vigente	Pendiente de traspaso		
	Fallecido		
	Total		

Las isapres deberán informar, en la presente nota explicativa y en el Anexo N°1 (Informe Complementario Mensual), la deuda inicial, deuda actual y los movimientos mensuales de la cuenta. La información de cada mes, deberá reportarse según el período anual, de acuerdo a los siguientes cuadros:

Cuadro N°1 “Deuda Total y Devengada”

Año	Monto deuda en M\$	Monto deuda devengada en M\$
Año 1	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 2	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 3	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 4	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 5	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 6	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 7	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 8	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 9	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 10	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 11	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 12	xxxxxxx	xxxxxxx
Año 13	xxxxxxx	xxxxxxx
Total Deuda	xxxxxxx	xxxxxxx

Donde:

Año: Corresponde al año que se informa. Deberán incluirse los meses de enero a diciembre sólo del año que se reporta.

Monto Deuda en M\$: Corresponde al monto en miles de pesos de la deuda en el plazo definido y aprobado en su PAA. En los montos correspondientes a los años 2 en adelante (en el caso que aplique), éste deberá modificarse en función del cambio etario de los cotizantes.

Monto Deuda Devengada en M\$: Corresponde al monto en miles de pesos de la deuda devengada de acuerdo al PAA. Este monto deberá informarse de manera acumulada en la medida que transcurre los meses del año correspondiente.

²²En la Nota Explicativa de “Excedentes de Cotización”, las isapres deberán informar, en la FEFI mensual y trimestral, la deuda inicial, deuda actual y los movimientos mensuales de la cuenta. La información de cada mes, deberá reportarse según el período anual, de acuerdo a los siguientes cuadros:

²³**Cuadro N°1 "Movimiento mensual Excedentes TFU"**

Año mes	N° de Acreedores	Saldo Inicial en M\$ (a)	Abonos Excedentes mes actual en M\$ (b)	Abonos por Reversas mes actual en M\$ (c)	Cargos Excedentes mes actual en M\$ (d)	Cargo por Compensaciones y/o pronto pago en M\$ (e)	Saldo Final mes actual Excedentes en M\$ (f) = (a+b+c-d-e)
AAAAMM	xxxxx	0	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx
AAAAMM	xxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx	xxxxxx

La cantidad de periodos durará hasta la extinción de la deuda.

²² Instrucciones impartidas por la Circular IF N°505, de 13.8.2025, que dejó sin efecto la Circular IF 472/2024, reemplazando los cuadros informativos sobre excedentes, que dicen relación con la Ley 21.674 y las obligaciones derivadas de la aplicación de la TFU

²³ Instrucciones impartidas por la Circular IF N°505, de 13.8.2025, que dejó sin efecto la Circular IF 472/2024, reemplazando los cuadros informativos sobre excedentes, que dicen relación con la Ley 21.674 y las obligaciones derivadas de la aplicación de la TFU

Donde:

Año mes: Corresponde al año y mes que se informa. Deberán incluirse los meses de enero a diciembre sólo del año que se reporta.

N° de Acreedores: Corresponde al número de afiliados y ex afiliados que poseen montos a restituir en el año mes que se informa.

Saldo Inicial en M\$ (a): Corresponde al saldo inicial en miles de pesos. En el primer mes el valor a informar será 0. En los meses sucesivos será el “Saldo Final mes actual Excedentes en M\$” (f) del mes anterior al que se informa.

Abonos Excedentes mes actual en M\$(b): Corresponde al monto en miles de pesos del devengamiento mensual de Excedentes por TFU y otros conceptos relacionados a la misma, tales como anticipos, pronto pago, los que son distintos al pago de la cuota de la deuda establecida en los PPA aprobados por esta Superintendencia, el que deberá ser consistente con el campo N°15 “Abono Deuda mes actual” del Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros.

Abonos por reversas mes actual en M\$(c): Corresponde al monto en miles de pesos de reversas u otros abonos por pagos o usos reversados, como también a rechazos de pagos no materializados en el mes que se informa. El monto deberá ser consistente con el campo N°26 “Otros abonos” del Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros.

Cargos Excedentes mes actual en M\$(d): Corresponde al monto en miles de pesos de los pagos o usos por concepto de excedentes TFU del mes que se informa. El monto deberá ser consistente con la sumatoria de los campos²⁴ N°16,17,18,19,20 y 30, del Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros.

Cargos por compensaciones y/o pronto pago en M\$(e): Corresponde al monto en miles de pesos de los pagos o usos efectuados mediante compensaciones, pronto pago, anticipos de deuda o similares del mes que se informa. El monto deberá ser consistente con la sumatoria de los campos²⁵ N°21 y N°29 menos el campo N°27, del Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros.

+ Campo N°21 Circular IF/N°478²⁶:Monto deuda por modalidad de pago anticipado de la deuda o pronto pago.

+ Campo N°29 Circular IF/N°478: Monto Uso mes Actual (compensación de deuda).

- Campo N°27 Circular IF/N°478: Monto de Descuento por Pago Anticipado (Pronto Pago).

= **Cargos por Compensaciones y/o Pronto Pago en M\$**

Saldo Final mes actual Excedentes en M\$ (f) = (a + b + c - d - e): Corresponde al saldo final en miles de pesos del mes que se informa, compuesto por el saldo inicial más todos los abonos y cargos asociados a la deuda TFU por pagar (Suma de las columnas a + b + c menos columnas d y e). El monto deberá

²⁴ Campo 16 “Monto uso Mes Actual (Copago IMED)”; Campo 17 “Monto uso Mes Actual (Pago Cotizaciones)”; Campo 18 “Monto uso Mes Actual (Farmacia)”; Campo 19 “Monto uso Mes Actual (Financiamiento Prestaciones de Salud)”; Campo 20 “Monto Devolución Masiva Anual” y Campo 30 “Monto uso Mes Actual (Pago Directo)”

²⁵ Campo 21 “Monto deuda por modalidad de pago anticipado de la deuda o pronto pago”; Campo 27 “Monto de Descuento por Pago Anticipado (Pronto Pago)”; Campo 29 “Monto uso Mes Actual (Compensación de Deuda)”

²⁶ Capítulo II “Archivos Maestros”, Título XIX “Excedentes de cotización”, numeral 3) “Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU” del Compendio de Archivos Maestros.

ser consistente con el campo N°23 “Saldo Final mes actual” del Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros.

27 Cuadro N°2 “Estratificación por tramo etario”

Tramo	Total PPA en M\$ (a)	Abonos mes actual (historico) en M\$ (b)	Monto Usos (historico) en M\$ (c)	Otros Abonos (historico) (d)	Descuento Pronto pago (historico) (e)	Deuda Actual Insoluto en M\$ (f)= (a - b)	Deuda Real Actual en M\$ (g)= (a - c + d - e)	N° Acreedores
Menores de 65 años								
Mayor a 65 años y Menor a 80 años								
Desde 80 años								
Total								

La estratificación como también las distintas columnas serán móviles producto del movimiento normal de los cambios etarios, siendo estos consistentes con la información reportada mediante el Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros, acumulado al mes que se informa.

Donde:

Total PPA en M\$ (a): Corresponde a la sumatoria del monto en miles de pesos (M\$), de los tres rangos etarios de la deuda aprobada en el PPA, manteniéndose fijo el monto total de la deuda, no obstante, los montos de cada tramo deberán modificarse en función del cambio etario de los cotizantes, debiendo ser consistente con el campo N°24 “Saldo insoluto de la deuda”, del Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros, en el mes cero.

Abonos mes actual (histórico) en M\$ (b): Corresponde al monto en miles de pesos (M\$) acumulado al mes que se informa, de los excedentes abonados a la deuda por concepto de obligaciones por tabla de factores según la Ley N°21.674, tales como el abono de la cuota mensual, de la deuda establecida en el PPA aprobado por esta Superintendencia y otros montos TFU distintos al abono de la cuota, como pronto pago (pago total), prepagos (pago parcial), asociados directamente a la TFU. Este monto deberá ser consistente con la sumatoria de los montos registrados en el campo N°15, “Abono Deuda Mes Actual” del Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros.

Monto Usos (histórico) M\$ (c): Corresponde al monto en miles de pesos (M\$) acumulado al mes que se informa, de todos los cargos por concepto de pagos y usos de Excedentes TFU efectuados por los afiliados. Este monto deberá ser consistentes con la sumatoria de los campos²⁸ 16,17,18,19,20,21,29 y 30 del Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros.

Otros abonos (histórico) en M\$ (d): Corresponde al monto acumulado en miles de pesos (M\$) al mes que se informa, de los abonos realizados por los reintegros de usos anulados o por devolución fallida. El monto deberá ser consistente con el campo N°26 de la Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros.

²⁷ Instrucciones impartidas por la Circular IF N°505, de 13.8.2025, que dejó sin efecto la Circular IF 472/2024, reemplazando los cuadros informativos sobre excedentes, que dicen relación con la Ley 21.674 y las obligaciones derivadas de la aplicación de la TFU

²⁸ Campo 16 “Monto uso Mes Actual (Copago IMED)”; Campo 17 “Monto uso Mes Actual (Pago Cotizaciones)”; Campo 18 “Monto uso Mes Actual (Farmacia)”; Campo 19 “Monto uso Mes Actual (Financiamiento Prestaciones de Salud)”; Campo 20 “Monto Devolución Masiva Anual”; Campo 21 “Monto deuda por modalidad de pago anticipado de la deuda o pronto pago; Campo 29 “Monto uso Mes Actual (Compensación de Deuda) y Campo 30 “Monto uso Mes Actual (Pago Directo)”

Monto descuento Pronto pago (histórico) en M\$ (e): Corresponde al monto acumulado en miles de pesos (M\$) al mes que se informa, por el descuento que realiza la Isapre, en mutuo acuerdo con el afiliado, por el pago total de la deuda, bajo la modalidad del pronto pago. El monto deberá ser consistente con la sumatoria del campo N°27 "Monto por Descuento pronto pago" del Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU, del Compendio de Archivos Maestros.

N° Acreedores: Corresponde al número de afiliados y ex afiliados que poseen montos a restituir en el periodo que se informa de acuerdo al tramo etario respectivo.

NOTA N° 9 EXCESOS DE COTIZACIÓN:

Esta nota deberá contener la siguiente información, en relación a los Excesos de Cotización:

Tipo de Cotizante	N° Cotizante	Monto M\$
Vigente		
No Vigente		

Cheques u otros medios de pago Caducos correspondientes a Excesos de Cotización		
Tramo de Antigüedad del documento	N° Documentos	Monto M\$

NOTA N° 10 COTIZACIONES POR REGULARIZAR:

Esta nota deberá indicar la descomposición del saldo de la partida Cotizaciones por Regularizar en:

- **Cotizaciones mal enteradas**

Periodo de Cotización	N° Cotizantes	Monto M\$

- **Cotizaciones en rezago**

Periodo de Cotización	Nº Cotizantes	Monto M\$

NOTA Nº 11 INGRESOS POR COTIZACIÓN DE SALUD²⁹

INGRESOS POR COTIZACIONES DE SALUD	
Tipo	MONTO M\$
Cotización Legal (7%)	
Cotización Adicional Voluntaria	
Aporte Adicional	
Ingresos por Fondo de Compensación	
Total	

Ingresos de actividades ordinarias por mes		
Meses	Período actual en M\$	Período comparativo en M\$
Enero		
Febrero		
Marzo		

²⁹ Últimos dos cuadros incorporados por la Circular IF/Nº408, de 6 de julio de 2022.

Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		

Mes	Periodo Actual			Periodo Comparativo		
	Ingresos GES M\$	Ingresos No GES M\$	Ingresos Total M\$	Ingresos GES M\$	Ingresos No GES M\$	Ingresos Total M\$
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						
Total						

NOTA N° 12 COSTOS POR PRESTACIONES DE SALUD.³⁰

³⁰ Cuadros posteriores al primero fueron agregados por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

CONCEPTO	MONTO M\$
Costos por Prestaciones de Salud	
Subsidios por Incapacidad Laboral	
Prestaciones Ocurridas y no Liquidadas	
Prestaciones en Litigio	
Egresos por Fondo de Compensación	
Otros Costos de Operación	
Total	

Mes	Periodo Actual			Periodo Comparativo		
	Costos de Prestaciones de Salud GES M\$	Costos de Prestaciones de Salud No GES M\$	Total M\$	Costos de Prestaciones de Salud GES M\$	Costos de Prestaciones de Salud No GES M\$	Total M\$
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						
Total						

Cantidad de prestaciones y bonificaciones (Considera periodos de 12 meses terminados a la fecha del periodo actual y comparativo)					
Periodo	Cantidad de prestaciones Plan Complementario	Bonificaciones Plan Complementario en M\$	Bonificaciones Plan Complementario / Número de prestaciones Plan Complementario en M\$	Cantidad de prestaciones Plan Complementario / Número total beneficiarios¹	Bonificaciones Plan Complementario / Número total beneficiarios¹ en M\$
Periodo actual					
Periodo comparativo					

¹Se refiere a los beneficiarios (cotizantes + cargas) con beneficios vigentes en el mes que se informa, así, por ejemplo, si el informe es al 30 de junio, los beneficiarios a utilizar en el cálculo sería el promedio simple del período julio del año anterior – junio del presente año (12 mes).

Composición del costo de prestaciones de salud por plan complementario		
Mes	Periodo actual en M\$	Periodo comparativo en M\$
Prestaciones hospitalarias		
Prestaciones ambulatorias		
Total		

Cantidad de prestaciones y bonificaciones (considera periodos de 12 meses terminados a la fecha del periodo actual y comparativo)					
Periodo	Cantidad de prestaciones CAEC	Bonificaciones CAEC en M\$	Bonificaciones CAEC / Número de prestaciones CAEC en M\$	Cantidad de prestaciones CAEC / Número total beneficiarios¹	Bonificaciones CAEC / Número total beneficiarios¹ en M\$
Periodo actual					
Periodo comparativo					

¹Se refiere a los beneficiarios (cotizantes + cargas) con beneficios vigentes en el mes que se informa, así, por ejemplo, si el informe es al 30 de junio, los beneficiarios a utilizar en el cálculo sería el promedio simple del período julio del año anterior – junio del presente año (12 mes).

Composición del costo de prestaciones de salud CAEC

Mes	Período actual en M\$	Período comparativo en M\$
Prestaciones hospitalarias		
Prestaciones ambulatorias		
Total		

Cantidad de prestaciones y bonificaciones (Considera periodos de 12 meses terminados a la fecha del periodo actual y comparativo)					
Periodo	Cantidad de prestaciones GES	Bonificaciones GES en M\$	Bonificaciones GES / Número de prestaciones GES en M\$	Cantidad de prestaciones GES / Número total beneficiarios	Bonificaciones GES / Número total beneficiarios ¹ en M\$
Periodo actual					
Periodo comparativo					

¹Se refiere a los beneficiarios (cotizantes + cargas) con beneficios vigentes en el mes que se informa, así, por ejemplo, si el informe es al 30 de junio, los beneficiarios a utilizar en el cálculo sería el promedio simple del período julio del año anterior – junio del presente año (12 mes).

Composición del costo de prestaciones de salud GES		
Mes	Período actual en M\$	Período comparativo en M\$
Prestaciones hospitalarias		
Prestaciones ambulatorias		
Total		

Cantidad de Licencias Médicas de cargo de las isapres y montos de Subsidios de Incapacidad Laboral			
Período	Cantidad de LM autorizadas ¹	Cantidad de días a pagar	Costo SIL en M\$ ²
Período actual			

Período comparativo			

¹LM de cargo de las isapres (Curativas, patologías del embarazo, prórroga medicina preventiva)

²Incluye Subsidio líquido + aportes previsionales.

NOTA N° 13 OTROS INGRESOS POR FUNCIÓN Y OTROS COSTOS POR FUNCIÓN

Esta nota deberá indicar la descomposición del saldo de las respectivas cuentas, de acuerdo al siguiente formato:

Otros Ingresos por Función	
Concepto	Monto M\$

Otros Costos por Función	
Concepto	Monto M\$

NOTA N° 14 GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y OTROS GASTOS POR FUNCIÓN

Esta nota deberá contener un detalle de los Gastos de Administración y de los otros gastos varios de operación (Otros Gastos por Función) incurridos por la isapre, considerando por ejemplo:

- Publicidad
- Deterioro por Deudores de Cotizaciones
- Deterioro por Deudores de Préstamos de Salud
- Remuneraciones del Personal
- Remuneraciones y comisiones del personal de ventas
- Exceso provisión costas judiciales³¹

NOTA N° 15 RESULTADOS POR SEGMENTOS

³¹ Agregado por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

Las entidades que de acuerdo a la NIIF N°8 y sus modificaciones deban presentar información por segmentos o decidan optativamente informarla, deberán ajustarse a los requisitos establecidos en la normativa contable vigente y efectuar la segmentación, considerando la naturaleza o distribución geográfica de su cartera de cotizantes.

Aquellas Instituciones de Salud que omitan esta nota explicativa, deberán señalar **expresamente** las razones por las cuales no se justifica la revelación.

NOTA N° 16 DETALLE DE PARTIDAS DEL FLUJO DE EFECTIVO

Tipo movimiento	Monto en M\$ XX/XX/X0	Monto en M\$ XX/XX/X1
Recaudación de cotizaciones		
Recaudación de préstamos por prestaciones de salud		
Co – Pago		
Fondo Único de Prestaciones Familiares F.U.P.F.		
Ingresos por Fondo de Compensación		
Liberación de garantía S.I.S.P.		
Recaudación de préstamos a Empresas Relacionadas		
Documentos y Préstamos de Empresas Relacionadas		
Total Ingresos de Efectivo		
Prestaciones de Salud (menos)		
Subsidios por Incapacidad Laboral (menos)		
Devolución de Cotizaciones (menos)		
Constitución y Actualización Garantía S.I.S.P. (menos)		
Egresos por Fondo de Compensación (menos)		
Préstamos a Empresas Relacionadas (menos)		
Pagos de Préstamos a Empresas Relacionadas (menos)		

Total Egresos de Efectivo		

NOTA N° 17 SANCIONES

En esta nota se dejarán establecidas las sanciones aplicadas por este u otros Organismos de Control, ya sea se encuentren en trámite o ejecutoriadas durante el ejercicio, indicando el origen, motivo y montos de las mismas. Se deberá detallar si dichas sanciones están ejecutoriadas o si está en trámite algún recurso legal en su contra.

NOTA N° 18 CONTINGENCIAS, COMPROMISOS, AVALES Y OTROS

En esta nota se indicarán las garantías otorgadas, hipotecas y similares, juicios o contingencias, avales otorgados y cualquier otro pasivo indirecto que la isapre haya contraído.

NOTA N° 19 GARANTÍA

En esta nota se deberán detallar los instrumentos y montos que constituyen la garantía mantenida en custodia por la isapre al cierre del trimestre, además del déficit o superávit que resulte con la Garantía Exigida del Informe Complementario, de acuerdo al siguiente detalle:

Total Garantías exigible al cierre del trimestre (Según Informe Complementario)	
Total Garantía constituida al cierre del trimestre	
Superávit (déficit) de garantía al cierre del trimestre	
Déficit sujeto a cumplimiento gradual (*)	Eliminada ³²

Nota Eliminada³³ (*Corresponde al tercio (os) sujeto a cobertura en cada año de la transición que resulta de comparar la metodología de cálculo de provisiones anterior con la definida en la presente circular, incluyendo el detalle de su comparación.³⁴)

³² Fila eliminada por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

³³ Nota eliminada por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

³⁴ Según presentaciones de las isapres e informes de la Superintendencia sobre el impacto que se originaba en las isapres con la adopción de IFRS, planteó la necesidad de adoptar un criterio de transición para enterar en forma gradual la garantía exigible que se podría obtener producto de dicho efecto contable.

En virtud de lo anterior, y por decisión institucional se determinó las siguientes normas que dicen relación específicamente con la determinación de las cuentas "Provisiones por Prestaciones Ocurredas y no Liquidadas" y "Provisión por Prestaciones en Litigio", que

Tipo Provisión	Método del 10% M\$	Método actual M\$	Diferencia M\$
Ocurridas y No Liquidadas			
En Litigio			
Totales			
		Tercio(s)	

Tipo de Instrumento (1)	Institución	Tipo de Inversión (códigos cuentas FEFI)	Monto M\$

Nota (1): Los instrumentos se deben agrupar según las categorías contenidas en la Circular N°77 de 2004 y sus modificaciones.

Nota N°20 Otras Provisiones Corrientes/No Corrientes³⁵

La isapre, sin perjuicio de la información obligatoria que debe reportar en conformidad a las Normas Internacionales de Información Financiera, deberá incluir, según corresponda, la siguiente información en cada ejercicio:

Descripción del modelo de provisiones utilizado para estimar las costas por causas prima GES y alza de precio base, detallando la metodología de cálculo mediante la cual se determina la mejor estimación y los parámetros utilizados en conformidad a las Normas Internacionales de Información Financiera.

forman parte de la determinación mensual de los indicadores legales y el tratamiento de un posible déficit de Garantía según la nueva metodología de cálculo definida en la Circular IF 140/2011, para ambas provisiones.

El déficit en la garantía exigida, producto de la nueva metodología de cálculo, deberá ser enterado por las isapres en un plazo máximo de tres años, contado desde el Informe Complementario correspondiente al mes de enero de 2013, conforme a las siguientes etapas:

- En el primer año, es decir en la garantía que se debe enterar a partir del 20 de marzo de 2013, según el informe complementario correspondiente al mes de enero del mismo año, las isapres deberán cubrir al menos un tercio del déficit citado precedentemente.
- En el segundo año, vale decir en la garantía que se debe enterar a partir del 20 de marzo de 2014, según el informe complementario correspondiente al mes de enero del mismo año, las isapres deberán cubrir al menos dos tercios del déficit.
- En el tercer año, esto es en la garantía que se debe enterar a partir del 20 de marzo de 2015, según el informe complementario correspondiente al mes de enero del mismo año, las isapres deberán cubrir íntegramente el déficit acumulado.

³⁵ Nota incorporada por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

Para estos efectos, se deberá informar cómo se determina y define el número y los montos de causas susceptibles de estimación, de acuerdo con los siguientes cuadros:

Provisión por costas judiciales

Incluye los saldos y movimientos de la provisión según el saldo que se refleja mensualmente en sus estados financieros, de acuerdo con el corte contable que se informa:

Provisión por costas - Causas GES				
Detalle	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes n
Saldo inicial				
Incrementos de la provisión reconocidos en resultados				
Disminuciones por pago de costas				
Ajustes o actualizaciones				
Otros				
Saldo final				

Provisión por costas – Causas alza de precio base – Tabla de factores¹				
Detalle	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes n
Saldo inicial				
Incrementos de la provisión reconocidos en resultados				
Disminuciones por pago de costas				
Ajustes o actualizaciones				
Otros				

Saldo final				

¹Se refiere a rebaja de tramo de edad (tabla de factores).

Gastos por costas judiciales

Incluye los saldos y movimientos de los gastos que se refleja mensualmente en sus estados financieros, de acuerdo con el corte contable que se informa:

Mes	Costas causas prima GES M\$	Costas alza de precio base tabla de factores¹ M\$	Total acumulado por gastos por costas M\$
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			

¹Se refiere a rebaja de tramo de edad (tabla de factores).

Flujos por costas judiciales

Se incluye los flujos de fondos en que se incurrió en cada ejercicio para pagar las costas involucradas:

Mes	Pago costas causas prima GES M\$	Cantidad de causas prima GES	Pago costas alza de precio base- Tabla de factores¹ M\$	Cantidad de causas APB-TF²	Total acumulado de pagos por cosas M\$	Total acumulado de causas
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						

¹Se refiere a rebaja de tramo de edad (tabla de factores).

²TF se refiere a rebaja de tramo de edad (tabla de factores).”

J. Análisis Razonado de los Estados Financieros³⁶

Las isapres deberán elaborar un análisis razonado claro y preciso de los Estados Financieros, respecto de la situación económica-financiera de la institución, referido a los Estados Financieros reportados a cada cierre contable.

Dicho análisis deberá comparar y explicar las principales tendencias y cambios observados entre los Estados Financieros actuales, comparándolas con igual período del año anterior y respecto del último Estado Financiero anual.

Para los efectos del análisis razonado, la administración deberá enfocarse en los aspectos que sean más relevantes y representativos del giro y la posición financiera de la isapre, entregándose información cuantitativa y cualitativa que revele la evolución de las actividades y negocios de la entidad y de su efecto en los resultados, y en los flujos de efectivo, así como de los eventos o situaciones ocurridos que hayan influido en la situación financiera durante el periodo, o que, a juicio de ésta, podrían incidir en su evolución futura de.

Contenido mínimo del análisis razonado de los Estados Financieros

El análisis razonado deberá contener a lo menos lo siguiente:

- Explicación de las principales variaciones de los ítems del activo, pasivo, patrimonio neto, estado de resultados y flujo efectivo.
- Análisis de las diferencias que pueden existir entre los valores libros y valores económicos y/o de mercado de los principales activos.
- Descripción y análisis de los principales componentes de los flujos netos de efectivo originados por las actividades operacionales, de inversión y financiamiento del período correspondiente.
- Análisis de las variaciones más importantes ocurridas durante el período, en los mercados en que participa, en la competencia que enfrenta y en su participación relativa en el Sistema Isapre.
- Explicación y determinación del plazo promedio de pago a sus prestadores de salud, con las fórmulas y determinación de los stocks que son considerados para tal efecto.
- Explicación de los hechos económicos relacionados a las variaciones de los indicadores financieros presentados, de acuerdo con los siguientes cuadros, sin perjuicio de que podrán incluirse otros análisis o índices distintos de los anteriores que permita reflejar adecuadamente la situación económica-financiera particular de la isapre asociada al período que se informa.

Ratios financieros	Fórmula de cálculo	Período actual	Mismo período del año inmediatamente anterior

³⁶ Letra J incorporada por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

1. Liquidez			
Capital de trabajo (en M\$)	Activos corrientes – Pasivos corrientes		
Liquidez corriente (veces)	Activos corrientes		
	Pasivos corrientes		
Razón ácida (veces)	Efectivo y equivalente al efectivo		
	Pasivos corrientes		
Crédito a deudores de cotizaciones	Deudores de cotizaciones por cobrar (DNP + NDNP)		
	Activos Totales		

Ratios financieros	Fórmula de cálculo	Periodo actual	Mismo período del año inmediatamente anterior
2. Endeudamiento			
Endeudamiento (veces)	Total pasivos		
	Patrimonio total al término del período		
Deuda financiera (veces)	Otros pasivos financieros, corrientes + Otros pasivos financieros, no corrientes		
	Patrimonio total al término del período		
Deuda financiera corriente (veces)	Otros pasivos financieros, corrientes		
	Patrimonio total al término del período		
Deuda financiera no corriente (veces)	Otros pasivos financieros, no corrientes		
	Patrimonio total al término del período		
Cobertura de gastos financieros (veces)	Resultados antes de impuestos e intereses		
	Costos financieros		

Ratios financieros	Fórmula de cálculo	Periodo actual	Mismo período del año inmediatamente anterior
3. Resultados			
EBITDA	Resultados antes de impuestos, intereses, depreciación y amortización		

Ratios financieros	Fórmula de cálculo	Periodo actual	Mismo período del año inmediatamente anterior
4. Rentabilidad			
Rentabilidad del patrimonio (%)	Ganancia (pérdida) del ejercicio		
	Patrimonio total del período		
Rentabilidad del activo (%)	Ganancia (pérdida) del ejercicio		
	Total de activos		
Rentabilidad bruta (%)	Ganancia bruta		
	Ingresos de actividades ordinarias		
Rentabilidad operacional (%)	Rentabilidad bruta – costos de distribución – gastos de administración		
	Ingresos de actividades ordinarias		
Rentabilidad neta (%)	Ganancia (pérdida) del ejercicio		
	Ingresos de actividades ordinarias		

- Siniestralidad de los siguientes ítems y en base a los siguientes cuadros:
 - De los subsidios por incapacidad laboral, abordando las distintas variables que lo determinan como frecuencia, gasto, variación de cartera y cualquier otro ítem que determine su comportamiento.
 - De las prestaciones de salud, abordando las distintas variables que lo determinan como frecuencia, gasto, tipo de prestación, variación de cartera y cualquier otro ítem que determine su comportamiento.

Siniestralidad (% sobre los ingresos de actividades ordinarias)	Periodo actual en %	Periodo actual en M\$	Periodo comparativo en %	Periodo comparativo en M\$
Prestaciones de Salud				
Subsidio de incapacidad laboral				
Otros*				

* Se refiere a costos distintos a Prestaciones de salud y Subsidios Incapacidad Laboral.

Siniestralidad (% sobre los ingresos de actividades ordinarias)	Período actual en %	Período actual en M\$	Período comparativo en %	Período comparativo en M\$
Prestaciones de salud GES ⁽¹⁾				
Prestaciones de salud NO GES ⁽²⁾				
Subsidio de Incapacidad Laboral				
Otros ⁽³⁾				

⁽¹⁾ Costos en prestaciones GES sobre Ingresos GES.

⁽²⁾ Costos en prestaciones NO GES sobre ingresos NO GES.

⁽³⁾ Se refiere a costos distintos a Prestaciones de salud y Subsidios Incapacidad Laboral.

- Monto y porcentaje del costo de la isapre asociado al pago de prestaciones realizadas por clínicas y centros médicos, separado entre aquellas prestaciones realizadas por servicios de salud del Grupo y aquellas realizadas por terceros.

Distribución del costo de prestaciones de salud por tipo de prestador				
Tipo de prestador	Periodo actual en M\$	Periodo actual en %	Periodo comparativo en M\$	Periodo comparativo en %
Empresas relacionadas				
Terceros				
Total				

%: Equivale a la relación entre el costo total y por tipo de prestador.

- Ingresos anuales por beneficiarios y cotizantes vigentes promedios en el período a informar¹, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Detalle	Periodo actual En M\$	Periodo comparativo En M\$
Ingreso por beneficiario		
Ingreso por cotizante		

¹Se refiere a los cotizantes y beneficiarios (cotizantes + cargas) con beneficios vigentes en el mes que se informa, así, por ejemplo, si el informe es al 30 de junio, los beneficiarios y cotizantes a utilizar en el cálculo sería el promedio simple del período enero-junio.

- Distribución del número de cotizantes y beneficiarios vigentes¹ por tramo etario, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Rango etario	Periodo actual		Periodo comparativo	
	Número de cotizantes	Número de beneficiarios	Número de cotizantes	Número de beneficiarios
0-19				
20-29				

30-39				
40-49				
50-59				
60-69				
70-79				
80 o más				

¹Se refiere a los cotizantes y beneficiarios (cotizantes + cargas) con beneficios vigentes en el mes que se informa, así, por ejemplo, si el informe es al 30 de junio, los cotizantes y beneficiarios a informar serían los vigentes en el mes de junio.

- Número de prestaciones y bonificaciones separado por ítem hospitalario, ambulatorio y licencias médicas (considera los últimos 12 meses terminados a la fecha del periodo actual y comparativo), de acuerdo con los siguientes cuadros:

Periodo	Cantidad de prestaciones hospitalarias	Bonificaciones hospitalarias en M\$	Bonificaciones hospitalarias / Cantidad de prestaciones hospitalarias en M\$	Cantidad de prestaciones hospitalarias / Cantidad total beneficiarios¹	Bonificaciones hospitalarias / Cantidad total beneficiarios¹ en M\$
Periodo actual					
Periodo comparativo					
Variación %					

¹Se refiere a los beneficiarios (cotizantes + cargas) con beneficios vigentes en el mes que se informa, así, por ejemplo, si el informe es al 30 de junio, los beneficiarios a utilizar en el cálculo serían el promedio simple del período enero-junio.

Periodo	Cantidad de prestaciones ambulatorias	Bonificaciones ambulatorias en M\$	Bonificaciones ambulatorias / Número de prestaciones ambulatorias en M\$	Cantidad de prestaciones ambulatorias / Número total beneficiarios¹	Bonificaciones ambulatorias / Número total beneficiarios¹ en M\$
Periodo actual					
Periodo comparativo					
Variación %					

¹Se refiere a los beneficiarios (cotizantes + cargas) con beneficios vigentes en el mes que se informa, así, por ejemplo, si el informe es al 30 de junio, los beneficiarios a utilizar en el cálculo serían el promedio simple del período enero-junio.

Periodo	Cantidad de licencias médicas	Total monto por SIL en M\$	Total monto por SIL / Número de licencias médicas en M\$	Cantidad de licencias médicas / Número total cotizantes¹	Total monto por SIL / Número total cotizantes¹ en M\$
Periodo actual					

Periodo comparativo					
Variación %					

¹Se refiere a los Cotizantes con beneficios vigentes en el mes que se informa, así, por ejemplo, si el informe es al 30 de junio, los cotizantes serían el promedio simple del período enero-junio.

- Los cinco principales prestadores para el negocio hospitalario y cinco principales prestadores para el negocio ambulatorio, además del resto como “otros” agrupado, incluyendo el monto y porcentaje que representan sobre el total de las bonificaciones para cada negocio (considera los últimos 12 meses terminados a la fecha del periodo actual y comparativo), de acuerdo con los siguientes cuadros:

Razón Social Prestador	Hospitalario				
	RUT Prestador	Periodo actual en M\$	Periodo actual en %	Periodo comparativo en M\$	Periodo comparativo en %
Otros					
Total					

%; Equivale a la proporción sobre el total del cuadro y columna respectiva.

Otros: Debe considerar el resto de los prestadores agrupados para completar el total bonificado de cada periodo.

Razón Social Prestador	Ambulatorio				
	RUT Prestador	Periodo actual en M\$	Periodo actual en %	Periodo comparativo en M\$	Periodo comparativo en %
Otros					
Total					

%; Equivale a la proporción sobre el total del cuadro y columna respectiva.

Otros: Debe considerar el resto de los prestadores agrupados para completar el total bonificado de cada periodo.

- Los cinco principales prestadores relacionados para el negocio hospitalario ambulatorio, además del resto como “otros” agrupado, incluyendo el monto y el porcentaje que representan sobre el total de las bonificaciones para cada negocio (considera los últimos 12 meses terminados a la fecha del periodo actual y comparativo), de acuerdo con los siguientes cuadros:

Razón Social Prestador	Hospitalario				
	RUT Prestador	Periodo actual en M\$	Periodo actual en %	Periodo comparativo en M\$	Periodo comparativo en %
Otros					
Total					

%; equivale a la proporción sobre el total del cuadro y columna respectiva.

Otros: debe considerar el resto de los prestadores agrupados para completar el total bonificado de cada periodo.

Razón Social Prestador	Ambulatorio				
	RUT Prestador	Periodo actual en M\$	Periodo actual en %	Periodo comparativo en M\$	Periodo comparativo en %
Otros					
Total					

%; equivale a la proporción sobre el total del cuadro y columna respectiva.

Otros: debe considerar el resto de los prestadores agrupados para completar el total bonificado de cada periodo.

III. Criterios y tratamientos contables relativos al Fondo de Compensación Solidario

El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí a las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia neta que se produzca entre la capacidad financiera y la necesidad financiera, en la forma que señala el Párrafo 6° del Título III del Reglamento del Fondo de Compensación Solidario.

La Superintendencia establecerá los montos efectivos de compensación para cada Institución de Salud Previsional.

Por su parte, las isapres efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine esta Superintendencia.

Por lo antes expuesto, y para el debido control de las sumas que reciban las isapres receptoras y de los montos que deban pagar las isapres aportantes, se ha determinado la habilitación de cuentas de registro que deberán implementarse en los sistemas de las Instituciones de Salud Previsional, las que pasarán a formar parte de la Ficha Económica y Financiera de Isapre (FEFI).

En relación al registro contable de los aportes relativos al Fondo de Compensación Solidario, deberán adoptarse los siguientes criterios:

1.- Si los aportes se concretan el mismo mes en que son notificados por la Superintendencia, las isapres deberán registrar los siguientes movimientos contables, que incidirán en los Ingresos Operacionales o Costos de Operación, según corresponda:

a) La Institución que aporta los fondos:

CUENTA	CÓDIGO	DEBE	HABER
EGRESOS POR FONDO DE COMPENSACIÓN	30.026	XXX	
DISPONIBLE	11.010		XXX

b) La Institución que recepciona los fondos:

CUENTA	CÓDIGO	DEBE	HABER
DISPONIBLE	11.010	XXX	
INGRESOS POR FONDO DE COMPENSACIÓN	30.015		XXX

2.- Si a la fecha del cierre contable mensual o trimestral, la isapre aportante fue notificada por parte de la Superintendencia de Salud respecto de los montos que debe aportar y la institución no ha realizado los pagos correspondientes, ya que aún no expira el plazo legal para tales efectos o habiendo vencido el plazo, está sujeto su pago contra la Garantía, se deberá adoptar el siguiente procedimiento.

2.1. La Institución que aporta los fondos:

a) Período 1: Registro de la provisión

CUENTA	CÓDIGO	DEBE	HABER
EGRESOS POR FONDO DE COMPENSACIÓN	30.026	XXX	
PROVISIONES	21.120		XXX

b) Período 2: Pago efectivo del aporte

CUENTA	CÓDIGO	DEBE	HABER
PROVISIONES	21.120	XXX	
DISPONIBLE	11.010		XXX

c) Período 2: Pago efectivo contra la Garantía

CUENTA	CÓDIGO	DEBE	HABER
PROVISIONES	21.120	XXX	
GARANTÍA	13.050		XXX

2.2 La Institución que recibe los fondos:

a) Período 1: Registro del aporte por cobrar del Fondo de Compensación

CUENTA	CÓDIGO	DEBE	HABER
DEUDORES VARIOS	11.070	XXX	
INGRESOS POR FONDO DE COMPENSACIÓN	30.015		XXX

b) Período 2: Recepción efectiva del aporte

CUENTA	CÓDIGO	DEBE	HABER
DISPONIBLE	11.010	XXX	
DEUDORES VARIOS	11.070		XXX

Las isapres que participan del Fondo de Compensación Solidario, deberán implementar en sus respectivos planes de cuentas internos, registros separados con código e identificación propia, manteniendo un detalle pormenorizado de cada operación, de acuerdo al tratamiento definido en las presentes instrucciones.³⁷

³⁷ Párrafo incorporado por Circular IF/275, de 2016.

Título II: Indicadores de Patrimonio, Liquidez y Garantía

I.- Indicadores a cumplir

La Superintendencia controlará que las isapres cumplan con los estándares de patrimonio, liquidez y garantía, a que se refieren los artículos 178, 180, 181 y 182 del DFL N° 1.

1. Estándar de patrimonio:^{38 39} Las Instituciones deberán mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Para efectos de calcular el referido estándar se considerará el Patrimonio Total Neto, definido como la diferencia entre el valor de los activos totales y los pasivos exigibles (Patrimonio Total), menos aquellas partidas de activos corrientes y no corrientes denominadas como Cuentas por cobrar Empresas Relacionadas (E.E.R.R), Cuenta Corriente Mercantil, los préstamos o créditos de dinero entre relacionadas, la Cuenta Simple o de Gestión, además de aquéllas cuya naturaleza sea la misma, aun cuando ocupen otra denominación. Ello, por cuanto este tipo de cuentas no representarán una inversión efectiva que incremente el patrimonio. El monto del Patrimonio Total Neto así obtenido, deberá dividirse por el total de pasivos de la entidad.

El cálculo del referido estándar se determinará de acuerdo a lo siguiente:

	Patrimonio Total Neto
Razón=	-----
	Pasivo Corriente + Pasivo No Corriente

Donde: Patrimonio Total Neto = Patrimonio Total – Activos que no constituyen inversión efectiva (Corrientes y No Corrientes).

2. Estándar de liquidez:^{40 41} Las instituciones deberán mantener un indicador de liquidez no inferior a 0,8 veces la relación entre el activo corriente y el pasivo corriente. Para efectos del cálculo del referido estándar se considerará el Activo Corriente Neto, esto es, el activo corriente deducidas todas aquellas cuentas de activos -porción corriente- denominadas como Cuentas por cobrar Empresas Relacionadas (E.E.R.R), Cuenta Corriente Mercantil, los préstamos o créditos de dinero entre relacionadas, la Cuenta Simple o de Gestión, además de aquéllas cuya naturaleza sea la misma, aun cuando ocupen otra denominación -todas por constituir inversiones no efectivas- e incluidos los instrumentos de largo plazo y de fácil liquidación y la garantía mantenida, exceptuadas de esta última las boletas de garantía a la vista emitidas por bancos.

El indicador se calculará según la siguiente fórmula:

	Activo Corriente Neto + Instrumentos de largo plazo y de fácil liquidación + (Garantía constituida - las boletas de garantía incluidas en ella)
Razón =	-----
	Pasivo Corriente

³⁸ Definición modificada por la Circular IF N°304, de 27.12.2017

³⁹ Definición modificada por la Resolución Exenta IF N° 243, de 18.05.2018

⁴⁰ Definición modificada por la Circular IF N°304, de 27.12.2017

⁴¹ Definición modificada por la Resolución Exenta IF N°243, de 18.05.2018

Donde: Activo Corriente Neto= Activo Corriente - Activos corrientes que no constituyen inversión efectiva.

Especificaciones sobre las inversiones no efectivas ⁴²

Cabe precisar, que no se requerirá la eliminación de las cuentas de esta naturaleza en el Estado de Situación Financiera Clasificado, pues sólo se deducirá su efecto extracontablemente en la determinación de los indicadores de Patrimonio y Liquidez, por medio del Informe Financiero Complementario (Anexo N°1), conforme a las instrucciones contenidas en el título "Información requerida".⁴³

Respecto a la Cuenta por Cobrar Empresas Relacionadas (E.E.R.R) -o aquellas cuentas a fin- se debe señalar, que podrán exceptuarse de ser descontadas del Patrimonio total y del Activo corriente, cuando surjan de una obligación contractual por escrito entre la isapre y un tercero (deudor) con el objeto de contribuir al financiamiento de prestaciones de salud otorgadas a los afiliados de la isapre y, en la medida que exista además, el reembolso o devolución de la deuda correspondiente en efectivo o efectivo equivalente, dentro de un plazo de pago fijo. Estos convenios o contratos deberán estar a disposición para su fiscalización, cuando se haga uso de esta modalidad de excepción, así como también el historial de pagos (devoluciones) efectuadas por el deudor a la isapre, junto con sus correspondientes respaldos. En caso de no contar con alguno de estos elementos para avalar el pago de este tipo de deudas, no será admisible su incorporación en el rubro del Patrimonio y del Activo corriente para el cálculo de los indicadores, determinados conforme al Informe Complementario.

También⁴⁴, se podrá prescindir de la disminución de la Cuenta por Cobrar E.E.R.R -o aquellas cuentas afines- cuando exista para la isapre un derecho contractual escrito, que contemple sumas entregadas a un tercero (deudor) única y exclusivamente a cuenta de prestaciones médicas para sus afiliados, todo lo anterior, considerando los términos del artículo 173 del DFL N°1, de Salud, de 2005. Este tipo de operación deberá contar, además, con una rendición periódica de las prestaciones otorgadas, de manera que exista la debida correlación entre la respectiva documentación legal exigida por el SII (factura u otro) y la prestación del servicio. Los prepagos que se efectúen a prestadores que realicen factoring o cesión de las facturas a un tercero, significará para la isapre la imposibilidad de incorporar esta partida en los indicadores de Patrimonio y Liquidez. De faltar alguno de estos elementos para avalar el pago de este tipo de deudas, no será admisible la incorporación en el rubro del Patrimonio y del Activo corriente para el cálculo de los indicadores, determinados conforme al Informe Complementario.

Información requerida ⁴⁵

Las isapres deberán reconocer extracontablemente en el Informe Complementario (Anexo N°1) las deducciones que corresponda efectuar en la determinación de los indicadores legales de patrimonio y liquidez.

Para ello, las partidas que corresponda descontar extracontablemente del Patrimonio por no considerarse inversiones efectivas (Activos Corrientes y Activos no Corrientes), se deberán restar directamente del saldo a informar en la cuenta "Otras reservas". Por ejemplo, en el caso de las Cuentas por Cobrar E.E.R.R. Corrientes y no Corrientes, la suma de ambos saldos se deducirá, cuando corresponda, del monto que se presente en la secuencia 60. Si producto de la resta se obtiene un resultado negativo, deberá incorporarse como tal, en la columna "Monto M\$" del Anexo N°1.

⁴² Subtítulo incluido por la Circular IF N°304, de 27.12.2017

⁴³ Párrafos 2do y 3ero eliminados por la Resolución IF N°243, de 18.05.2018

⁴⁴ Párrafo agregado por la Resolución Exenta IF N°243, de 18.05.2018

⁴⁵ Subtítulo incluido por la Circular IF N°304, de 27.12.2017

Secuencia	Cuenta	Código
60	Otras reservas	23060

Por su parte, los descuentos que proceda aplicar al Activo corriente, por concepto de inversiones no efectivas, deberán restarse específicamente de la secuencia que contenga el saldo de la cuenta involucrada. Por ejemplo, en el caso de las Cuentas por Cobrar E.E.R.R. Corrientes el descuento se realizará directamente en la secuencia 8.⁴⁶

8	Cuentas por Cobrar a Entidades Relacionadas, Corriente	11050

A su vez, para efectos de evaluar las deducciones practicadas por las isapres al patrimonio,⁴⁷ se deberá remitir mensualmente el siguiente cuadro informativo de patrimonio, junto con el Informe Complementario que corresponda. De no presentarse alguna de las situaciones que ameriten descuentos para el cálculo del indicador de patrimonio, se deberá señalar tal situación por escrito, en reemplazo del envío de dicho cuadro de patrimonio neto, junto con la entrega del Anexo N°1.

Cuadro Complementario para Determinación del Patrimonio Total Neto			
Isapre xx al xx de xx de xxxx			
Código de la cuenta FEFI	Código Secuencia (Informe Complementario)	Nombre Cuenta ⁴⁸	Monto M\$
23000		Patrimonio Total al (indicar fecha) (1)	
Menos (2)			
11050	8	Cuentas por Cobrar a Entidades Relacionadas, Corrientes	
12040		Cuentas por Cobrar a Entidades Relacionadas, No Corrientes	
23000	65	Patrimonio Total Neto (saldo a incorporar en Informe Complementario)	
		Patrimonio Total Neto en U.F.	

⁴⁶ Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF N°243, de 18.05.2018

⁴⁷ Se elimina la oración "especialmente aquellas que se realicen durante los períodos de ajuste -especificados a continuación-", según Resolución Exenta IF N°243, de 18.05.2018

⁴⁸ Tabla incorporada por la Circular IF 304, de, 27.12.2017. Además, sufre modificaciones por la Resolución Exenta IF N°243, de 18.05.2018

- (1) Incluye los saldos FEFI de la cuenta Entidades Relacionadas, por tanto, no se consideran las deducciones que dispone la norma.
- (2) Se deducen las partidas que establece la norma, salvo las excepciones que se contemplan expresamente (“Especificaciones sobre las inversiones no efectivas”)

3. Estándar de garantía: Las isapres deberán mantener una garantía equivalente a las obligaciones con los cotizantes, beneficiarios y los prestadores de salud.

Respecto de los cotizantes y beneficiarios, la garantía considerará las obligaciones por concepto de prestaciones por pagar, prestaciones en proceso de liquidación, prestaciones ocurridas y no liquidadas, prestaciones en litigio, excedentes de cotizaciones, cotizaciones percibidas en exceso y cotizaciones enteradas anticipadamente.⁴⁹

Respecto de los prestadores de salud, la garantía considerará las obligaciones derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los cotizantes y beneficiarios de la institución.

El cálculo del estándar está dado por la siguiente igualdad:

Garantía =	Deuda con cotizantes y beneficiarios + Deuda con prestadores

4. Cálculo de los indicadores de patrimonio y liquidez:⁵⁰

Con el objeto de determinar los valores mensuales de los indicadores legales de patrimonio y liquidez, la isapre deberá aproximarlos a un decimal, utilizando como base al menos 11 decimales, esto es:

- a) Si el segundo decimal es inferior a 5, para obtener el valor aproximado a un decimal, se conserva el primer decimal.
Por ejemplo: si el valor del indicador legal fuera 0,74575978753, entonces el valor del indicador legal aproximado a un decimal es 0,7
- b) Si el segundo decimal es superior o igual a 5, para obtener el valor aproximado a un decimal, se incrementa en uno el primer decimal.
Por ejemplo, si el valor del indicador legal fuera 0,75013218753, entonces valor del indicador legal aproximado a un decimal es 0,8.

Los valores obtenidos de los citados indicadores de patrimonio y liquidez, deberán registrarse, con 1 decimal y con al menos 11 decimales, en el cuadro “DETERMINACIÓN DE LOS INDICADORES DE PATRIMONIO Y LIQUIDEZ”, que forma parte del Informe Complementario “INFORMACIÓN BASE PARA EL CÁLCULO DE INDICADORES DE PATRIMONIO, GARANTÍA Y LIQUIDEZ”, que se instruye en el punto II del presente Título. En el mismo cuadro deberán registrarse los montos utilizados para la determinación de los respectivos indicadores, de acuerdo a la fórmula de cálculo que se detalla.

⁴⁹ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁵⁰ Numeral incorporado por la Circular IF/N° 434, de 13 de junio de 2023

II.- Información necesaria para controlar el cumplimiento de los indicadores legales

Para efectos de determinar y controlar mensualmente los indicadores de patrimonio, liquidez y garantía, las isapres deberán remitir a la Superintendencia la información que a continuación se presenta y en los plazos que se indican⁵¹:

Cierre Contable Mensual	Información que debe ser enviada a la Superintendencia de Salud	Plazo para remitir información a la Superintendencia de Salud
Enero	1. Completar la aplicación dispuesta en la Extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud para reportar el Informe Financiero Complementario para el cálculo de Indicadores Legales y sus notas adjuntas, además del Anexo con la información general de la entidad.	Último día del mes siguiente al mes que se informa, o bien, día hábil siguiente en caso que dicha fecha corresponda a un día sábado o festivo.
Febrero		
Abril		
Mayo		
Julio		
Agosto	2. Enviar un archivo en formato PDF a través de la Extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud, que corresponda al ejemplar físico del Informe Financiero Complementario y sus notas adjuntas, además de la Carta al Custodio, firmados por el Gerente General y Contador General de la isapre.	
Octubre		
Noviembre		
Diciembre (Preliminar)	3. Remitir un ejemplar impreso del Informe Financiero Complementario, firmado por el Gerente General y Contador General de la isapre.	
	4. Enviar copia de la carta remitida a la Entidad de Custodia, informando el monto de la Garantía mínima exigida.	

Cabe señalar, que las Instituciones de Salud Previsional deberán mantener en sus dependencias y a disposición de este Organismo Fiscalizador el Estado de Situación Financiero Clasificado y el Estado de Resultado mensual, con los cuales se confeccionó la información base para el cálculo de indicadores legales⁵².

⁵¹ Recuadro reemplazado por el que aparece por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁵² Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Asimismo, las isapres deberán contar, en lo sucesivo, con el Estado de Situación Financiero Clasificado y el Estado de Resultado correspondientes a los ejercicios comparativos del mismo mes del período anterior⁵³.

Información financiera sujeta a las Normas establecidas por la Superintendencia para la entrega de información financiera⁵⁴		
Cierre Contable Trimestral y Anual	Información que debe ser remitida a la Superintendencia de Salud	Plazo para remitir información a la Superintendencia de Salud
Marzo	1. Completar la aplicación dispuesta en la extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud para informar el Estado de Situación Financiero Clasificado, el Estado de Resultados (por Función e Integral), el Estado de Flujo de Efectivo Directo, las Notas Explicativas y el Informe Financiero Complementario para el cálculo de Indicadores Legales. 2. Completar la aplicación dispuesta en la extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud dispuesta para informar los recuadros establecidos en el Oficio Circular IF/N°65 de fecha 7 de septiembre de 2006.	Último día del mes siguiente al cierre contable que se informa, o bien, día hábil siguiente en caso que dicha fecha corresponda a un día sábado o festivo.
Junio		
Septiembre		

⁵³ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁵⁴ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Información financiera sujeta a las Normas establecidas por la Superintendencia para la entrega de información financiera⁵⁴		
Cierre Contable Trimestral y Anual	Información que debe ser remitida a la Superintendencia de Salud	Plazo para remitir información a la Superintendencia de Salud
Diciembre (auditado)	3. Enviar un archivo en formato PDF a través de la Extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud, correspondiente al ejemplar físico del Estado de Situación Financiera Clasificado, el Estado de Resultados (por Función e Integral), el Estado de Flujo de Efectivo Directo, el Estado de Cambios en el Patrimonio e Informe Financiero Complementario firmados por el Gerente General y Contador General, incluyendo las respectivas notas explicativas según IFRS y demás notas que se presenten y que son complementarias a las exigidas por esta Superintendencia (NIC 1). Se deberá enviar además, el Anexo con información general de la isapre y la Declaración de Responsabilidad, así como la carta al Custodio, firmada por el Gerente General y Contador General de la Isapre. 4. Enviar un ejemplar físico de la información citada en el punto 3, firmados por el Gerente General y Contador General de la isapre. 5. Enviar copia de la carta remitida a la Entidad de Custodia, informando el monto de la Garantía mínima exigida, sólo para los ejercicios de marzo, junio y septiembre.	En los 60 días siguientes a la fecha de cierre que se informa, o bien, día hábil siguiente en caso que dicha fecha corresponda a un día sábado o festivo.

A. ESTRUCTURA Y FORMATO DE LA INFORMACIÓN

(formato)⁵⁵

INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD									
1.-ESTADOS FINANCIEROS AL:		DÍA	DE		MES	DE		AÑO	2.-CÓDIGO ISAPRE
3.-RAZÓN SOCIAL Y NATURALEZA JURÍDICA									4.-RUT
5.-DOMICILIO									6.-TELÉFONO
7.-CIUDAD									8.-REGIÓN
9.-REPRESENTANTE LEGAL									9.1.-RUT
10.-GERENTE GENERAL									10.1.-RUT
11.-PRESIDENTE DEL DIRECTORIO									11.1.-RUT
12.-DIRECTORES									12.1.-RUT
13.-MAYORES ACCIONISTAS O APORTADORES DE CAPITAL									14.-% DE PROPIEDAD
15.-PATRIMONIO									
EN M\$									
EN U.F.									
16.-CAPITAL									
SUSCRITO EN M\$									
PAGADO EN M\$									
17.-N° TRABAJADORES		18.-N° VENDEDORES		19.-N° SUCURSALES					
20.-AUDITORES EXTERNOS									

⁵⁵ Reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

INFORMACIÓN BASE PARA EL CÁLCULO DE INDICADORES DE PATRIMONIO, GARANTÍA Y LIQUIDEZ⁵⁶

Secuencia	Cuenta	Código **	Detalles	Monto M\$
	Activo Corriente y Garantía			
1	Efectivo y Equivalente de Efectivo	11010		
2	Inversiones Financieras *	11010-11020		
3	Deudores de cotizaciones (Neto)*	11040		
4	Deudores préstamos de salud (Neto)*	11040		
5	Fondo Único de Prestaciones Familiares*	11040		
6	Otros Activos Financieros Corrientes	11020		
7	Otros Activos No Financieros Corrientes	11030		
8	Cuentas por Cobrar a Entidades Relacionadas, Corrientes	11050		
9	Activos por Impuestos Corrientes	11070		
10	Deudores Comerciales y Otras Cuentas por Cobrar, Neto, Corrientes	11040		
11	Garantía*	12010		
12	Inventarios	11060		
13	Activos no corrientes o grupos de activos para su disposición clasificados como mantenidos para la venta	11090		
14	Activos no corrientes o grupos de activos para su disposición clasificados como mantenidos para la distribución a los propietarios	11091		
15	Instrumentos de Largo Plazo y Fácil Liquidación *	12010		
16	Total Activo Corriente + Garantía (sumas desde 1 a 15)	11000		
	Deudas con Beneficiarios			
17	Beneficios por Pagar*	21020		
18	Reembolsos por pagar*	21020		
19	Subsidios por pagar de cargo de la Isapre*	21020		
20	Cheques caducos a beneficiarios*	21020		

⁵⁶ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

21	Prestaciones y SIL en proceso de liquidación más Prestaciones y SIL ocurridos y no liquidados*	21040		
22	Prestaciones y SIL en litigio*	21040		
23	Excedentes de cotización*	21020		
24	Cotizaciones percibidas anticipadamente*	21020		
25	Cotizaciones percibidas en exceso*	21020		
26	Total deudas con beneficiarios (suma desde 17 a 25)			
	Deudas con Prestadores de Salud			
27	Bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar*	21020		
28	Cuentas por pagar a Clínicas, Centros Médicos, Hospitales y otras instituciones de salud*	21020		
29	Honorarios Médicos por Pagar*	21020		
30	Cápita por pagar*	21020		
31	Cuentas por pagar empresas relacionadas*	21030		
32	Otras deudas con prestadores*	21020		
33	Cheques caducos a prestadores*	21020		
34	Total deudas con Prestadores de Salud (suma desde 27 a 33)			
35	Total deudas a cubrir con garantía (26 + 34)			
	Deudas Financieras y Otras deudas			
36	Otros Pasivos Financieros, Corrientes	21010		
37	Cuentas por Pagar comerciales y otras cuentas por pagar	21020		
38	Cuentas por Pagar Entidades Relacionadas, Corrientes	21030		
39	Pasivos por impuestos corrientes	21050		
40	Provisiones Corrientes por beneficios a los empleados	21060		
41	Cotizaciones por Regularizar*	21020		
42	Subsidios por Pagar con cargo al FUPF*	21020		
43	Otras Provisiones corrientes	21040		
44	Otros Pasivos no financieros corrientes	21070		
45	Pasivos incluidos en grupos de activos para su disposición clasificados como mantenidos para la venta	21072		
46	Total Deudas Financieras y Otras deudas (36 a 45)			
47	Total Pasivos Corrientes(35+46)	21000		
48	Otros Pasivos Financieros, no corrientes	22010		
49	Pasivos no corrientes	22020		

50	Cuentas por Pagar a Entidades Relacionadas, No Corrientes	22030		
51	Otras Provisiones No corrientes	22040		
52	Pasivo por Impuestos Diferidos	22050		
53	Provisiones no corrientes por beneficios a los empleados	22060		
54	Otros Pasivos no financieros no corrientes	22070		
55	Total Pasivos No Corrientes (Suma de 48 a 54)	22000		
56	Total Deuda (47+55)	20000		
57	Capital Pagado	23010		
58	Primas de emisión	23030		
59	Acciones Propias en cartera	23040		
60	Otras reservas	23060		
61	Otras participaciones en el patrimonio	23050		
62	Ganancias (Pérdidas) Acumuladas	23020		
63	Ganancias (Pérdidas) del Ejercicio	23070		
64	Dividendos Provisorios (-)	23071		
65	Total Patrimonio (suma 57 a 64)	23000		
(*) Los saldos de estas cuentas deben deducirse y presentarse por separado de aquellas que se encuentran incluidas en la F.E.F.I. e Informe Financiero Complementario				
(**) Códigos referenciales I.F.R.S.				

DETERMINACIÓN DE LOS INDICADORES DE PATRIMONIO Y LIQUIDEZ:⁵⁷

Indicador	Fórmula de cálculo	Montos (M\$)	Valor con al menos 11 decimales	Valor con 1 decimal
Patrimonio	Patrimonio Total Neto			
	Pasivo Corriente + Pasivo No Corriente			
Liquidez	Activo Corriente Neto + Instrumentos de largo plazo y de fácil liquidación +			

⁵⁷ Cuadro incorporado por la Circular IF/N°434, de 13 de junio de 2023

	(Garantía constituida - las boletas de garantía incluidas en ella)			
	Pasivo Corriente			

Nombre y firma
Gerente General

Fecha

Nombre y firma
Contador General

Determinación Déficit y Garantía por enterar (Eliminada)⁵⁸

Cuadro N°1	
Detalle	Monto (M\$)
Total Deudas a Cubrir con garantía según Anexo N°1	
(-)Monto déficit por Provisión de Prestaciones y SIL Ocurridos y no Liquidados y en Litigio (*) sujeto a cumplimiento gradual.	
Garantía efectiva a enterar en custodio durante el período de transición (**)	0
*Diferencia negativa entre modelo de provisión P.C.G.A (10 y 2%) y modelo I.F.R.S. En el Informe Financiero Complementario correspondiente a enero de los años 2013, 2014 y 2015 deberá ajustarse el déficit por los tercios que corresponda completar según la normativa vigente.	
* *Acorde a Carta enviada a Custodio	

Cuadro N°2	
Determinación déficit Provisiones (Eliminada)⁵⁹	Monto (M\$)
Provisión de Prestaciones y SIL Ocurridos y no Liquidados y en Litigio según I.F.R.S.	
Provisión de Prestaciones y SIL Ocurridos y no Liquidados y en Litigio según P.C.G.A.	
Déficit por Provisión de Prestaciones Ocurridas y no Liquidadas y en Litigio	0

⁵⁸ Cuadro eliminado por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

⁵⁹ Cuadro eliminado por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

Anexo N° 1 (formato) Información base para el cálculo de indicadores de patrimonio, garantía y liquidez

A. Notas Adjuntas⁶⁰

N° Secuencia	Nota Adjunta 1 Concepto deuda	Código FEFI de referencia	Monto (M\$)
20	Cheques caducos a beneficiarios por concepto de Reembolsos		
20	Cheques caducos a beneficiarios por concepto de Subsidios (incluye cheques caducos por SIL de empleadores públicos)		
23	Cheques caducos a beneficiarios por uso de excedentes o traspasos no cursados a otras Isapres		
25	Cheques caducos a beneficiarios por concepto de Devolución de excesos		
30	Cápita por pagar		
32	Otras deudas con prestadores		
33	Cheques caducos a prestadores		

N° Secuencia	Nota Adjunta 2 Conceptos Adicionales	Código FEFI de referencia	Monto (M\$)
	Descripción cuenta / Concepto partida		

N° Secuencia	Nota Adjunta 3 Composición sobregiro contable	Código FEFI de referencia	Monto (M\$)
1 ó 36	Reembolsos por pagar		

⁶⁰ Letra A, insertada por Circular IF/275, de 2016.

1 ó 36	Subsidios por pagar de cargo isapre		
1 ó 36	Excedentes de cotización		
1 ó 36	Devolución de cotizaciones percibidas en exceso (incluye dev. procesos masivos o dev. directas)		
1 ó 36	Pagos médicos por concepto de bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar		
1 ó 36	Cuentas por pagar a clínicas, centros médicos y otras instituciones de salud		
1 ó 36	Honorarios médicos por pagar		
1 ó 36	Cápita por pagar		
1 ó 36	Cuentas por pagar empresas relacionadas (afectas al indicador de garantía)		
1 ó 36	Otras deudas con prestadores		
1 ó 36	Otros pasivos no financieros corrientes		

N° Secuencia	Nota Adjunta 4 Distribución sobregiro contable	Código FEFI de referencia	Monto (M\$)
18	Reembolsos por pagar		
19	Subsidios por pagar de cargo isapre		
23	Excedentes de cotización		
25	Devolución de cotizaciones percibidas en exceso (incluye dev. procesos masivos o dev. directas)		
27	Pagos médicos por concepto de bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar		
28	Cuentas por pagar a clínicas, centros médicos y otras instituciones de salud		
29	Honorarios médicos por pagar		
30	Cápita por pagar		
31	Cuentas por pagar empresas relacionadas (afectas al indicador de garantía)		
32	Otras deudas con prestadores		
44	Otros pasivos no financieros corrientes		

Nombre y firma

Fecha

Nombre y firma

Gerente General

Contador General

B. Instrucciones de Llenado

Las isapres deberán informar los valores correspondientes a cada cuenta que compone el Informe Financiero Complementario para el cálculo de Indicadores Legales (Anexo N°1), ingresando los saldos mediante la aplicación informática denominada “Estados Financieros Estándar IFRS”, contenida en la red Extranet de esta Superintendencia, para cuyo acceso deberá emplearse el nombre del usuario y la clave de acceso asignada al administrador informado por cada isapre, conforme a lo instruido en la Circular IF 15/2005. Respecto al llenado, deberán considerarse las definiciones de las cuentas incluidas en el Anexo N° 2⁶¹.

C. Notas Adjuntas cuentas no definidas y ajustes⁶²

CUENTAS NO DEFINIDAS EN LA FEFI: Para las siguientes partidas, se deberá indicar el monto y código de la cuenta FEFI, en el que se incluyeron dichos conceptos, los que provienen de cuentas de origen que son representativas de obligaciones que constituyen el Estándar de Garantía.

De esta manera, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar el detalle de las partidas en la aplicación computacional correspondiente, que se encuentra dispuesta para su llenado en la Red Extranet de esta Superintendencia⁶³.

N° Secuencia	Nota Adjunta 1 ⁶⁴	Código FEFI de Referencia	Monto (M\$)
	Concepto Deudas		
20	Cheques caducos a Beneficiarios por concepto de Reembolsos		
20	Cheques caducos por concepto de Subsidios (incluye cheques caducos por concepto de SIL de empleadores públicos)		
23	Cheques caducos a Beneficiarios por uso de excedentes o traspasos no cursados a otras isapres		
25	Cheques caducos a Beneficiarios por concepto de Devolución de Excesos		
30	Cápita por pagar		
32	Otras deudas con prestadores		
33	Cheques caducos a prestadores		

⁶¹ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁶² Epígrafe modificado por Circular IF/275, de 2016.

⁶³ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁶⁴ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Asimismo, las instituciones de salud deberán reconocer y agregar al detalle de la nota explicativa, bajo el título denominado “Conceptos Adicionales” todas aquellas partidas contables, que representen ajustes a los saldos de las cuentas que se emplean en el cálculo y determinación del estándar de garantía. Lo anterior, a fin de esclarecer la composición de los saldos que se registran en el Informe Financiero Complementario –Anexo 1- y en la Ficha Económica y Financiera de Isapre.

N° Secuencia	Nota Adjunta 2 Conceptos Adicionales	Código FEFI de referencia	Monto (M\$)
	Descripción cuenta/Concepto/Partida		
Ej: 41	Copagos por devolución de órdenes de atención médica	21030	24

65

D. Tratamiento de Sobregiros Contables para la determinación del Estándar de Garantía y su presentación en el Anexo.

Esta Superintendencia ha resuelto pertinente aplicar un criterio de exposición uniforme, en relación a la cuenta sobregiro contable, con el propósito de disponer de toda la información básica y adicional que sea necesaria para una adecuada interpretación del origen de aquellas deudas, que expresamente estén relacionadas con beneficiarios y prestadores.

De esta manera, las Instituciones de Salud deberán presentar la composición de dicha partida en la aplicación computacional correspondiente, que se encuentra dispuesta en la Red Extranet de esta Superintendencia⁶⁵.

A modo de ejemplo, se citan las siguientes líneas como contenido mínimo de la nota:

N° Secuencia	Nota Adjunta 3 ⁶⁷	Código FEFI de Referencia	Monto (M\$)
	Composición Sobregiro Contable		
1 ó 36	Reembolsos por pagar		
1 ó 36	Subsidios por pagar de cargo de la Isapre		
1 ó 36	Excedentes de cotización		
1 ó 36	Devolución de cotizaciones percibidas en excesos (incluye dev. procesos masivos y dev. directas).		
1 ó 36	Pagos médicos por concepto de bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar		

⁶⁵ Último párrafo de la Nota Adjunta 1 y la Nota Adjunta 2, incorporados por Circular IF/275, de 2016.

⁶⁶ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁶⁷ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

1 ó 36	Cuentas por pagar a clínicas, centros médicos y otras instituciones de salud		
1 ó 36	Honorarios médicos por pagar		
1 ó 36	Cápita por pagar		
1 ó 36	Cuentas por pagar empresas relacionadas (afectas al indicador de garantía)		
1 ó 36	Otras deudas con prestadores		
1 ó 36	Otros pasivos no financieros corrientes		

Distribución de la cuenta Sobregiro Contable

Se debe advertir, que aquellos montos representativos de giros de cheques por deudas con beneficiarios y prestadores, que pueden formar parte de la cuenta Sobregiro Contable, en una situación de cierre de registro, serán cobrados por sus destinatarios.

Un criterio conservador indica que este tipo de sobregiros -en el evento que contenga partidas que se encuentran rebajadas de su cuenta de origen- deberán ser consideradas para determinar el Estándar de Garantía exigido, el que tendrá que ser equivalente a las obligaciones con los cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud.

En virtud de lo anterior, esta Superintendencia podrá efectuar las revisiones correspondientes y evaluar la situación particular de cada Isapre para mejor resolver, respecto a la exigencia de la distribución de dicha cuenta, situación que será expresamente comunicada a la Institución de Salud en relación del período sujeto a análisis.

Por consiguiente, en la eventualidad que se determine, mediante las fiscalizaciones que se practiquen, que una parte de los sobregiros, o bien, cualquier otra partida de los estados financieros, debió conformar el Estándar de Garantía, la Isapre deberá enterar un mayor valor por este concepto o el que corresponda, de acuerdo a las instrucciones específicas que imparta este Organismo de Control.

Cuando se tenga que informar la distribución de esta partida, se deberá constituir una nota explicativa que especifique en detalle los conceptos que conforman el saldo de la cuenta Sobregiro Contable, distinguiéndose principalmente, los montos representativos de deudas con beneficiarios y prestadores de salud.

A modo de ejemplo, se citan las siguientes líneas:

N° Secuencia	Nota Adjunta 4 ⁶⁸ Distribución sobregiro contable	Código FEFI de referencia	Monto (M\$)
18	Reembolsos por pagar		
19	Subsidios por pagar de cargo isapre		
23	Excedentes de cotización		

⁶⁸ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

25	Devolución de cotizaciones percibidas en exceso (incluye dev. procesos masivos o dev. directas)		
27	Pagos médicos por concepto de bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar		
28	Cuentas por pagar a clínicas, centros médicos y otras instituciones de salud		
29	Honorarios médicos por pagar		
30	Cápita por pagar		
31	Cuentas por pagar empresas relacionadas (afectas al indicador de garantía)		
32	Otras deudas con prestadores		
44	Otros pasivos no financieros corrientes		

Aquellos montos que no tengan relación alguna con los ítemes que componen la garantía, se deberán reagrupar en la cuenta “Otros pasivos no financieros corrientes”, línea 44, debiendo señalarse como referencia, el código representativo de la cuenta FEFI, correspondiente al ítem de mayor significancia, respecto del total del saldo de la partida.

Las Instituciones de Salud que, por instrucciones expresas de esta Superintendencia, deban informar la distribución de los sobregiros contables que se relacionan directamente con la determinación del estándar de garantía, deberán omitir la presentación de la Nota Adjunta “Composición del Sobregiro Contable”.

Anexo N° 2: Definiciones de Cuentas⁶⁹

N° 11 GARANTÍA: Registra el monto de los instrumentos financieros descritos en el artículo 181 del DFL N°1 de 2005, destinados a caucionar las obligaciones mantenidas con beneficiarios y prestadores de salud, valorizados según las normas vigentes que, para tales efectos, dicte la Superintendencia de Valores y Seguros. Corresponde a la cuenta FEFI 12010 “Otros Activos Financieros, no Corrientes”.

N° 15 INSTRUMENTOS DE LARGO PLAZO Y FÁCIL LIQUIDACIÓN: De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 180 del DFL N° 1, las isapres podrán considerar los instrumentos de largo plazo y de fácil liquidación, para efectos de determinar el indicador de liquidez a que se refiere el citado artículo. Corresponde a la cuenta FEFI 12010 “Otros Activos Financieros, no Corrientes”.

Los instrumentos que las isapres podrán considerar para la constitución del referido indicador de liquidez, corresponden a los definidos en las letras a), g), h), i), j), l) y m) del artículo 181 del DFL N° 1.

Adicionalmente, podrán considerarse otros instrumentos financieros o activos de largo plazo y de fácil liquidación, no incluidos en ninguna de las categorías definidas en las letras señaladas, previa autorización de la Superintendencia de Salud, para lo cual se deberán acompañar los antecedentes que correspondan.

⁶⁹ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Diversificación

Los instrumentos referidos podrán ser emitidos indistintamente por una o más instituciones emisoras.

DEUDAS CON LOS BENEFICIARIOS

N°17 BENEFICIOS POR PAGAR: Corresponde a las prestaciones por pagar e Incluye los siguientes conceptos:

N° 18 REEMBOLSOS POR PAGAR: Corresponde a la definición establecida para este concepto en la cuenta FEFI 21020 “Beneficios por Pagar”.

N° 19 SUBSIDIOS POR PAGAR DE CARGO DE LA ISAPRE: Corresponde a la definición establecida para el concepto “Subsidio por Pagar”, comprendido en la cuenta FEFI 21020 “Beneficios por Pagar”. Por ende, se deberá exceptuar el detalle de aquellos valores o cheques caducos por subsidios, así como los subsidios y cotizaciones previsionales que son cargo del FUPF. Estas últimas obligaciones deberán ser declaradas en la línea N° 42 del Anexo N° 1 denominada “Subsidios por pagar con cargo al FUPF”.

N° 20 CHEQUES CADUCOS A BENEFICIARIOS: Corresponde a los documentos girados por la isapre en virtud de obligaciones originadas con beneficiarios, por los conceptos señalados en los numerandos precedentes, que no han sido presentados a cobro en los plazos de caducidad correspondientes y respecto de los cuales no ha transcurrido el período de prescripción respectivo.

Respecto a los cheques caducos por concepto de licencias médicas, se deberán incorporar los documentos emitidos a nombre de los beneficiarios -cotizante o carga- empleadores públicos o empleadores privados en convenio, a excepción de aquellos que correspondan a subsidios que deban cancelarse con cargo al FUPF.

En nota adjunta, se deberá completar el código de la cuenta FEFI en la que se encuentra clasificada, según formato definido en la letra C del anexo 1, el cual se encuentra dispuesto como aplicación computacional para su llenado.

N° 21 PRESTACIONES Y SIL EN PROCESO DE LIQUIDACIÓN Y PRESTACIONES Y SIL OCURRIDOS Y NO LIQUIDADOS: Corresponde al monto de la provisión por aquellos beneficios y /o prestaciones que habiéndose materializado a la fecha de cierre de los estados financieros aún no han sido imputados a las partidas correspondientes dado que han ocurrido, pero no han sido reportados a la isapre o bien han ocurrido, han sido reportados, pero no han sido valorizados por la isapre. Ambos conceptos deben asimilarse a la definición establecida para la cuenta FEFI 21040 “Provisión de Prestaciones Ocurridas y no Liquidadas”.

N° 22 PRESTACIONES EN LITIGIO: Corresponde al monto de la provisión a la fecha de los Estados Financieros, que refleja exclusivamente los litigios y reclamaciones respecto de prestaciones de salud o subsidios sujetos a decisión administrativa o judicial, conforme a la definición establecida para este concepto en la cuenta FEFI 21040 “Provisión por Prestaciones en Litigio”.

N° 23 EXCEDENTES DE COTIZACIÓN: Corresponde a la definición establecida para este concepto en la cuenta FEFI 21020 “Excedentes de Cotización”. Deberán agregarse además, los cheques caducos por conceptos de traspasos de excedentes a otras isapres que se hubieran emitido por este concepto o usos destinados a cubrir reembolsos.

En nota adjunta, se deberá señalar el código de la cuenta FEFI en la cual se encuentran clasificados los cheques caducos por los conceptos detallados en el párrafo precedente, según formato definido en la letra C del Anexo 1, el cual se encuentra dispuesto como aplicación computacional para su llenado.

N° 24 COTIZACIONES PERCIBIDAS ANTICIPADAMENTE: Corresponde a las cotizaciones que fueron pagadas antes de la fecha legal establecida. La definición de este concepto se encuentra en la cuenta FEFI 21020 “Cotizaciones Anticipadas”.

N° 25 COTIZACIONES PERCIBIDAS EN EXCESO: Corresponde a la definición establecida para este concepto en la cuenta FEFI 21020. Se deberán incorporar además, los fondos que por cualquier medio de pago no han sido presentados a cobro dentro de los plazos de caducidad correspondientes y cuyo plazo general de prescripción definido en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil no se ha extinguido.”⁷⁰

DEUDAS CON PRESTADORES DE SALUD: Comprende las obligaciones derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los beneficiarios de la Institución de Salud e incluye las siguientes partidas:

N° 27 BONOS, ÓRDENES DE ATENCIÓN Y PROGRAMAS MÉDICOS POR PAGAR: Registra las obligaciones por prestaciones ocurridas, reportadas y valorizadas provenientes del desarrollo de operaciones propias de la isapre, respecto de los bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar. Corresponde a la definición establecida para este concepto en la cuenta FEFI 21020 “Cuentas por Pagar a Entidades Prestadoras de Salud”.

N° 28 CUENTAS POR PAGAR A CLÍNICAS, CENTROS MÉDICOS, HOSPITALES Y OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD: Comprende los compromisos adquiridos por la isapre con las entidades prestadoras de salud. Corresponde a las obligaciones por estos conceptos descritas en la cuenta FEFI 21020 “Cuentas por Pagar a Entidades Prestadoras de Salud”.

N°29 HONORARIOS MÉDICOS POR PAGAR: Corresponde a las obligaciones por este concepto que forman parte de la cuenta FEFI 21020 “Cuentas por Pagar a Entidades Prestadoras de Salud”.

N° 30 CÁPITA POR PAGAR: Registra las obligaciones con prestadores y otros terceros por prestaciones de salud otorgadas a beneficiarios de la isapre, mediante el sistema de capitación.

N° 31 CUENTAS POR PAGAR A EMPRESAS RELACIONADAS: Registra las obligaciones corrientes de la isapre con sus empresas relacionadas, originadas exclusivamente por prestaciones otorgadas a

⁷⁰ Circular IF/N° 226 de 2014.

beneficiarios de la isapre. Corresponde a la cuenta FEFI 21030 “Documentos y Cuentas por Pagar Empresas Relacionadas Corriente”.

Cabe hacer presente, que en la cuenta N° 37 “Cuentas por Pagar Comerciales y Otras Cuentas por Pagar” y N° 38 “Cuentas por Pagar Entidades Relacionadas, Corriente”, sólo deberán informarse las restantes obligaciones no consideradas en las cuentas N°28, 29, 30 y 31, citadas precedentemente.

N° 32 OTRAS DEUDAS CON PRESTADORES: Registra otras obligaciones no consideradas en las partidas definidas anteriormente, originadas exclusivamente por prestaciones otorgadas a beneficiarios de la isapre. Corresponde a la cuenta FEFI 21020 “Cuentas por Pagar a Entidades Prestadoras de Salud”.

En nota adjunta se deberá señalar el código de la cuenta FEFI en la que se encuentra clasificada, según formato definido en la letra C del Anexo 1, el cual se encuentra dispuesto como aplicación computacional para su llenado.

N° 33 CHEQUES CADUCOS A PRESTADORES: Registra los documentos girados por la isapre a nombre de los prestadores médicos, por los conceptos contenidos en las cuentas N° 28, 29 y 31, que no han sido presentados a cobro en los plazos de caducidad correspondientes y respecto de los cuales no ha transcurrido el período de prescripción respectivo. Corresponde a las cuentas FEFI 21020 “Cuentas por Pagar a Entidades Prestadoras de Salud” y 21030 “Documentos y Cuentas por Pagar Empresas Relacionadas Corriente”.

En nota adjunta se deberá señalar el código de la cuenta FEFI en la que se encuentra clasificada, según formato definido en la letra C del Anexo 1, el cual se encuentra dispuesto como aplicación computacional para su llenado.

Anexo N° 3: Estructura Computacional Archivo Maestro Informe Financiero Complementario [Eliminado]⁷¹

⁷¹ Derogado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013

Título III. Instrucciones relativas a la Garantía

1. Informe para el cálculo 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 el Título II del Capítulo III de este Compendio.

1.- Las Instituciones deberán remitir mensualmente el “Informe para el cálculo de Garantía” a esta 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 siguiente.⁷²

El correspondiente informe deberá completarse y remitirse mediante la Extranet de esta Superintendencia, conforme a la aplicación dispuesta para ello⁷³.

2.- Las isapres deberán elaborar mensualmente una carta dirigida a la Entidad de Custodia, cuyo formato mínimo ha sido definido por esta Superintendencia, destinada a comunicar en términos formales el monto de la Garantía Mínima a enterar. Copia de dicha carta deberá ser enviada a esta 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 festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente⁷⁴.

3.- 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 custodios 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.- 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.

5.- La isapre que no complete la garantía al día 20 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.

2. 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 cuyo efecto, se instruye el siguiente procedimiento.

1.- Las Instituciones que quieran hacer uso de esta opción que les confiere la ley, deberán remitir un informe detallado de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores, que serán pagadas con la garantía, señalando qué parte de los fondos en garantía se destinarán a cubrir dichas obligaciones.

⁷² Plazo modificado por la Circular IF N° 31, de 14 de noviembre de 2006.

⁷³ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁷⁴ Número reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

2.- El correspondiente informe deberá remitirse de acuerdo a la estructura y formato definido en el punto 4⁷⁵.

3.- La isapre deberá pagar dichas obligaciones dentro de un plazo de 20 días hábiles, contado desde el quinto día hábil de presentada la comunicación en esta Superintendencia. Luego, 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.

4.-⁷⁶ Con el objeto de hacer efectiva la facultad de las isapres de destinar parte de los fondos en garantía al pago de las obligaciones descritas en los números 1 y 2 del inciso primero, del artículo 181 del DFL N°1, las instituciones interesadas deberán remitir un archivo que contenga los datos necesarios para conformar el “Informe para Pago de Obligaciones con Fondos de la Garantía”, de acuerdo con las estructuras y definiciones que se presentan a continuación:

Definiciones Computacionales

Nombre de Archivo : Utilizar formato **icccAAAA.pps**, en donde:

iccc : “i” + Código de la Isapre

AAAA : Año de los datos

Pp : Período que se informa

S1 o S2 si es Semestral

T1, T2, T3, T4 si es Trimestral

01,02, 11, 12 si es Mensual

s : Carácter identificador de archivo

(**s** minúscula)

Periodicidad: De acuerdo al interés de las isapres, para destinar fondos de garantía al pago de obligaciones.

Estructura Computacional

Archivo de Deudas con Beneficiarios⁷⁷

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CODIGO ISAPRE	NUMÉRICO
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	NUMÉRICO

⁷⁵ Reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁷⁶ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁷⁷ Archivo destinado al pago de obligaciones con cargo a los fondos de la garantía

(03)	INDICADOR DE VALORIZACIÓN	ALFABÉTICO
(04)	RUT DEL COTIZANTE	NUMÉRICO
(05)	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUT DEL COTIZANTE	ALFANUMÉRICO
(06)	RUT DEL BENEFICIARIO CAUSANTE DE LA DEUDA	NUMÉRICO
(07)	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUT DEL BENEFICIARIO CAUSANTE DE LA DEUDA.	ALFANUMÉRICO
(08)	TIPO DE DEUDA	NUMÉRICO
(09)	TIPO DE LICENCIA MÉDICA	NUMÉRICO
(10)	TIPO DE DOCUMENTO DE RESPALDO	ALFABÉTICO
(11)	IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO DE RESPALDO	ALFANUMÉRICO
(12)	RUT DEL PRESTADOR	ALFANUMÉRICO
(13)	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUT DEL PRESTADOR	ALFANUMÉRICO
(14)	INDICADOR DE COTIZACIÓN DECLARADA	ALFABÉTICO
(15)	DESTINATARIO DEL PAGO	NUMÉRICO
(16)	RUT DEL DESTINATARIO DEL PAGO	NUMÉRICO
(17)	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUT DEL DESTINATARIO DEL PAGO.	ALFANUMÉRICO
(18)	NOMBRE DEL DESTINATARIO DEL PAGO	ALFANUMÉRICO
(19)	MONTO DE LA DEUDA	NUMÉRICO

Definiciones del Archivo de Deudas con los Beneficiarios

Deben informarse las obligaciones existentes con los beneficiarios, valorizadas a la fecha que se informa.

Se requiere un registro por cada pago que se genere a raíz de un mismo documento.

Ejemplo 1: En el caso de una deuda por licencia médica deberá informarse un registro para el pago del subsidio líquido total destinado al cotizante y otro registro para el pago de las cotizaciones previsionales destinadas a la entidad previsional pertinente.

Ejemplo 2: En el caso de subsidios por incapacidad laboral cobrados por una entidad pública o un empleador en convenio, deberá informarse un registro por cada licencia médica identificando al cotizante y como destinatario del pago a la respectiva entidad pública o empleador.

(01)	CODIGO DE ISAPRE	Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia. Campo numérico distinto de cero.
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Corresponde a la fecha a que se refiere la información que se envía. Campo numérico distinto de cero. Debe informarse de acuerdo con el formato DDMMAAAA, donde: DD = día MM = mes AAAA = año
(03)	INDICADOR DE VALORIZACIÓN	Campo No Aplicable, para efectos del “Informe para pago de Obligaciones con Fondos de Garantía” Debe informarse con un carácter “X”
(04)	RUT DEL COTIZANTE	Corresponde al número de RUT del cotizante titular del contrato de salud, sin incluir el dígito verificador. Campo numérico, distinto de cero.
(05)	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUT DEL COTIZANTE	Corresponde al dígito verificador del RUT del cotizante titular del contrato de salud, que entrega la rutina de verificación módulo 11. Campo alfanumérico, distinto de vacío, con valores 0, 1, 2, ..., 9 o “K”, según corresponda.
(06)	RUT DEL BENEFICIARIO CAUSANTE DE LA DEUDA	Corresponde al número de RUT del beneficiario causante de la deuda, sin incluir el dígito verificador. Si el causante es el mismo cotizante, se repite aquí el mismo número del campo (04). Campo numérico. Sólo para el caso de cargas sin identificación (recién nacidos) deberá informarse con valor cero “0”.
(07)	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUT DEL BENEFICIARIO CAUSANTE DE LA DEUDA.	Corresponde al dígito verificador del RUT del beneficiario causante de la deuda, que entrega la rutina de verificación módulo 11. Campo alfanumérico, distinto de vacío con valores 0, 1, 2, ..., 9 o “K”, según corresponda. Sólo para el caso de cargas sin identificación (recién nacidos), deberá informarse con un carácter “X”.

(08)	TIPO DE DEUDA	Indica el tipo de deuda a que se refiere el registro. Campo numérico, distinto de cero, con valores entre 1 y 5, según corresponda, donde: 1 = Subsidio por incapacidad laboral⁷⁸. 2 = Reembolso de boleta o factura, por atención de salud ambulatoria u hospitalaria, u orden de atención médica por devolver. 3 = Cotizaciones percibidas anticipadamente. 4 = Cotizaciones percibidas en exceso. 5 = Excedentes de cotizaciones.
(09)	TIPO DE LICENCIA MÉDICA	Campo No Aplicable, para efectos del “Informe para pago de Obligaciones con Fondos de Garantía” Debe informarse con un carácter “X”
(10)	TIPO DE DOCUMENTO DE RESPALDO	Identifica el tipo de documento que respalda la deuda. Campo alfabético, distinto de vacío, con valores L, B, F, O, C o X, según corresponda, donde: L = Licencia Médica B = Boleta de Servicios F = Factura O = Orden de Atención Médica C = Comprobante Pago de Cotizaciones X = Otro

⁷⁸ Con el valor “1” deberán informarse también las deudas por cotizaciones previsionales para pensión derivadas del Subsidio por Incapacidad Laboral. Las cotizaciones previsionales para salud, sólo deben informarse cuando se adeuden a terceros.

(11)	IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO DE RESPALDO	Corresponde a la identificación del documento que respalda la deuda. Si tipo de deuda = 1: corresponde a la identificación de la licencia médica. Si tipo de deuda = 2: corresponde al número de la boleta, factura u orden de atención médica. Si tipo de deuda = 3: corresponde al número de la planilla o del comprobante de pago de las cotizaciones. Si tipo de deuda = 4 ó 5: debe informarse con un carácter "X". Campo alfanumérico, distinto de vacío y distinto de cero.
(12)	RUT DEL PRESTADOR	Debe informarse cuando el tipo de deuda (campo 08) presenta valor "2". Corresponde al número de RUT del prestador, sin incluir el dígito verificador. Campo numérico. En cualquier otro caso, debe informarse con valor cero "0".
(13)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL PRESTADOR.	Corresponde al dígito verificador del RUT del prestador, que entrega la rutina de verificación módulo 11. Campo alfanumérico, distinto de vacío, con valores 0, 1, 2, ..., 9 o "K", según corresponda. Cuando el RUT del Prestador (campo 12) presenta valor "0", debe informarse con un carácter "X".
(14)	INDICADOR DE COTIZACIÓN DECLARADA	Debe informarse cuando el tipo de deuda (campo 08) presenta valor "1" y corresponda a cotizaciones previsionales. Campo alfabético, distinto de vacío, con valores D o N, donde: D: declarada y no pagada N: No declarada ni pagada⁷⁹. En cualquier otro caso, debe informarse con un carácter "X".

⁷⁹ Con el valor "N" deberán informarse las cotizaciones previsionales derivadas de Subsidios por Incapacidad Laboral que se encuentren pendientes de pago, incluyendo aquellas que no hayan sido pagadas porque no ha cesado el plazo legal para ello.

(15)	DESTINATARIO DEL PAGO	Identifica el tipo de destinatario. Campo numérico, distinto de cero, con valores entre 1 y 3, según corresponda, donde: 1 = Cotizante 2 = Entidad Previsional 3 = Empleador (público o privado)
(16)	RUT DEL DESTINATARIO DEL PAGO	Corresponde al número de RUT del destinatario del pago identificado en el campo 15, sin incluir el dígito verificador. Campo numérico, distinto de cero.
(17)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL DESTINATARIO DEL PAGO.	Corresponde al dígito verificador del RUT del destinatario del pago, que entrega la rutina de verificación módulo 11. Campo alfanumérico, distinto de vacío, con valores 0, 1, 2, 9 o "K", según corresponda.
(18)	NOMBRE DEL DESTINATARIO DEL PAGO	Corresponde al nombre completo del destinatario de la deuda a pagar. Campo alfanumérico, distinto de cero y distinto de vacío.
(19)	MONTO DEL PAGO	Corresponde al monto del pago que se abonará a las cuentas de "Deudas con Beneficiarios" Campo numérico.

Estructura Computacional

Archivo de Deudas con Prestadores de Salud⁸⁰

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CODIGO ISAPRE	NUMÉRICO
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	NUMÉRICO
(03)	RUT DEL PRESTADOR	NUMÉRICO
(04)	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUT DEL PRESTADOR	ALFANUMÉRICO
(05)	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR	ALFANUMÉRICO
(06)	TIPO DE DOCUMENTO QUE RESPALDA LA DEUDA	ALFANUMÉRICO
(07)	IDENTIFICACION DEL DCTO. QUE RESPALDA LA DEUDA	ALFANUMÉRICO
(08)	FECHA DEL DOCUMENTO QUE RESPALDA LA DEUDA	NUMÉRICO
(09)	IDENTIFICACION DEL COMPROBANTE DE PAGO	ALFANUMÉRICO
(10)	FECHA DEL COMPROBANTE DE PAGO	NUMÉRICO
(11)	MONTO TOTAL A PAGAR AL PRESTADOR	NUMÉRICO
(12)	MONTO TOTAL ABONADO AL PRESTADOR	NUMÉRICO
(13)	MONTO TOTAL ADEUDADO AL PRESTADOR	NUMÉRICO

Definiciones del Archivo de Deudas con Prestadores de Salud

Deben informarse las obligaciones que se pagarán o abonarán a los prestadores de salud a la fecha que se informa. Sólo deben informarse los pagos correspondientes a deudas originadas en prestaciones u atenciones médicas realizadas a beneficiarios de la isapre.

(01)	CODIGO ISAPRE	Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia. Campo numérico distinto de cero.
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Corresponde a la fecha a que se refiere la información que se envía. Campo numérico distinto de cero.

⁸⁰ Archivo destinado al pago de obligaciones con cargo a los fondos de la garantía

		Debe informarse de acuerdo con el formato DDMMAAAA, donde: DD = día MM = mes AAAA = año
(03)	RUT DEL PRESTADOR	Corresponde al número de RUT del prestador de salud acreedor de la deuda que se informa, sin incluir el dígito verificador. Campo numérico distinto de cero
(04)	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUT DEL PRESTADOR	Corresponde al dígito verificador del RUT del prestador de salud acreedor de la deuda que se informa, que entrega la rutina de verificación módulo 11. Campo alfanumérico distinto de vacío, con valores 0, 1, 2, ..., 9 o "K", según corresponda.
(05)	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR	Corresponde al nombre completo o razón social asociada al RUT del prestador de salud acreedor de la deuda que se informa. Campo alfanumérico distinto de cero y distinto de vacío.
(06)	TIPO DE DOCUMENTO QUE RESPALDA LA DEUDA	Identifica el tipo de documento que respalda la deuda. Campo alfabético, distinto de vacío, con valores B, F u O, según corresponda, donde: B = Boleta de Servicios F = Factura O = Otro
(07)	IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO QUE RESPALDA LA DEUDA	Corresponde a la identificación del documento que respalda la deuda, puede ser un número, código, etc. Campo alfanumérico distinto de cero y distinto de vacío.
(08)	FECHA DEL DOCUMENTO QUE RESPALDA LA DEUDA	Corresponde a la fecha de emisión del documento que respalda la deuda. Campo numérico distinto de cero. Debe informarse de acuerdo con el formato DDMMAAAA, donde: DD = día MM = mes AAAA = año

(09)	IDENTIFICACION DEL COMPROBANTE DE PAGO	Corresponde a la identificación del documento emitido por la isapre para dejar constancia del pago a realizar, puede ser un número, código, etc. Campo alfanumérico distinto de cero y distinto de vacío.
(10)	FECHA DEL COMPROBANTE DE PAGO	Corresponde a la fecha de emisión del documento emitido por la isapre para dejar constancia del pago a realizar. Campo numérico distinto de cero. Debe informarse de acuerdo con el formato DDMMAAAA, donde: DD = día MM = mes AAAA = año
(11)	MONTO TOTAL DEUDA CON EL PRESTADOR	Corresponde al monto total de la deuda reconocida a favor del prestador de salud. Campo numérico distinto de cero.
(12)	MONTO TOTAL ABONADO AL PRESTADOR	Corresponde al monto total abonado al prestador de salud, pagado en forma previa a la fecha que se informa. Campo numérico distinto de cero.
(13)	MONTO TOTAL A PAGAR	Corresponde al monto total que se pagará al prestador con abono a cuentas de "Deudas con Prestadores de Salud" Campo numérico distinto de cero.

3. Detalle de las obligaciones afectas a garantía

Con el propósito de cautelar el monto efectivo de las deudas que deben ser cubiertas con la garantía, el detalle de dichas sumas -consignadas en el Informe Financiero Complementario- se verificará mediante la implementación de inventarios operacionales.

Lo anterior no obsta, que este Organismo Fiscalizador disponga, cuando así lo requiera, de la conformación y/o solicitud de información complementaria que resulte significativa, para una adecuada revisión de la veracidad y composición de las cifras que conforman la garantía⁸¹.

Las isapres deberán generar y enviar mensualmente a la Superintendencia los siguientes archivos de información, cuyas características, estructura y contenido se establecen a continuación⁸².

I.- “Programas de Atención Médica, bonos y reembolsos”

II.- “Pagos realizados a Prestadores”

III.- “Secuencias Asociadas al Informe Complementario de deudas con Beneficiarios(as) y Prestadores de Salud”, identificadas con las letras A hasta la M.

La isapre será responsable de la información que ponga a disposición de esta Superintendencia sobre sus inventarios, por lo tanto, deberá adoptar las medidas de validación que garanticen la integridad y confiabilidad de los saldos correspondientes.

Para efectos de remitir estos archivos, se deberá emplear la red privada Extranet de esta Superintendencia, ubicada en el Portal Web Institucional. Si tras la validación de los archivos enviados, estos acusaran fallas o errores que los califiquen como “Rechazados”, la isapre deberá corregirlos y reenviarlos nuevamente hasta que se apruebe definitivamente el proceso. Estos archivos deberán ser remitidos mensualmente a esta Intendencia, a más tardar, el último día del mes siguiente al que se informa. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

I. “Programas de Atención Médica, bonos y reembolsos”

1. Características Generales del Archivo Maestro

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Programas de Atención Médica, bonos y reembolsos
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde: ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la isapre asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse “082”.
Características del Archivo	▪ Archivo plano

⁸¹ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁸² Mediante Circular IF/N°422 de 13.01.2023, se reemplazaron los párrafos tercero, cuarto y la totalidad del acápite “Modelos de Inventarios Computacionales para respaldar los ítems y saldos de las obligaciones con beneficiarios(as) y prestadores médicos afectos a garantía”, incluyendo los respectivos 8 archivos de modelos de Inventarios, por los actuales párrafos tercero, cuarto y quinto y los nuevos Archivos Maestros individualizados con los numerales I, II, y III.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
Información contenida en el Archivo	En este archivo debe registrarse la información de los programas médicos, bonos (órdenes de atención) y reembolsos del mes a informar, especificando el estado de tramitación en que se encuentra (aprobado, rechazado, devuelto, anulado o en trámite), y si se le determinó una bonificación. Se deberán informar los distintos estados por los cuales ha transitado cada programa de atención médica, bono o reembolso, en el periodo de información que se remite, independientemente de la condición final que éste haya obtenido, ya sea Aprobado, Rechazado, Devuelto, Anulado o En trámite. Lo anterior, hasta que el referido programa de atención médica, bono o reembolso alcance su estado final (aprobado y liquidado en el caso de los PAM, aprobado y pagado en el caso de bonos y reembolsos, rechazados o anulados).
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde a una prestación asociada a un documento (programa médico, bono, reembolso) y estado de tramitación.
Periodo de la información contenida en el Archivo	La información contenida en el archivo corresponde a los datos del mes que se está informando.
Tipo de Archivo	Mensual
Periodicidad del envío del Archivo	Mensual, último día hábil del mes siguiente al que se informa.

2. Estructura del Archivo Maestro

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Isapre	Numérico
02	Periodo de la información	Numérico
03	Tipo de documento	Numérico
04	Estado del documento	Numérico
05	Folio del documento	Numérico
06	Correlativo del documento	Numérico

07	Fecha de recepción del documento	Numérico
08	Fecha de gestión del documento	Numérico
09	Motivo del rechazo o anulación del documento	Alfanumérico
10	RUN Beneficiario(a)	Numérico
11	DV RUN Beneficiario(a)	Alfanumérico
12	RUT Prestador	Numérico
13	DV RUT Prestador	Alfanumérico
14	Código Prestación	Alfanumérico
15	Pertenencia del código	Numérico
16	Valor Facturado	Numérico
17	Valor Bonificado	Numérico
18	Monto Copago	Numérico
19	Monto sin cobertura	Numérico
20	Estado de liquidación	Numérico
21	Estado de pago	Numérico
22	Número de programa médico	Numérico
23	RUN Afiliado(a)	Numérico
24	DV RUN Afiliado(a)	Alfanumérico
25	Tipo de documento a cobro	Numérico
26	Folio del documento a cobro	Numérico
27	Fecha de emisión de documento a cobro	Numérico
28	Tipo de Estado	Numérico
29	Fecha de Ingreso	Numérico
30	Fecha de Egreso	Numérico

3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

ID	Nombre de Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre

2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre
3	Tipo de documento	Describe el tipo de documento que se está informando, de acuerdo a los siguientes valores posibles: 1 = Programa médico 2 = Bono 3 = Reembolso <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Valores posibles: 1, 2 y 3. <u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u> • Cuando en el campo 20 (Estado de liquidación), se informe 1 (liquidado con OA y/o reembolso emitido) o 4 (No Aplica), en este campo (N°3) se deberá informar el valor 2 o 3. • Cuando en el campo 20 (Estado de liquidación) se informe valor 2 (Liquidado sin OA y/o reembolso emitido) o 3 (No liquidado), en este campo se deberá informar el valor 1.
4	Estado del documento	Describe el estado de tramitación en que se encuentra el documento que se está informando. Se deben registrar todos los estados a los que ha estado asociado el documento en el mes que se informa, por lo que se informarán tantos registros como estados haya tenido este documento en el mes. Lo anterior, hasta que el documento que se está informando alcance su estado final, el que corresponde a: • Aprobado y Liquidado con OA y/o reembolso emitido (PAM) • Aprobado y pagado (Bonos y reembolsos) • Rechazados o Anulados (PAM, bonos y reembolsos). Si el documento se encuentra en Estado Devuelto o En trámite, debe informarse mensualmente hasta que alcance su estado final, independiente que no haya tenido cambios de estado en el mes que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1 = Aprobado 2 = Rechazado 3 = Devuelto

		4 = Anulado 5 = En trámite <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5.
5	Folio del documento	Corresponde al identificador único del documento que se informa. * Si en el campo 3 se informa valor 1, corresponde al folio asignado por la isapre, al programa médico ingresado. * Si en el campo 3 se informa valor 2, corresponde al correlativo o folio asignado, por la isapre, a la orden de atención médica relacionada con las prestaciones de salud bonificadas. * Si en el campo 3 se informa valor 3, corresponde al correlativo o folio asignado, por la isapre, al documento emitido como comprobante del reembolso para el beneficiario(a). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
6	Correlativo del documento	Corresponde al número correlativo interno asignado por la isapre al documento que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • En caso que la isapre no cuente con este dato, se debe informar cero.
7	Fecha de recepción del documento	Corresponde a la fecha en que el documento fue registrado en el sistema de la isapre o en su plataforma de gestión. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
8	Fecha de gestión del documento	Corresponde a la fecha en que el documento que se está informando ha sido aprobado, rechazado, devuelto o anulado. En caso que el documento informado se encuentre en trámite, debe registrarse el valor 18000101. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. Validadores de Consistencia con otros campos:

		• Si el campo 4 (Estado del documento) presenta valor 5 (En trámite), este campo debe registrar valor 18000101. • Si el campo 4 (Estado del documento) presenta valor 1 al 4, este campo debe registrar un valor distinto a 18000101 y menor o igual al periodo de información (campo 2).
9	Motivo del rechazo o anulación del documento	En caso que el documento que se está informando haya sido rechazado o anulado, debe registrarse en este campo la glosa que describa el motivo de su rechazo o anulación. En caso contrario, debe informarse en blanco. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • No debe exceder de 110 caracteres <u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u> • Si el campo 4 (Estado del documento) registra valor 1, 3 o 5, este campo debe informarse en blanco. • Si el campo 4 (Estado del documento) registra valor 2 o 4, este campo debe incluir el motivo de dicho estado.
10	RUN Beneficiario(a)	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario(a) (cotizante o carga) asociado al documento que se informa. En caso que el beneficiario(a) no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre. <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
11	DV RUN Beneficiario(a)	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario(a), aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 10 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. • Debe informarse siempre.
12	RUT Prestador	Corresponde al RUT del prestador asociado al documento que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de miles. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.

13	DV RUT Prestador	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Prestador, aplicando la rutina denominada Módulo 11. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. • Debe informarse siempre.
14	Código Prestación	Corresponde al código que identifica cada prestación de salud que está asociada al documento que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico. <u>Valores posibles:</u> • Los códigos indicados en el Arancel Fonasa de la Modalidad de Libre Elección, los Aranceles de Prestaciones de las Isapres informados a la Superintendencia, los códigos del Listado de Prestaciones Específicas del GES y los códigos identificados en forma taxativa en esta definición: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000 y 6400000.
15	Pertenencia del código	Indica si el código de la prestación bonificada pertenece al Arancel Fonasa, es propio de la Isapre, ha sido definido especialmente por esta Superintendencia o pertenece al listado de Prestaciones Específicas del GES. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se utilizará la siguiente codificación: 1 = Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA 2 = Código de la Prestación es propio del Asegurador 3 = Código de la Prestación definido por la Superintendencia 4 = Código de la Prestación pertenece al Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 1, 2, 3 y 4. • Debe informarse siempre.
16	Valor Facturado	En los casos que corresponda, se debe registrar el monto total en pesos que el prestador ha facturado o facturará por cada prestación de salud bonificada al beneficiario(a). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse solo en caso que corresponda, de lo contrario debe registrar valor cero.
17	Valor Bonificado	En los casos que corresponda, se debe registrar el monto total en pesos bonificado o que bonificará el asegurador, por cada prestación de salud respecto del documento informado. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico.

		• Debe informarse solo en caso que corresponda, de lo contrario debe registrar valor cero.
18	Monto Copago	En los casos que corresponda, se debe registrar la contribución que deberá efectuar el beneficiario(a) respecto de la prestación que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse solo en caso que corresponda, de lo contrario debe registrar valor cero.
19	Monto sin cobertura	En los casos que corresponda, se debe registrar el monto que es parte del copago que se encuentra sin cobertura. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse solo en caso que corresponda, de lo contrario debe registrar valor cero.
20	Estado de liquidación	Debe registrar el estado de liquidación del programa médico. Se entiende por liquidación la bonificación de acuerdo al plan de salud asociado al beneficiario(a). En caso que el registro informado corresponda a bono o reembolso, debe registrar el valor 4 "No aplica". Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1 = Liquidado con OA y/o reembolso emitido 2 = Liquidado sin OA y/o reembolso emitido 3 = No liquidado 4 = No aplica <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 1, 2, 3 y 4. • Debe informarse siempre. <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • En caso que el registro informado corresponda a bono o reembolso (campo 3 igual a 2 o 3), debe registrar el valor 4 "No aplica". • En caso que el registro informado no corresponda a bono o reembolso (campo 3 igual a 1), debe registrar el valor 1, 2 o 3.
21	Estado de pago	Se debe registrar el estado del pago asociado al bono o reembolso informado. El pago se refiere a la emisión del documento o transferencia electrónica, o cualquier otro medio que se utilice para cancelar la obligación con el prestador o el afiliado(a). En caso que el registro informado corresponda a programa médico, debe registrar el valor 5 "No aplica". Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:

		1 = Pagado 2 = Pendiente de pago por prescripción 3 = Pendiente de pago por caducación 4 = Pendiente de pago 5 = No aplica <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5. • Debe informarse siempre. <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • En caso que el registro informado corresponda a programa médico (campo 3 igual a 1), debe registrar el valor 5 “No aplica”. • En caso que el registro informado no corresponda a programa médico (campo 3 igual a 2 o 3), debe registrar el valor 1, 2, 3 o 4.
22	Número de programa médico	Corresponde al número del programa médico al cual está asociado el bono o reembolso que se informa. En caso que el registro informado corresponda a programa médico, debe repetir el mismo valor del campo 5, “Folio del documento”. Si el registro informado corresponde a un bono o reembolso ambulatorio, no asociado un programa médico, debe informarse cero en este campo. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • En caso que el registro informado corresponda a programa médico (campo 3 igual a 1), debe repetir el mismo valor del campo 5, “Folio del documento”. • En caso que el registro informado no corresponda a programa médico (campo 3 igual a 2 o 3), debe registrar el valor cero (0).
23	RUN Afiliado(a)	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del cotizante asociado al documento que se informa. En caso que el afiliado(a) no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre. <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.

24	DV RUN Afiliado(a)	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 23 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. • Debe informarse siempre.
25	Tipo de documento a cobro	Se debe registrar el tipo de documento que se está reembolsando. En caso que el registro informado no corresponda a un reembolso, se debe registrar el valor 3 "No Aplica". Los valores posibles son los siguientes: 1 = Factura 2 = Boleta de Servicios 3 = No Aplica <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Valores posibles: 1, 2 y 3. <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Se debe informar 1 (Factura) o 2 (Boleta de Servicios) si el campo 3 es igual a 3 (Reembolso). • Se debe informar 3 (No aplica) si el campo 3 es igual a 1 (Programa médico) o 2 (Bono).
26	Folio del documento a cobro	Corresponde al número de factura y/o boleta que se reembolsa. En caso que no corresponda a una solicitud de reembolso, se debe registrar el valor cero. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Se debe informar cero (0) si el campo 3 es igual a 1 (Programa médico) o 2 (Bono). • Se debe informar un número distinto de cero (0) si el campo 3 es igual a 3 (Reembolso).
27	Fecha de emisión de documento a cobro	Corresponde a la fecha en que el Prestador emitió el documento para reembolso. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.

		<u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Se debe informar 18000101 si el campo 3 es igual a 1 (Programa médico) o 2 (Bono). • Se debe informar una fecha distinta de 18000101 si el campo 3 es igual a 3 (Reembolso). Esta fecha debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 7.
28	Tipo de Estado	Indica si el estado de tramitación informado en el campo 4 corresponde al último estado de tramitación del mes que se está informando o se refiere a un estado intermedio de tramitación. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1 = Corresponde al último estado de tramitación del mes que se está informando 2 = No corresponde. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Valores posibles: 1 y 2
29	Fecha de Ingreso	Corresponde al día, mes y año en que el beneficiario(a) ingresó al recinto hospitalario, en relación al egreso o corte de cuenta que se informa. Formato AAAAMMDD donde: AAAA= año, MM=mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma, decimal o guión. <u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u> • Debe informarse siempre que el campo 22 informe el número de Programa Médico, si no debe informarse cero.
30	Fecha de Egreso	Corresponde al día, mes y año en que el beneficiario(a) egresó del recinto hospitalario o que se dio corte a la cuenta médica, según la parcialización que realice el prestador. Formato AAAAMMDD, donde: AAAA=año, MM=mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma, decimal o guión. <u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u> • Debe informarse siempre que el campo 22 informe el número de Programa Médico, si no debe informarse cero. • En caso de registrar un valor distinto de cero, la fecha informada en este campo debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 29 (Fecha de ingreso).

II. “Pagos realizados a Prestadores”

En este archivo, se debe registrar la información de los pagos realizados a los prestadores de salud al mes que se informa.

1. Características Generales del Archivo Maestro

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Pagos realizados a Prestadores
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCCAAAMM.EEE, donde: - s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” - CCC: código de la isapre asignado por la Superintendencia - AAAA: año que se informa - MM: mes que se informa - EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse “084”.
Características del Archivo	- Archivo plano - Código ASCII - Un registro por línea - Separador de campo carácter pipe () - Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
Información contenida en el Archivo	En este archivo se debe registrar la información actualizada correspondiente a los pagos realizados a cada prestador en el mes que se informa.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al detalle del pago realizado a un prestador. Deben informarse tantos registros como pagos se hayan realizado durante el mes que se informa.
Periodo de la Información contenida	La información contenida en el archivo corresponde a los datos del mes que se está informando.
Tipo de Archivo	Mensual
Periodicidad del envío del Archivo	Mensual, el último día hábil del mes siguiente al que se informa.

2. Estructura del Archivo Maestro

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Isapre	Numérico
02	Periodo de la Información	Numérico

03	RUT Prestador	Numérico
04	DV RUT Prestador	Alfanumérico
05	Fecha de pago	Numérico
06	Monto	Numérico
07	Folio de Factura	Numérico
08	N° Orden de atención/Bono	Numérico
09	Modalidad de pago	Alfanumérico
10	Descripción otra modalidad de pago	Alfanumérico
11	Folio del Documento de pago	Alfanumérico
12	Estado de Cobro	Numérico
13	Folio Factura Prepagada	Numérico
14	Monto Factura Prepagada	Numérico
15	N° de rendición/liquidación	Numérico
16	Monto Factura	Numérico
17	Montos Conciliación	Numérico
18	Descripción Conciliación	Numérico
19	Descripción otros motivos de Conciliación	Alfanumérico

3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

ID	Nombre de Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la Isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la Isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía, y que se encuentra descrita en las características del archivo "Información contenida en el Archivo". Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre.

3	RUT Prestador	Corresponde al RUT del prestador asociado al documento que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de miles. • Debe informarse siempre.
4	DV RUT Prestador	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número de RUT del Prestador, aplicando la rutina denominada Módulo 11. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. • Debe informarse siempre.
5	Fecha de pago	Corresponde a la fecha en que se realizó el pago Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
6	Monto	Corresponde al monto total, reflejado en pesos, pagado al prestador en el periodo que se informa. En caso que el monto informado <u>se encuentre facturado</u>, éste debe estar referido a la orden de atención que se informa. En caso que el monto informado <u>no se encuentre facturado</u>, es decir, se refiera a un prepago/anticipo no facturado, se debe informar el valor total del prepago/anticipo realizado en el periodo que se informa. Si se trata de un prepago facturado (amortización), el monto de ese prepago se debe registrar en el campo 14 (Monto Factura Prepagada). Cabe destacar que la suma total de este campo (monto) debe ser igual al valor total informado en el campo “Pago efectuado a Prestadores” del flujo de caja del Oficio Circular IF/N°25, del 5 de mayo de 2022, o las normas que lo reemplacen. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • El valor informado debe ser igual o mayor a cero. <u>Validación de consistencia con otros campos:</u> • Si el valor en el campo 14 (Monto Factura Prepagada) es mayor a cero (0), en este campo se debe informar cero (0). • Si en el campo 14 (Monto Factura Prepagada) se informa cero (0), este campo debe ser mayor a cero (0).
7	Folio de Factura	Corresponde al número de factura asociada al pago que se informa. Este campo se debe informar siempre que no se trate de un prepago facturado.

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validación de consistencia con otros campos:</u> • Si el valor informado en el campo N°9 (Modalidad de Pago) es 5 (Prepago/Anticipo a Prestadores), el valor a informar debe ser cero (0). • Si el valor informado en el campo N°9 (Modalidad de Pago) es distinto de 5 (Prepago/Anticipo a Prestadores), se debe registrar en este campo un valor distinto de cero (0).
8	N° Orden de atención/Bono	Corresponde al número de orden de atención o bono, incluido en cada factura. En caso que no exista factura (prepago no facturado), este campo debe ser cero. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validación de consistencia con otros campos:</u> • Si el valor informado en el campo 7 (Folio de Factura) y campo 13 (Folio Factura Prepagada) es cero (0), se debe informar valor cero (0). • Si el valor informado en el campo 7 (Folio de Factura) o 13 (Folio Factura Prepagada) es mayor a cero (0), el valor informado en este campo debe ser mayor a cero (0).
9	Modalidad de pago	Corresponde a la modalidad de pago empleada por la isapre para el pago de la deuda, ya sea con operaciones de flujo de dinero o por rebaja de deuda por prepagos (anticipos), notas de crédito u otro. Los valores posibles son: 1 = Transferencia Electrónica 2 = Depósito bancario 3 = Vale Vista u orden de pago sucursal bancaria 4 = Cheque 5 = Prepago/Anticipo a Prestadores 6 = Otro <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1, 2, 3, 4, 5 y 6.
10	Descripción modalidad de pago otra	Debe especificar el tipo de pago, cuando en el campo N°9 haya registrado el valor 6 "Otro". <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres

		<u>Validación de consistencia con otros campos:</u> • Debe informarse solamente cuando el campo N°9 (Modalidad de Pago) tenga valor 6 (Otro), en caso contrario debe informarse cero (0).
11	Folio del Documento de pago	Este campo corresponde al número de la transferencia bancaria, depósito bancario, vale vista, cheque, anticipo de prestadores y otra modalidad de pago. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre
12	Estado de Cobro	Corresponde al estado de cobro efectivo del pago que se está informando (campo 9). Los valores posibles son: 1. Cobrado 2. Pendiente de cobro <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1 y 2
13	Folio Factura Prepagada	Corresponde al número de factura que rebaja un prepago/anticipo (amortización), efectuado con anterioridad al prestador. Sólo aplica si la Isapre realizó previamente un prepago a prestador por prestaciones futuras. En caso contrario, se debe informar valor cero (0). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • El valor informado debe ser igual o mayor a cero <u>Validación de consistencia con otros campos:</u> • Si el valor en el campo N°6 (Monto) es mayor a cero (prepago no facturado o pago de una factura), en este campo se debe informar cero (0). • Si el valor informado en el campo N°9 (Modalidad de Pago) es distinto a 5 (Prepago/Anticipo a Prestadores), el valor a informar debe ser cero (0).
14	Monto Factura Prepagada	Corresponde al detalle del monto asociado a la factura Prepagada informada en el campo 13. Sólo aplica si la Isapre realizó previamente un prepago a prestador por prestaciones futuras. Este monto debe estar referido a la orden de atención que se informa en el campo 8 (N° Orden de atención/Bono). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • El valor informado debe ser igual o mayor a cero

		<u>Validación de consistencia con otros campos:</u> • Si el valor en el campo N°6 (Monto) es mayor a cero (0), en este campo se debe informar cero (0). • Si el valor informado en el campo N°9 (Modalidad de Pago) es distinto a 5 (Prepago/Anticipo a Prestadores), el valor a informar debe ser cero (0).
15	N° de rendición/liquidación	Corresponde al folio interno asignado por la Isapre en la recepción de la respectiva cobranza, rendición o Facturación. En el caso de Prepago/Anticipo (amortización), la Isapre debe informar el folio del Voucher contable. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • El valor informado debe ser igual o mayor a cero.
16	Monto Factura	Corresponde al monto asociado a la factura informada en el campo 7 (Folio de Factura). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • El valor informado debe ser igual o mayor a cero.
17	Montos Conciliación	Corresponde a partidas conciliatorias entre el monto facturado rendido y el monto efectivamente pagado (Copago IMED, descuentos, nota de crédito, prepago/anticipos). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores negativos, positivos o iguales a cero <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • El monto informado en este campo debe ser menor o igual al monto informado en el campo 16 (Monto Factura).
18	Descripción Conciliación	Corresponde a la descripción de los montos informados por la isapre en el campo 17. Los valores posibles son: 1 = Copago IMED 2 = Descuentos 3 = Nota de Crédito 4 = Prepago/Anticipo (amortización) 5 = Otros <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles 1, 2, 3, 4 y 5.
19	Descripción Otros motivos de Conciliación	Debe especificar el motivo cuando en el campo 18 haya registrado el valor 5 "Otros".

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Si el campo 18 (Descripción Conciliación) registra valor 5 (Otros), este campo debe ser distinto de cero (0). Si el campo 18 (Descripción Conciliación) registra valores 1, 2, 3 o 4, en este campo se debe registrar cero (0).

III. “Secuencias Asociadas al Informe Complementario de deudas con Beneficiarios(as) y Prestadores de Salud”

En los archivos que se definen a continuación, debe registrarse la deuda acumulada al mes que se informa, reconocida para beneficiarios(as) y prestadores de salud, según corresponda, la cual debe coincidir exactamente con el valor registrado en la secuencia respectiva en el informe complementario.

Las estructuras descritas a continuación, hacen referencia a las siguientes secuencias del informe complementario:

Identificación secuencia del Inventario	Extensión
A. Secuencia N° 18 “Reembolsos por pagar”.	085
B. Secuencia N° 19 “Subsidios por pagar de cargo de la isapre”.	086
C. Secuencia N° 20 “Cheques caducos a beneficiarios(as)”.	087
D. Secuencia N° 23 “Excedentes de cotización”.	088
E. Secuencia N° 24 “Cotizaciones percibidas anticipadamente”.	089
F. Secuencia N° 25 “Cotizaciones percibidas en exceso” (no incluye montos por cheques caducos).	090
G. Secuencia N° 27 “Bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar”	091
H. Secuencia N°28 “Cuentas por Pagar a Clínicas, Centros Médicos, Hospitales y Otras instituciones de Salud”	092
I. Secuencia N°29 “Honorarios Médicos por Pagar”	093
J. Secuencia N°30 “Cápita por Pagar”	094
K. Secuencia N°31 “Cuentas por Pagar Empresas Relacionadas”	095
L. Secuencia N°32 “Otras Deudas con Prestadores”	096
M. Secuencia N° 33 “Cheques caducos a prestadores”.	097

1. Características Generales de estos Archivos Maestros

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Secuencias Asociadas al Informe Complementario de deudas con Beneficiarios(as) y Prestadores de Salud.
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCCAAAAMM.EEE, donde: - s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" - CCC: código de la isapre asignado por la Superintendencia - AAAA: año que se informa - MM: mes que se informa - EEE: extensión que identifica al archivo, el cual se indica en cada secuencia.
Características del Archivo	- Archivo plano - Código ASCII - Un registro por línea - Separador de campo carácter pipe () - Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	En este archivo se debe registrar la información actualizada de las obligaciones garantizadas con beneficiarios(as) y prestadores de salud en el mes que se informa.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al detalle de las obligaciones con beneficiarios(as) y prestadores de salud. Deben informarse tantos registros como obligaciones se encuentren garantizadas durante el mes que se informa.
Periodo de la Información contenida	La información contenida en el archivo corresponde a los datos del mes que se está informando.
Tipo de Archivo	Mensual
Periodicidad del envío del Archivo	Mensual, el último día hábil del mes siguiente al que se informa.

Nota: Si una secuencia del Informe Complementario no presenta saldo deberá señalarse sin información.

A. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 18 "Reembolsos por pagar".

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUN Afiliado(a)	Numérico
4	Dígito Verificador RUN Afiliado(a)	Alfanumérico
5	Identificación Afiliado(a)	Alfabético

6	Tipo de Reembolso	Numérico
7	Monto Total Prestación (es)	Numérico
8	Monto Total Bonificación	Numérico
9	Folio Solicitud de Reembolso	Numérico
10	Fecha Recepción Solicitud Reembolso	Numérico
11	Fecha Visación o Autorización	Numérico
12	Fecha Liquidación Reembolso	Numérico
13	Código Cuenta Interna	Numérico
14	Código Secuencia Informe Complementario	Numérico
15	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico
16	RUT Prestador	Numérico
17	Dígito Verificador RUT Prestador	Alfanumérico
18	Identificación del Prestador	Alfanumérico
19	Motivo de reembolso pendiente de pago	Numérico
20	Descripción otros motivos de reembolso pendiente de pago	Alfanumérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía, y que se encuentra descrita en las características del archivo "Información contenida en el Archivo". Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre
3	RUN Afiliado(a)	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del afiliado(a) (cotizante titular del contrato) asociado al documento que se informa. En caso que el afiliado(a) no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre.

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre. <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud
4	Dígito Verificador RUN Afiliado(a)	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del afiliado(a) (cotizante titular del contrato), aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre
5	Identificación Afiliado(a)	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre
6	Tipo de Reembolso	Indica el tipo de reembolso que se está informando. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deben utilizar los siguientes valores: 1: Reembolso ambulatorio 2: Reembolso hospitalario <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1 y 2 • Debe informarse siempre
7	Monto Total Prestación (es)	Corresponde al monto total de la (s) prestación (es) incluidas en el documento presentado a reembolso. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe ser mayor a cero (0) • Debe informarse siempre
8	Monto Total Bonificación	Corresponde al monto total de la bonificación otorgada por la Isapre, según el plan de salud contratado por el afiliado(a). Si el documento presentado a reembolso no tiene bonificación, debe informarse valor cero. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, mayor o igual a cero (0) • Debe informarse siempre

		<u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u> La sumatoria de los valores informados en este archivo, para este campo, debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°18 del Informe Complementario del mes que se informa.
9	Folio Solicitud de Reembolso	Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario(a). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico. - Debe ser mayor a cero (0) - Debe informarse siempre. <u>Validador de consistencia con otros archivos:</u> - El folio registrado debe haber sido informado en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de esta Superintendencia.
10	Fecha Recepción Solicitud Reembolso	Corresponde a la fecha de recepción de la solicitud del reembolso por parte de la isapre. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico. - Debe informarse siempre. - Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta a 18000101.
11	Fecha Visación o Autorización	Corresponde a la fecha en que la isapre autorizó la solicitud de reembolso. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Debe informarse siempre - Debe ser mayor o igual a la fecha informada en campo 10 - Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2.
12	Fecha Liquidación Reembolso	Corresponde a la fecha de liquidación del reembolso. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Debe informarse siempre - Debe ser mayor o igual a la fecha informada en campo 11 - Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2.
13	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por concepto de reembolsos por pagar. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Debe informarse siempre - Debe ser mayor a cero (0).
14	Código secuencia	Debe registrar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.

	Informe Complementario	<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 18.
15	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 13. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
16	RUT Prestador	Corresponde al Rol Único Tributario (RUT), del prestador asociado al documento que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre
17	Dígito Verificador RUT Prestador	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Prestador, aplicando la rutina denominada Módulo 11. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre
18	Identificación del Prestador	Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre
19	Motivo de reembolso pendiente de pago	Se debe registrar el motivo por el cual el reembolso se encuentra pendiente de pago. El pago se refiere a la emisión del documento o transferencia electrónica, o cualquier otro medio que se utilice para cancelar la obligación con el prestador o el afiliado(a). Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1 = En proceso de pago 2 = Pendiente de pago por prescripción 3 = Pendiente de pago por caducidad. 4 = Otros <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1, 2, 3 y 4 • Debe informarse siempre.
20	Descripción otros motivos de reembolso	Debe especificar el motivo por el cual el reembolso se encuentra pendiente de pago, cuando en el campo N°19 haya registrado el valor 4 "Otros". <u>Validadores Técnicos del campo:</u>

	pendiente de pago	• Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Debe informarse solamente cuando el campo N°19 tenga valor 4 (Otros), en caso contrario debe informarse cero (0).

Nota: Por cada afiliado(a) deben informarse la totalidad de boletas o facturas presentadas a la isapre, en forma separada.

B. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 19 “Subsidios por pagar de cargo de la isapre”.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUN cotizante o beneficiario(a) cotizante	Numérico
4	Dígito Verificador RUN cotizante o beneficiario(a) cotizante	Alfanumérico
5	Identificación cotizante o beneficiario(a) cotizante	Alfanumérico
6	RUT Empleador	Numérico
7	Dígito Verificador RUT Empleador	Alfanumérico
8	Color o tipo de licencia médica	Alfabético
9	Número de licencia médica	Numérico
10	Tipo de licencia	Numérico
11	Calidad del Trabajador	Numérico
12	Fecha Autorización	Numérico
13	Monto Subsidio	Numérico
14	Monto Cotizaciones Previsionales AFP	Numérico
15	Monto Cotizaciones Previsionales Salud	Numérico
16	Monto Seguro Cesantía y Desahucio	Numérico
17	Tipo de pago	Numérico
18	Código Cuenta Interna	Numérico
19	Código Secuencia Informe Complementario	Numérico
20	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico
21	Código Institución Previsional	Numérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía, y que se encuentra descrita en las características del archivo "Información contenida en el Archivo". Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUN cotizante o beneficiario(a) cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del cotizante o beneficiario(a) cotizante asociado al documento que se informa. En caso que el cotizante o beneficiario(a) cotizante no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma, decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador RUN cotizante o beneficiario(a) cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del cotizante o beneficiario(a) cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre.
5	Identificación cotizante o	Debe consignarse el nombre y apellidos del cotizante o beneficiario(a) cotizante.

	beneficiario(a) cotizante	<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	RUT Empleador	Corresponde al número de RUT del empleador informado en la licencia médica, sin incluir punto y dígito verificador. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
7	Dígito Verificador RUT Empleador	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Empleador, aplicando la rutina denominada Módulo 11. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
8	Color o tipo de licencia médica	Corresponde al color o tipo de la licencia médica. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar la siguiente codificación: C: Café V: Verde E: Electrónica <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Valores posibles: C, V y E • Debe informarse siempre.
9	Número de licencia médica	Corresponde al folio que identifica la licencia médica. <u>Validadores Técnicos:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre.
10	Tipo de licencia	Indica el tipo de licencia de que se trata, y que es de cargo de la Isapre. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1: Enfermedad o accidente común. 2: Prórroga medicina preventiva. 7: Patología del embarazo. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1, 2 y 7 • Debe informarse siempre.
11	Calidad del Trabajador	Debe registrar la calidad del trabajador informado en la licencia. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1: Trabajador sector público afecto a la Ley N°18.834 2: Trabajador sector público no afecto a la Ley N°18.834 3: Trabajador dependiente sector privado. 4: Trabajador independiente.

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1, 2, 3 y 4 • Debe informarse siempre.
12	Fecha Autorización	Corresponde a la fecha en que licencia médica fue autorizada (Contraloría Médica, COMPIN o SUSESO). Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo fecha • Debe informarse siempre.
13	Monto Subsidio	Corresponde al monto de las obligaciones por pagar por concepto de subsidio por incapacidad laboral originado por la licencia médica de cargo de la Isapre. <u>Validadores Técnicos el campo:</u> • Campos de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo en el campo N°13, N°14, N°15 y N°16 debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°19 del informe complementario del mes que se informa.
14	Monto Cotizaciones Previsionales AFP	Corresponde al monto de las obligaciones por pagar por concepto de cotizaciones previsionales para pensiones, originado por la licencia médica de cargo de la Isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campos de tipo numérico • Saldo mayor o igual que 0 • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo en el campo N°13, N°14, N°15 y N°16 debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°19 del informe complementario del mes que se informa.
15	Monto Cotizaciones Previsionales Salud	Corresponde al monto de las obligaciones por pagar por concepto de cotizaciones previsionales para salud, originado por la licencia médica de cargo de la Isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campos de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo en el campo N°13, N°14, N°15 y N°16 debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°19 del informe complementario del mes que se informa.

16	Monto Seguro y Cesantía y Desahucio	Corresponde al monto de las obligaciones por pagar por concepto de seguro de cesantía originado por la licencia médica de cargo de la Isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campos de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo en el campo N°13, N°14, N°15 y N°16 debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°19 del informe complementario del mes que se informa.
17	Tipo de pago	Corresponde a la modalidad de pago. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1: Empleador Público 2: Empleador Privado en Convenio 3: Privado sin Convenio <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1, 2 y 3 • Debe informarse siempre.
18	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones generadas tanto por concepto de subsidios por pagar y sus correspondientes cotizaciones provisionales. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
19	Código Secuencia Informe Complementario	Debe registrar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 19.
20	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 18 <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
21	Código Institución Previsional	Corresponde al número de identificación de la Institución Previsional a la que se encuentra afiliado(a) el cotizante de la licencia médica que se informa. En el caso de las AFP deberá usarse la codificación que asigna la Superintendencia de Pensiones. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico

		- Valores posibles: Si corresponde a una AFP, deberá usarse la codificación que asigna la Superintendencia de Pensiones. En caso de tratarse de una entidad distinta a ellas, deberá utilizarse -cualquiera sea el caso- el código 999 - Debe informarse siempre.

Nota: Por cada afiliado(a) deben informarse la totalidad de licencias médicas que figuren en el saldo de la deuda, en forma separada.

C. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 20 “Cheques Caducados a Beneficiarios(as)”.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUN Destinatario(a)	Numérico
4	Dígito Verificador RUN Destinatario(a)	Alfanumérico
5	Identificación Destinatario(a)	Alfanumérico
6	Número del Documento	Alfanumérico
7	Monto del Documento	Numérico
8	Fecha de Emisión	Numérico
9	Concepto Giro	Numérico
10	Fecha Última Revalidación	Numérico
11	Fecha Última Caducidad	Numérico
12	Código Cuenta Interna	Numérico
13	Código Secuencia Informe Complementario	Numérico
14	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico
15	Folio de Operación	Numérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Debe informarse siempre

		No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía, y que se encuentra descrita en las características del archivo "Información contenida en el Archivo". Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - No debe utilizarse carácter separador de dígitos - Debe informarse siempre.
3	RUN Destinatario(a)	Corresponde al número de RUN del destinatario(a) del documento sin incluir punto y dígito verificador. En caso que el destinatario(a) no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - No debe utilizarse carácter separador de dígitos - Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> - Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador RUN Destinatario(a)	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Destinatario(a), aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo alfanumérico - Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X - Debe informarse siempre.
5	Identificación Destinatario(a)	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a) o razón social, según corresponda. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo alfabético. - Debe informarse siempre.
6	Número del Documento	Debe registrarse el número del documento caduco (cheque, Vale Vista u otro). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo Alfanumérico - No debe utilizarse punto o coma separador de miles - Debe informarse siempre.
7	Monto del Documento	Debe registrarse el monto del documento (cheque, Vale Vista u otro). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - No debe utilizarse punto o coma separador de miles - Debe informarse siempre

		<u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°20 del informe complementario del mes que se informa.
8	Fecha Emisión de	Debe registrarse la fecha de emisión del documento. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> - Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta a 18000101.
9	Concepto Giro	Indica el concepto por el cual fue girado el documento. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1: Reembolsos por pagar 2: Subsidio por incapacidad laboral <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Valores posibles: 1 y 2 - Debe informarse siempre.
10	Fecha Última Revalidación	Corresponde a la última fecha en que la isapre revalidó el documento. En caso de no haberse efectuado revalidación alguna, debe registrar el valor 18000101. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> - Debe ser mayor a la fecha informada en campo 8 o 18000101.
11	Fecha Última Caducidad	Corresponde a la última fecha en que se caducó el documento. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> - Debe ser mayor a la fecha informada en el campo 8.
12	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados los documentos caducados, de acuerdo al concepto de origen.

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
13	Código Secuencia Informe Complementario	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 20.
14	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12 <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
15	Folio de Operación	Corresponde al número de licencia médica o folio solicitud de reembolso con el cual se identificó la operación en los inventarios de deuda de origen; que a su vez genera el documento caduco que se está informando. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.

D. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 23 “Excedentes de Cotización”

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUN Cotizante	Numérico
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	Alfanumérico
5	Identificación Afiliado(a)	Alfanumérico
6	Saldo Contable Acumulado Mes Anterior	Numérico
7	Excedente Generado	Numérico
8	Reajuste	Numérico
9	Interés	Numérico
10	Comisión	Numérico
11	Usos	Numérico
12	Trasposos de excedentes desde otras isapres	Numérico

13	Trasposos de excedentes hacia otras isapres	Numérico
14	Saldo contable Mes Actual	Numérico
15	Saldo disponible Mes Actual	Numérico
16	Vigencia Cotizante	Numérico
17	Período No Vigencia	Numérico
18	Institución de Destino	Numérico
19	Código Cuenta Interna	Numérico
20	Código Secuencia Informe Complementario	Numérico
21	Anualidad del Contrato	Numérico
22	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico
23	Monto por reintegro de la Devolución Masiva de excedentes	Numérico
24	Otros Ajustes	Numérico
25	Monto Devolución Masiva Anual	Numérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUN Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del afiliado(a) (cotizante o titular del contrato) asociado al documento que se informa. En caso que el cotizante no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión

		- No debe utilizarse carácter separador de dígitos - Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> - Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo alfanumérico - Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X - Debe informarse siempre.
5	Identificación Afiliado(a)	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo alfabético - Debe informarse siempre.
6	Saldo Contable Acumulado Mes Anterior	Corresponde al saldo contable acumulado de la cuenta corriente del mes anterior. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Saldo mayor o igual que cero - Debe informarse siempre.
7	Excedente Generado	Monto de los excedentes generados en el mes actual. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Debe informarse siempre - Debe ser mayor o igual que cero (0).
8	Reajuste	Corresponde al monto en pesos que resulta de la aplicación, al saldo contable, de la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor. Cuando la variación aplicada corresponda a un valor negativo, el monto deberá informarse antecedido por un signo menos. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Si el monto rebaja el monto de excedentes, debe informarse con signo negativo - Debe informarse siempre.
9	Interés	Monto del interés generado en el mes actual. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Valor mayor o igual que cero (0)

		• Debe informarse siempre.
10	Comisión	Monto de la comisión generada en el mes actual. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor menor o igual que cero (0) • Debe informarse siempre.
11	Usos	Monto de los usos de excedentes en el mes actual. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Valor menor o igual que cero (0) • Debe informarse siempre.
12	Trasposos de excedentes desde otras isapres	Monto de los excedentes recibidos desde otras isapres en el mes actual. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
13	Trasposos de excedentes hacia otras isapres	Monto de los excedentes traspasados hacia otras isapres en el mes actual. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor menor o igual a cero • Debe informarse siempre.
14	Saldo contable Mes Actual	Saldo contable de la cuenta corriente determinado para el mes actual. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°23 del informe complementario del mes que se informa.
15	Saldo disponible Mes Actual	Saldo disponible de la cuenta corriente determinado para el mes actual. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
16	Vigencia Cotizante	En este campo se debe informar si el titular de la cuenta corriente se encuentra o no vigente en el mes que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:

		1: Vigente. 2: No Vigente. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 1 y 2 • Debe informarse siempre.
17	Período No Vigencia	Corresponde al mes y año a partir del cual el titular de la cuenta corriente de excedentes figura sin vigencia en la isapre. Este campo debe completarse en el caso de los titulares de las cuentas corrientes de excedentes que se encuentren no vigentes. En caso contrario, debe registrar 180001. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u> • Si el campo 16 (Vigencia Cotizante) registra valor 1, este campo debe registrar un valor igual a 180001 • Si el campo 16 (Vigencia Cotizante) registra valor 2, este campo debe registrar un valor distinto a 180001.
18	Institución de Destino	Respecto de los titulares de cuentas corrientes que tengan la calidad de no vigentes, deberá informar la institución de salud de destino (Isapre o Fonasa), señalada al desafiliarse. 63: Isalud 67: Colmena 76: Fundación 78: Cruz Blanca 80: Vida Tres 81: Nueva Masvida 94: Cruz del Norte 99: Banmédica 107: Consalud 108: Esencial 200: Fonasa 00: Sin institución informada <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: los códigos asignados a cada isapre, y 00 en caso que no tenga asociada una institución • Debe informarse siempre.
19	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados los excedentes de cotización.

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
20	Código Secuencia Informe Complementario	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 23.
21	Anualidad del Contrato	Corresponde a la identificación del mes de suscripción del contrato de salud, sin perjuicio de un posterior cambio del mes de anualidad, que eventualmente podrían acordar las partes contratantes. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA = año, MM = mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre.
22	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 19 <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
23	Monto por reintegro de la Devolución Masiva de excedentes	Corresponde al monto en pesos por reintegro de la devolución masiva de excedentes por documentos no cobrados o transferencias rechazadas, del cotizante que se está informando. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
24	Otros ajustes	Corresponde al monto en pesos de otros movimientos de ajustes positivos o negativos distintos de una generación o uso, por ejemplo errores de cálculo; error de imputación de excedentes por corresponder a otro titular; duplicidad de abonos; error en la clasificación de cotizaciones; error en imputación de gratificaciones, y las demás situaciones contempladas en la normativa vigente. Si no existen otros ajustes deberá informarse cero (0). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.

25	Monto Devolución Masiva Anual	Corresponde al monto en pesos por el pago en la devolución masiva de excedentes, al cotizante que se está informando. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor menor o igual que cero • Debe informarse siempre.

E. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N°24 “Cotizaciones Percibidas Anticipadamente”.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUN Cotizante	Numérico
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	Alfanumérico
5	Identificación Afiliado(a)	Alfanumérico
6	Tipo de Trabajador	Numérico
7	Período Remuneración	Numérico
8	Monto Cotización Anticipada	Numérico
9	Período de Pago	Numérico
10	RUT Empleador	Numérico
11	Dígito Verificador RUT Empleador	Alfanumérico
12	Código Cuenta Interna	Numérico
13	Código Secuencia Informe Complementario	Numérico
14	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.

2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUN Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del afiliado(a) (cotizante o titular del contrato) asociado al documento que se informa. En caso que el cotizante no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre.
5	Identificación Afiliado(a)	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo de Trabajador	Debe indicar la calidad del trabajador. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe registrar los siguientes valores: 1: Dependiente 2: Independiente 3: Pensionado 4: Voluntario <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1, 2, 3 y 4

		• Debe informarse siempre.
7	Período Remuneración	Corresponde al mes y año de las remuneraciones por las cuales la isapre percibió cotizaciones anticipadamente. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 2.
8	Monto Cotización Anticipada	Debe indicar el monto de las cotizaciones percibidas anticipadamente. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Monto mayor o igual que cero • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°24 del informe complementario del mes que se informa.
9	Período de Pago	Corresponde al mes y año en el cual la isapre recaudó las cotizaciones anticipadamente. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2.
10	RUT Empleador	Respecto de los cotizantes con calidad de trabajador Dependiente y Pensionado, deberá informar el Rut del empleador que enteró las cotizaciones anticipadas. En caso que el afiliado(a) no sea dependiente o pensionado, debe registrar en este campo el valor cero. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.

11	Dígito Verificador RUT Empleador	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Empleador, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso que el afiliado(a) no sea dependiente o pensionado, debe registrar en este campo el valor "X". <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre.
12	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las cotizaciones percibidas anticipadamente. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
13	Código Secuencia Informe Complementario	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 24.
14	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

F. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 25 "Cotizaciones percibidas en exceso" (no incluye montos por cheques caducos).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUN Cotizante	Numérico
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	Alfanumérico
5	Identificación Afiliado(a)	Alfanumérico
6	Período Remuneración	Numérico
7	Período Recaudación	Numérico
8	Período Generación	Numérico

9	Monto Exceso Generación	Numérico
10	Código Cuenta Interna	Numérico
11	Código Secuencia Informe Complementario	Numérico
12	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUN Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del afiliado(a) (cotizante o titular del contrato) asociado al documento que se informa. En caso que el cotizante no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X.

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre.
5	Identificación Afiliado(a)	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Período Remuneración	Corresponde al mes y año de las remuneraciones por las cuales la isapre percibió cotizaciones anticipadamente. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001 • Debe informarse siempre.
7	Período Recaudación	Corresponde al mes y año en que la isapre recaudó el pago de las cotizaciones de salud. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001 • Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2.
8	Período Generación	Corresponde al mes y año en el cual se generaron las cotizaciones percibidas en exceso. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos.

		- En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001 - Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 7 o 180001.
9	Monto Exceso Generación	Corresponde al monto de los excesos generados. En caso que se esté informando un cheque caduco, se debe informar monto del cheque. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Monto mayor o igual que cero - En caso que se esté informando un cheque caduco, se debe informar monto del cheque - Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> - La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°25 del informe complementario del mes que se informa.
10	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados las cotizaciones percibidas en exceso. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Debe informarse siempre - Debe ser mayor a cero (0).
11	Código Secuencia Informe Complementario	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo numérico - Debe informarse siempre - Valor posible: 25.
12	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 10. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> - Campo de tipo alfanumérico - Debe informarse siempre - No debe exceder de 110 caracteres.

G. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 27 “Bonos, Ordenes de Atención y Programas por Pagar”.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico

2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUT Prestador	Numérico
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Alfanumérico
5	Identificación Prestador	Alfanumérico
6	Tipo Deuda	Numérico
7	Número de Documento	Numérico
8	Monto Total Prestación (es)	Numérico
9	Monto Total Bonificación	Numérico
10	Monto Total Copago	Numérico
11	Monto Garantizado	Numérico
12	Fecha Emisión	Numérico
13	Código Cuenta Interna	Numérico
14	Secuencia Informe Complementario	Numérico
15	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUT Prestador	Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador.

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
5	Identificación Prestador	Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	Indica el tipo de deuda de que se trata: 1: Orden de Atención Médica (Bono) 2: Programa Médico <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1 y 2 • Debe informarse siempre.
7	Número de Documento	Corresponde al correlativo interno asignado por la isapre a las órdenes de atención médica o programa médico. Por cada prestador deben informarse la totalidad de bonos o programas médicos emitidos por la isapre, en forma separada. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
8	Monto Total Prestación (es)	Corresponde al monto total de la (s) prestación (es) incluidas en la orden de atención médica o programa médico. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre.
9	Monto Total Bonificación	Corresponde al monto total de la bonificación otorgada por la isapre según el plan de salud contratado por el afiliado(a), a la orden de atención médica o programa médico. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos

		IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre.
10	Monto Total Copago	Corresponde al monto total no cubierto por la isapre, y que es cargo del cotizante o beneficiario(a), que se consigan en la orden de atención médica o programa médico. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre.
11	Monto Garantizado	Corresponde al monto total de la deuda que la isapre debe cubrir con la garantía mantenida en custodia. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°27 del informe complementario del mes que se informa.
12	Fecha Emisión	Corresponde a la fecha de emisión de la orden de atención médica o programa médico. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta a 18000101.
13	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados los bonos, órdenes médicas, y programas médicos por pagar. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre

		• Debe ser mayor a cero (0).
14	Secuencia Complementario Informe	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 27.
15	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 13 <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres

H. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 28 “Cuentas por pagar a clínicas, centros médicos, hospitales y otras instituciones de salud”.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUT Prestador	Numérico
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Alfanumérico
5	Identificación Prestador	Alfanumérico
6	Tipo Deuda	Numérico
7	Descripción otro tipo de deuda	Alfabético
8	Número de Documento	Numérico
9	Monto a Pagar	Numérico
10	Fecha emisión	Numérico
11	Fecha Recepción	Numérico
12	Código Cuenta Interna	Numérico
13	Secuencia Informe Complementario	Numérico
14	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico
15	Montos pendientes de Compensación	Numérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUT Prestador	Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Corresponde al dígito verificador del RUT del prestador de salud. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
5	Identificación Prestador	Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	Indica el tipo de deuda de que se trata. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1 = Orden de Atención Médica (Bono) 2 = Boleta de honorarios 3 = Factura

		4 = Otro 5 = Nota de Crédito <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5.
7	Descripción otro tipo de deuda	Debe especificar el tipo de deuda, cuando en el campo N°6 haya registrado el valor 4 "Otro". <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • No debe exceder de 110 caracteres <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Si en el campo 6 se registra valor 4 (Otro), este campo debe especificar el tipo de deuda. • Si en el campo 6 se registra un valor distinto de 4, en este campo debe informarse valor cero (0).
8	Número de Documento	Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
9	Monto a Pagar	Corresponde al monto de cada documento adeudado a los prestadores y que se encuentra garantizado. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo. Si en el campo 6 (Tipo de Deuda) se informó la opción 5 (Nota de crédito), se debe incluir el signo negativo en este campo. Si el monto final del mes, asociado a un RUT en particular, es negativo, en este campo se debe informar cero en todos los registros asociados a ese RUT. En estos casos, el monto adeudado se deberá informar en el campo 15 "Montos pendientes de compensación". <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros campos y archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo, para este campo, debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°28 del informe complementario del mes que se informa.

		• Si en el campo 6 (Tipo de deuda) se informó la opción 5 (Nota de crédito), este campo debe informarse con un valor menor o igual a cero • Si en el campo 6 (Tipo de deuda) se informó una opción del 1 al 4, este campo debe informarse con un valor mayor o igual a cero.
10	Fecha emisión	Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.
11	Fecha Recepción	Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 10.
12	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interno en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por tales conceptos. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor que cero (0).
13	Secuencia Complementario Informe	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 28.

14	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
15	Montos pendientes de compensación	Corresponde al monto pagado en exceso al prestador (mismo RUT), por concepto de anticipos, notas de crédito o cualquier otro tipo de monto no compensado debidamente al período que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores menores (debe incluir signo negativo) o iguales a cero (0). <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Si el campo 9 “Monto a pagar”, es distinto de cero (0), entonces este campo debe informarse cero (0).

I. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 29 “Honorarios médicos por pagar”.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUT Prestador	Numérico
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Alfanumérico
5	Identificación Prestador	Alfanumérico
6	Tipo Deuda	Numérico
7	Descripción otro tipo de deuda	Alfabético
8	Número de Documento	Numérico
9	Monto a Pagar	Numérico
10	Fecha emisión	Numérico
11	Fecha Recepción	Numérico
12	Código Cuenta Interna	Numérico
13	Secuencia Informe Complementario	Numérico
14	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico
15	Monto por Impuesto Retenido Segunda Categoría	Numérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUT Prestador	Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre
5	Identificación Prestador	Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	Indica el tipo de deuda de que se trata. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1 = Orden de Atención Médica (Bono) 2 = Boleta de honorarios 3 = Factura 4 = Otro

		5 = Nota de Crédito <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5.
7	Descripción otro tipo de deuda	Debe especificar el tipo de deuda, cuando en el campo N°6 haya registrado el valor 4 "Otro". <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • No debe exceder de 110 caracteres <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Si en el campo 6 se registra valor 4 (Otro), este campo debe especificar el tipo de deuda. • Si en el campo 6 se registra un valor distinto de 4, en este campo debe informarse valor cero (0).
8	Número de Documento	Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores médicos. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
9	Monto a Pagar	Debe indicar el monto adeudado por documento a los prestadores médicos y que se encuentra garantizado. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo. Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), se debe incluir el signo negativo. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°29 del Informe Complementario del mes que se informa. • Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), este campo debe informarse con un valor menor o igual a cero (0). • Si en el campo 6 se informó una opción del 1 al 4, este campo debe informarse con un valor mayor a cero (0).
10	Fecha emisión	Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos.

		Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.
11	Fecha Recepción	Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 10.
12	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interno en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por tales conceptos. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor que cero (0).
13	Secuencia Complementario Informe	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 29.
14	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
15	Monto por Impuesto Retenido Segunda Categoría	En caso de boleta de honorarios con retención de impuesto, corresponde informar el monto que la isapre retiene y que debe pagar en forma mensual.

		Si no corresponde a una boleta de honorarios con retención de impuesto, se debe informar valor cero (0). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Monto mayor o igual que cero • Debe informarse siempre <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Si en el campo 6 ("Tipo de deuda"), informa valor distinto de 2 ("Boleta de Honorarios"), en este campo debe informarse valor cero (0).

J. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 30 "Cápita por pagar".

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUT Prestador	Numérico
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Alfanumérico
5	Identificación Prestador	Alfanumérico
6	Tipo Deuda	Numérico
7	Descripción otro tipo de deuda	Alfabético
8	Número de Documento	Numérico
9	Monto a Pagar	Numérico
10	Fecha emisión	Numérico
11	Fecha Recepción	Numérico
12	Código Cuenta Interna	Numérico
13	Secuencia Informe Complementario	Numérico
14	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre
3	RUT Prestador	Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre
5	Identificación Prestador	Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	Indica el tipo de deuda de que se trata. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1 = Orden de Atención Médica (Bono) 2 = Boleta de honorarios 3 = Factura 4 = Otro 5 = Nota de Crédito <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1,2,3,4 y 5.
7	Descripción otro tipo de deuda	Debe especificar el tipo de deuda, cuando en el campo N°6 haya registrado el valor 4 "Otro".

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • No debe exceder de 110 caracteres <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Si en el campo 6 se informa valor 4 (Otro), este campo debe especificar el tipo de deuda. Si en el campo 6 se registra un valor distinto de 4 (Otro), en este campo debe informarse valor cero (0).
8	Número de Documento	Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores médicos. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
9	Monto a Pagar	Debe indicar el monto adeudado por documento a los prestadores médicos y que se encuentra garantizado. Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), se debe incluir el signo negativo. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia campos y archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°30 del Informe Complementario del mes que se informa. • Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), este campo debe informarse con un valor menor o igual a cero (0). • Si en el campo 6 se informó una opción del 1 al 4, este campo debe informarse con un valor mayor a cero (0).
10	Fecha emisión	Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser distinta del valor 18000101 <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.

11	Fecha Recepción	Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 10.
12	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interno en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por tales conceptos. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
13	Secuencia Complementario Informe	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 30.
14	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

K. Estructura del Archivo Maestro secuencia N°31 “Cuentas por pagar a empresas relacionadas” (Sólo en la parte que corresponda a prestaciones médicas a cotizantes y beneficiarios(as)).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico

3	RUT Prestador	Numérico
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Alfanumérico
5	Identificación Prestador	Alfanumérico
6	Tipo Deuda	Numérico
7	Descripción otro tipo de deuda	Alfabético
8	Número de Documento	Numérico
9	Monto a Pagar	Numérico
10	Fecha emisión	Numérico
11	Fecha Recepción	Numérico
12	Código Cuenta Interna	Numérico
13	Secuencia Informe Complementario	Numérico
14	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUT Prestador	Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud. <u>Validadores Técnicos del campo:</u>

		• Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
5	Identificación Prestador	Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	Indica el tipo de deuda de que se trata. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1 = Orden de Atención Médica (Bono) 2 = Boleta de honorarios 3 = Factura 4 = Otro 5 = Nota de Crédito <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5.
7	Descripción otro tipo de deuda	Debe especificar el tipo de deuda, cuando en el campo N°6 haya registrado el valor 4 "Otro". <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • No debe exceder de 110 caracteres <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Si en el campo 6 se informa valor 4 (Otro), este campo debe especificar el tipo de deuda. • Si en el campo 6 se registra un valor distinto de 4 (Otro), en este campo debe informarse valor cero (0).
8	Número de Documento	Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores médicos. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
9	Monto a Pagar	Debe indicar el monto adeudado por documento a los prestadores médicos y que se encuentra garantizado. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo. Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), se debe incluir el signo negativo.

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros campos y archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°31 del informe complementario del mes que se informa. • Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), este campo debe informarse con un valor menor o igual a cero. • Si en el campo 6 se informó una opción del 1 al 4, este campo debe informarse con un valor mayor a cero.
10	Fecha emisión	Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.
11	Fecha Recepción	Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 10.
12	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por concepto de cuentas por pagar empresas relacionadas. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico

		• Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
13	Secuencia Complementario Informe	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 31.
14	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

L. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 32 “Otras deudas con prestadores”.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUT Prestador	Numérico
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Alfanumérico
5	Identificación Prestador	Alfanumérico
6	Tipo Deuda	Numérico
7	Descripción otro tipo de deuda	Alfabético
8	Número de Documento	Numérico
9	Monto a Pagar	Numérico
10	Fecha emisión	Numérico
11	Fecha Recepción	Numérico
12	Código Cuenta Interna	Numérico
13	Secuencia Informe Complementario	Numérico
14	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUT Prestador	Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Prestador	Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
5	Identificación Prestador	Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	Indica el tipo de deuda de que se trata. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1 = Orden de Atención Médica (Bono) 2 = Boleta de honorarios 3 = Factura 4 = Otro 5 = Nota de Crédito

		<u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5.
7	Descripción otro tipo de deuda	Debe especificar el tipo de deuda, cuando en el campo N°6 haya registrado el valor 4 "Otro". <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • No debe exceder de 110 caracteres <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Si en el campo 6 se informa valor 4 (Otro), este campo debe especificar el tipo de deuda. Si en el campo 6 se registra un valor distinto de 4 (Otro), en este campo debe informarse valor cero (0).
8	Número de Documento	Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores médicos. Por cada prestador deben informarse la totalidad de documentos, en forma separada. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
9	Monto a Pagar	Debe indicar el monto adeudado por documento a los prestadores médicos y que se encuentra garantizado. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo. Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), se debe incluir el signo negativo. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros campos y archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°32 del informe complementario del mes que se informa • Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), este campo debe informarse con un valor menor o igual a cero (0). • Si en el campo 6 se informó una opción del 1 al 4, este campo debe informarse con un valor mayor a cero (0).
10	Fecha emisión	Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos.

		Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.
11	Fecha Recepción	Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 10.
12	Código Cuenta Interna	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por concepto de otras deudas con prestadores. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor que cero (0).
13	Secuencia Complementario Informe	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 32.
14	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

M. Estructura del Archivo Maestro Secuencia N° 33 “Cheques Caducos a prestadores”.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUT Destinatario(a)	Numérico
4	Dígito Verificador RUT Destinatario(a)	Alfanumérico
5	Identificación Destinatario(a)	Alfanumérico
6	Número de Cheque	Numérico
7	Monto del Cheque	Numérico
8	Fecha de Emisión	Numérico
9	Fecha Última Revalidación	Numérico
10	Fecha Última Caducidad.	Numérico
11	Código Cuenta Interna	Numérico
12	Código secuencia Informe Complementario	Numérico
13	Nombre Cuenta Interna	Alfanumérico

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía, y que se encuentra descrita en las características del archivo “Información contenida en el Archivo”. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.

3	RUT Destinatario(a)	Corresponde al número de RUT del destinatario(a) del cheque, sin incluir punto y dígito verificador. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Destinatario(a)	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Destinatario(a), aplicando la rutina denominada Módulo 11. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
5	Identificación Destinatario(a)	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a) o razón social, según corresponda. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Número de Cheque	Debe registrarse el número del cheque. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
7	Monto del Cheque	Debe registrarse el monto del cheque. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0) <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°33 del informe complementario del mes que se informa.
8	Fecha de Emisión	Debe registrarse la fecha de emisión del cheque. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.

9	Fecha Revalidación	Última	Corresponde a la última fecha en que la isapre revalidó el cheque. En caso de no haberse efectuado revalidación alguna, debe registrar el valor 18000101. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser mayor a la fecha informada en el campo 8 (Fecha de emisión) o 18000101.
10	Fecha Caducidad.	Última	Corresponde a la última fecha en que se caducó el cheque. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <u>Validador de consistencia con otros campos:</u> • Debe ser mayor a la fecha informada en el campo 8.
11	Código Cuenta Interna		Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados los cheques caducados, de acuerdo al concepto de origen. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor que cero (0).
12	Código Informe Complementario	Secuencia	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 33.
13	Nombre Interna	Cuenta	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

4. RespalDOS

A contar del cierre contable correspondiente a marzo de 2007 cualquier disminución de obligaciones con beneficiarios y prestadores, afectas al indicador de garantía, que no correspondan a pagos, y que tengan incidencia en el resultado del ejercicio, mediante el reconocimiento de otros ingresos por función o disminución de los costos de venta, deberán estar respaldadas en archivos computacionales que contengan los campos mínimos detallados precedentemente⁸³.

Este Organismo de Control, en el marco de su función fiscalizadora, podrá requerir los inventarios operacionales con las rebajas practicadas por la isapre sobre las obligaciones con beneficiarios y prestadores médicos, durante los últimos cinco años, contado desde el último cierre contable respectivo.

5. Información respecto a apoderados para operar con las entidades de custodia de la garantía

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.

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.

6. Información sobre estructura y antigüedad de deuda con prestadores y beneficiarios

Con el propósito de obtener información respecto a la estructura de las deudas que mantienen las isapres con los prestadores y beneficiarios, así como la antigüedad de las mismas, se instruye el envío de la información que se indica, que formará parte del Informe Complementario.

⁸³ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Estructura de la información e instrucciones de llenado

Las isapres deberán informar los valores correspondientes a las deudas con prestadores y beneficiarios de acuerdo a las instrucciones y formatos que se presentan a continuación⁸⁴.

Para efectuar la entrega de esta información, se deberán ingresar los valores requeridos en una estructura que forma parte de la aplicación informática denominada “Estados Financieros Estándar IFRS”, contenida en la red Extranet de esta Superintendencia, para cuyo acceso deberá emplearse el nombre del usuario y la clave de acceso asignada al administrador informado por cada isapre, conforme a lo instruido en el Capítulo I: Instrucciones para la transmisión de información y remisión de archivos maestros^{85 86}.

1. Deuda por Subsidios por incapacidad laboral

A partir de los saldos informados en el Informe Financiero Complementario, se deberá detallar la cuenta No 19 "Subsidios por pagar", de acuerdo al siguiente formato^{87 88}:

Detalle de la cuenta N°19 "Subsidios por pagar" (Informe Complementario) (M\$)		
Item	Actual	
	Al Día Mes Año	Anterior Al Día Mes Año
1) Sin convenios de pago		
2) Con convenios de pago con empleadores 2.1) + 2.2)		
2.1) Empleadores públicos		
2.2) Empleadores privados		
Total subsidios por pagar 1) + 2)		

Entendiendo por:

- 1) Sin convenio de pago, como aquella deuda que la isapre debe pagar directamente al cotizante.
- 2) Con convenios de pago con empleadores, como aquella deuda que la isapre debe pagar al empleador, debido que este último pagó por cuenta de la isapre al cotizante. Se debe distinguir en este punto, entre empleadores públicos y privados.

Costo de Subsidios por Incapacidad Laboral

⁸⁴ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁸⁵ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁸⁶ Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

⁸⁷ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁸⁸ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

A partir de los saldos informados en la FEFI se deberá detallar la cuenta código 30020 “Costo de Ventas”, para el ítem “Subsidios por Incapacidad Laboral” de la siguiente forma^{89 90}:

Detalle de la cuenta “Subsidios Por Incapacidad Laboral” (30020) (FEFI) (M\$)		
Item	Actual	Anterior
	Al Día Mes Año	Al Día Mes Año
1) Costo asociado a Sil sin convenios de pago		
2) Costo asociado a SIL con convenios de pago		
2.1) Empleadores públicos		
2.2) Empleadores privados		
Total Costo en Subsidios por Incapacidad Laboral 1)+2)		

2. Costo en Prestaciones

A partir de los saldos informados en la FEFI, se deberá detallar la cuenta código 30020 “Costo de Ventas” para el ítem “Prestaciones de Salud” de la siguiente forma^{91 92}:

Detalle de la cuenta “Prestaciones de salud “(30020) (FEFI) (M\$)		
Item	Actual	Anterior
	Al Día Mes Año	Al Día Mes Año
1) Por reembolsos a beneficiarios		
2) Por prestaciones vía Órdenes de atención y PAM		
Total costo en prestaciones de salud 1) + 2)		

Entendiendo por:

1) Reembolsos a beneficiarios, como aquella parte del costo en prestaciones originada por la bonificación de prestaciones solicitadas vía reembolso.

⁸⁹ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁹⁰ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁹¹ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁹² Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

2) Prestaciones vía Órdenes de Atención y PAM, como aquella parte del costo en prestaciones originada por la bonificación de prestaciones médicas realizadas a través de órdenes de atención y programas médicos.

3. Antigüedad de la Deuda con beneficiarios y prestadores

A partir de los saldos informados en el “Informe Financiero Complementario”, se deberán detallar las cuentas números 17 a la 35, relacionadas con las deudas con beneficiarios y prestadores, de la siguiente forma^{93 94}:

Antigüedad de la deuda con beneficiarios y prestadores (M\$)							
Deuda	Meses						
	<3	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 y más	Total	N° de acreedores
Beneficiarios							
Beneficios por pagar							
Reembolsos por Pagar							
Susidios por Pagar							
Cheques Caducos a Beneficiarios							
Prestaciones y SIL en proceso de liquidación más Prestaciones y SIL ocurridos y no liquidados							
Prestaciones y SIL en Litigio							
Excedentes de Cotización							
Cotizaciones Percibidas Anticipadamente							
Cotizaciones Percibidas en Exceso							
Total deudas con beneficiarios							
Prestadores							
Bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar							
Cuentas por pagar a Clínicas, Centros Médicos, Hospitales y otras instituciones de salud							
Honorarios Médicos por Pagar							
Cápita por Pagar							
Cuentas por Pagar Empresas Relacionadas							
Otras Deudas con Prestadores							
Cheques Caducos a Prestadores							
Total Deudas con Prestadores							
Total Deudas a cubrir con Garantía							

⁹³ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁹⁴ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Entendiendo por:

N° de acreedores: al total de personas (en el caso de beneficiarios) y al total de instituciones y profesionales de la salud (en el caso de prestadores) con los cuales se registran deudas por cada uno de los ítems señalados, con excepción de las cuentas "Prestaciones y SIL en proceso de liquidación más Prestaciones y SIL ocurridos y no liquidados"" y "Prestaciones y SIL en litigio"⁹⁵.

En forma complementaria, se deberá informar los principales acreedores (sólo para deuda con prestadores), cuyo monto represente un 20% o más del total de la deuda con prestadores, de la siguiente forma:

Mayores deudas con prestadores							
Prestador	RUT	Meses					Total
		< 3	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 y más	
Razón social o nombre prestador 1							
Razón social o nombre prestador 2							
Razón social o nombre prestador 3							
Razón social o nombre prestador 4							
Razón social o nombre prestador 5							

La información solicitada en los numerandos 1 al 3 precedentes, debe expresarse en miles de pesos, en moneda del cierre del período que se informa.

⁹⁵ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Ejemplo de información solicitada⁹⁶

De manera de graficar las instrucciones que se imparten en el presente documento, se incluye, a modo de ejemplo, el siguiente caso:

Antecedentes

1. Informe Financiero Complementario al 31 de diciembre de 2004:

Cuenta N° 19 "Subsidios por pagar" M\$157.320

2. FEFI al 31 de diciembre de 2004:

Cuenta de resultados código 30020 "Prestaciones de salud" M\$80.375.157

3. FEFI al 31 de diciembre de 2004:

Cuenta de resultados código 30020 "Subsidios por Incapacidad Laboral" M\$402.223

Supuestos

- En el caso de los subsidios por pagar, el 70% del saldo se debe pagar directamente al cotizante y el 30% restante se debe pagar los empleadores con los cuales se tienen convenios de pago. Dentro de este Último grupo, el 83% corresponde a empleadores del sector público y el 17% restante a empleadores del sector privado.
- En el caso de las prestaciones de salud, el 10% del saldo corresponde a costos por bonificaciones de prestaciones originadas por vía reembolsos y el 90% restante a costos por bonificación de prestaciones vía Órdenes de Atención y PAM otorgadas a los beneficiarios.
- En el caso de la cuenta de costos por SIL, el 70 % del monto total corresponde al costo directo imputado a cotizantes y un 30% está relacionado con el costo por empleadores en convenio.

Información a remitir

Detalle de la cuenta N°19 "Subsidios por pagar" (Informe Complementario) (M\$)		
Item	Actual	Anterior
	Al Día Mes Año	Al Día Mes Año
1) Sin convenios de pago	110.124	105.105
2) Con convenios de pago con empleadores 2.1) + 2.2)	47.196	56.595
2.1) Empleadores públicos	39.173	43.659
2.2) Empleadores privados	8.023	12.936
Total subsidios por pagar 1) + 2)	157.320	161.700

⁹⁶ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Detalle de la cuenta "Prestaciones de salud" (30020) (FEFI) (M\$)		
Item	Actual	Anterior
	Al Día Mes Año	Al Día Mes Año
1) Por reembolsos a beneficiarios	8.037.516	9.415.932
2) Por prestaciones vía Órdenes de atención y PAM	72.337.641	69.050.170
Total costo en prestaciones de salud 1) + 2)	80.375.157	78.466.102

Detalle de la cuenta "Subsidios Por Incapacidad Laboral" (30020) (FEFI) (M\$)		
Item	Actual	Anterior
	Al Día Mes Año	Al Día Mes Año
1) Costo asociado a Sil sin convenios de pago	281.556	292.238
2) Costo asociado a SIL con convenios de pago	120.667	97.413
2.1) Empleadores públicos	96.534	77.930
2.2) Empleadores privados	24.133	19.483
Total Costo en Subsidios por Incapacidad Laboral 1)+2)	402.223	389.651

Anexo N°3 Definición de Registros Archivo Deuda con prestadores y beneficiarios [Eliminado]⁹⁷

⁹⁷ Derogado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

7. Envío de información diaria sobre los instrumentos que componen la garantía

7.1. Acerca del contrato de depósito, custodia y administración de los fondos que componen la garantía

El contrato de depósito, custodia y administración que las isapres celebren con las entidades de custodia de los fondos que componen la garantía⁹⁸, que, en lo pertinente debe señalar:

“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 en este Título.”⁹⁹*

⁹⁸ Instrucciones se contienen en el Compendio de Procedimientos, sin embargo, las referidas a este punto se incorporan a este Título de este Compendio.

⁹⁹ Circular IF/275, de 2016, reemplazó expresión “esta Circular” por “este Título”.

7.2. Instrucciones de información diaria que pesan sobre las isapres y las entidades de custodia¹⁰⁰

Con la finalidad de dar cumplimiento a la normativa vigente y de acuerdo a lo indicado en las instrucciones sobre las estipulaciones que debe contener el contrato de depósito, custodia y administración, se instruye:

a) Obligación de las isapres de remitir información diaria

Las isapres deberán remitir diariamente a esta Superintendencia el archivo " Informe de Totales por Instrumento y Emisor de los documentos que conforman la Garantía", de acuerdo con la estructura y definiciones instruidas en el Anexo N°1.o.

b) Obligación de información que pesa sobre las entidades de custodia

Por su parte, las entidades de custodia deberán remitir diariamente a esta Superintendencia el archivo " Informe de Instrumentos de Inversión que conforman la Garantía", de acuerdo a la estructura y definiciones instruidas en el Anexo N°2.

Las isapres deberán adoptar las medidas que sean necesarias para el debido cumplimiento de esta obligación por parte de las entidades de custodia.

c) Mecanismo para envío de la información

Los informes que deben remitir las isapres y las entidades de custodia, respectivamente, deben ser recepcionados diariamente mediante la red privada Extranet de esta Superintendencia, a más tardar a las 21:30 P.M., considerando la información de precios de instrumentos financieros correspondiente al mismo día, publicada por la Superintendencia de Pensiones en su sitio web.

Para estos efectos, los representantes de la isapre y los custodios deberán acceder al Sistema de transferencia de archivos, utilizando el nombre de usuario y clave asignada por esta Superintendencia al administrador de cada entidad.

d) Designación de representantes de isapres y entidades de custodia

Tanto las isapres como las entidades de custodia, deberán designar a dos representantes cada una (un titular y un suplente) ante esta Superintendencia, para atender las consultas, dudas, aclaraciones, requerimientos o correcciones que requieran los funcionarios encargados de este Organismo Fiscalizador, respecto a la información remitida en conformidad con lo instruido en estas instrucciones.

La información que deben remitir las isapres, tanto respecto de ellas como de los custodios, consiste en el nombre de los representantes, su calidad de titular o suplente, cargo, teléfono directo y correo electrónico.

Cualquier modificación en la designación de los representantes, ya sea de la isapre o de la entidad de custodia, deberá ser informada por las isapres a más tardar con 2 días hábiles de anticipación a la realización del cambio respectivo.

¹⁰⁰ Numerando modificado por la Circular IF/N° 162, de 9.11.2011.

e) Información acerca del valor por concepto de Acreencias por Deudas de Cotizaciones ¹⁰¹

Las isapres deberán informar trimestralmente -en forma conjunta con el envío de la FEFI respectiva- a la Superintendencia y a las entidades de custodia, el valor total en pesos que utilizará por concepto de Acreencias por Deudas de Cotizaciones de Salud, sujetándose para ello a los límites y condiciones establecidos en las instrucciones sobre constitución, actualización, utilización de la garantía y sobre la custodia de los valores que la componen.

Asimismo, deberá informar el detalle o desglose del cálculo con el cual se determinó el monto que se mantendrá en acreencias por concepto de cotizaciones adeudadas, en conformidad con el procedimiento instruido en la letra n), numerando 1 "Instrumentos financieros", del Título I, Capítulo VI, del Compendio de Procedimientos. Se debe precisar, que el mencionado detalle del cálculo, deberá considerar los saldos netos y brutos, y los meses involucrados, según sea el caso, utilizados respecto de las cotizaciones declaradas y no pagadas (D.N.P) y no declaradas ni pagadas (N.D.N.P), que forman parte de sus estados financieros.

De esta manera, las entidades de custodia utilizarán dicha información para el trimestre siguiente, hasta la recepción de los antecedentes contenidos en la próxima FEFI, completando con ello el valor del 100% de la garantía exigida que deberán informar a esta Superintendencia, en particular en el campo 13 "Valor Total del Instrumento" del archivo instruido en el Anexo N° 2 de estas instrucciones.

De forma complementaria a la información antes descrita, se deberá enviar un certificado firmado por el Representante Legal de la isapre, para ser presentado ante el custodio y esta Superintendencia, donde se acrediten las cifras totales empleadas en el cálculo y el monto final utilizado por concepto de acreencias como parte de la garantía.

El Certificado deberá contener como mínimo, la siguiente información:

- Individualización del Representante Legal (Nombre y RUN) e Isapre que representa.
- Individualización del monto a certificar que se empleó por concepto de Acreencias (en número y palabras), como parte integrante de la garantía.
- Detalle de las cifras correspondientes a las cotizaciones adeudadas por D.N.P. y N.D.N.P (detallado por mes según corresponda).
- Detalle de la cifra obtenida de aplicar el 0,5% del monto total de la garantía exigida.
- Identificación del tope que se utilizó para determinar las acreencias (monto menor seleccionado) y especificación del porcentaje que representa éste último sobre el monto total de la garantía.

Finalmente, se debe registrar la siguiente leyenda:

"El presente certificado se otorga para ser presentado a (nombre del custodio) y a la Superintendencia de Salud, con el objeto de acreditar la suma por concepto de acreencias que forman parte de la garantía exigida a las isapres, conforme a la normativa que rige la materia."

- Ciudad en que se suscribe el documento y fecha de emisión.
- Fecha y firma del Representante Legal.

¹⁰¹ Contenido de la letra e) reemplazado por la Circular IF N°372, de 28.09.2020

Anexo N° 1 Archivo “Informe de totales por instrumento y emisor de documentos que conforman la garantía”¹⁰²

Las isapres deberán remitir diariamente este archivo, para su validación y de acuerdo con la estructura y definiciones que se presentan a continuación:

Forma de Envío: Extranet Superintendencia de Salud

Dirección de envío: Sistema de Transferencias de archivos

Formato del Archivo: Archivo plano

Código ASCII

Un registro por línea

Campos separados con signo "|" (pipe)

Nombre de Archivo: Debe nominarse según la siguiente estructura:

lcccAAAAmmdd_T.txt en donde:

lccc: "I" + Código de la Isapre

AAAA: Año de los datos

mm: Mes de los datos

dd: día de los datos

_T: identifica líneas de totales

txt: tipo archivo de texto

Periodicidad: Diaria

Estructura Computacional del archivo:

INFORME DE TOTALES POR INSTRUMENTO Y EMISOR DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN GARANTIA

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
(01)	CÓDIGO DE CUSTODIO	NUMÉRICO
(02)	CÓDIGO ISAPRE	NUMÉRICO
(03)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	NUMÉRICO

¹⁰² Anexo incorporado por la Circular IF/N° 162, de 9 de noviembre de 2011.

(04)	TIPO DE INSTRUMENTO CÓDIGO SUPERINTENDENCIA	ALFANUMÉRICO
(05)	RUT DEL EMISOR	NUMÉRICO
(06)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL EMISOR	ALFANUMÉRICO
(07)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR	ALFANUMÉRICO
(08)	VALOR TOTAL POR EMISOR Y POR TIPO DE INSTRUMENTO	NUMÉRICO
(09)	PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL POR EMISOR SOBRE EL TOTAL DE GARANTÍA MANTENIDA	NUMÉRICO

Definiciones del archivo:

INFORME DE TOTALES POR INSTRUMENTO Y EMISOR DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN GARANTÍA

Este archivo informa, por cada línea de datos, el total invertido en un emisor en el tipo de instrumento determinado, informando además el porcentaje (%) que representa ese total sobre el valor total de la garantía mantenida.

Se requiere un registro por cada total por emisor en el instrumento respectivo.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO DEL CUSTODIO	Corresponde al código único que identificará al banco custodio ante esta Superintendencia. Fuente: Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras ("Lista de Instituciones Fiscalizadas por SBIF" publicada en su página Web Institucional). <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico.
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Corresponde al código numérico que identifica en forma única a la isapre en esta Superintendencia. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero.

(03)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Corresponde a la fecha del día en que se envía la información a esta Superintendencia. Debe informarse de acuerdo con el formato AAAAMMDD, donde: AAAA = año MM = mes DD = día <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero.
(04)	TIPO DE INSTRUMENTO CÓDIGO SUPERINTENDENCIA	Corresponde al código (letra de "a" hasta "p") que identifica al tipo de instrumento de inversión. Estos identificadores se encuentran en el cuerpo y en las tablas de límites por instrumento y emisor que forman parte de la Circular N° 77 del 10 de Junio de 2004 y sus modificaciones, o aquella que la reemplace.¹⁰³ <u>Validadores técnicos del Campo</u> Debe informarse con un carácter alfanumérico distinto de blanco.
(05)	RUT DEL EMISOR	Corresponde al número de RUT del EMISOR del instrumento de inversión, campo NO incluye dígito verificador. Cuando se trate de Tipos de instrumento "c", "h", "i", "j" y "k", correspondientes a Cuotas de Fondos Mutuos o de Inversión, los campos 5, 6 y 7, deberán contener el RUT, el dígito verificador y el nombre correspondiente, asociados al registro de valores de la Superintendencia de Valores y Seguros. Cuando se trate del Tipo de Instrumento "Acreencias" ("n"), los campos 5, 6 y 7, deberán hacer referencia al RUT, dígito verificador y nombre de la isapre. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero.

¹⁰³ Instrucciones en comento forman parte del Compendio de Procedimientos.

(06)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL EMISOR	Corresponde al dígito verificador del RUT del emisor (punto 08), que entrega la rutina de verificación módulo 11. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico, distinto de blanco, y que puede contener 1 dígito (de 0 a 9), o bien la letra "K", según corresponda.
(07)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR	Se informa aquí el Nombre o Razón Social de la entidad que emite el instrumento de inversión. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico distinto de blanco.
(08)	VALOR TOTAL POR EMISOR Y POR TIPO DE INSTRUMENTO	Corresponde a la suma en PESOS, del valor total de los instrumentos de un emisor determinado, y que corresponden a un mismo tipo de instrumento. Es decir corresponde a la sumatoria del campo 13 (VALOR TOTAL DEL INSTRUMENTO) de todos los registros que correspondan a un mismo emisor y al mismo tipo de instrumento en el archivo de detalle "Informe de Instrumentos que conforman Garantía de Isapres". <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico, distinto de cero .
(09)	PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL POR EMISOR SOBRE EL TOTAL DE GARANTÍA MANTENIDA	Informa el porcentaje (%) que representa el total informado (campo 08), sobre el total de la garantía mantenida de la isapre. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico, distinto de cero, con dos decimales como máximo.

Anexo N° 2: Archivo “Informe de Instrumentos de Inversión que Conforman la Garantía de Isapres”¹⁰⁴

Las entidades de custodia deberán remitir diariamente este archivo, de acuerdo con la estructura y definiciones que se presentan a continuación:

Forma de Envío: Extranet Superintendencia de Salud

Dirección de envío: Sistema de Transferencias de archivos

Formato del Archivo: Archivo plano

Código ASCII

Un registro por línea

Campos separados con signo "|" (pipe)

Nombre de Archivo: Debe nominarse según la siguiente estructura:

GcccAAAmmdd_i.txt en donde:

Gccc: "G" + Código de custodio

AAAA: Año de los datos

mm: Mes de los datos

dd: día de los datos

_i: identifica detalle de instrumentos

txt: tipo de archivo de texto

Periodicidad: Diaria

Nota:

Si una entidad de custodia tiene contrato con más de una isapre para la administración de instrumentos de inversión, debe enviar la información de todas las isapres en el mismo envío, considerando un solo archivo, de acuerdo con las definiciones que se establecen en este compendio.

¹⁰⁴ Anexo incorporado por la Circular IF/N° 162, de 9 de noviembre de 2011.

Estructura Computacional del archivo:

INFORME DE INSTRUMENTOS DE INVERSIÓN QUE CONFORMAN LA GARANTÍA DE ISAPRES

N° CAMPO	NOMBRE DERL CAMPO	TIPO
(01)	CÓDIGO DE CUSTODIO	NUMÉRICO
(02)	CÓDIGO ISAPRE	NUMÉRICO
(03)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	NUMÉRICO
(04)	TIPO DE INSTRUMENTO CÓDIGO SUPERINTENDENCIA	ALFANUMÉRICO
(05)	TIPO DE INSTRUMENTO / CÓDIGO SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES	ALFANUMÉRICO
(06)	CÓDIGO NEMOTÉCNICO DE INSTRUMENTO	ALFANUMÉRICO
(07)	CÓDIGO MONEDA DE EMISIÓN	ALFANUMÉRICO
(08)	RUT DEL EMISOR	NUMÉRICO
(09)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL EMISOR	ALFANUMÉRICO
(10)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR	ALFANUMÉRICO
(11)	PRECIO SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES	NUMÉRICO
(12)	NÚMERO DE UNIDADES	NUMÉRICO
(13)	VALOR TOTAL DEL INSTRUMENTO	NUMÉRICO
(14)	FECHA DE VENCIMIENTO	NUMÉRICO
(15)	INDICADOR DE CUSTODIA FÍSICA	ALFANUMÉRICO
(16)	CATEGORÍA DE RIESGO	ALFANUMÉRICO

Definiciones del archivo:

INFORME DE INSTRUMENTOS QUE CONFORMAN GARANTÍA DE ISAPRES

Deben informarse todos los instrumentos que conforman la garantía existente de una isapre, a la fecha que se informa y valorizados según Lista de Precios que entrega diariamente la Superintendencia de Pensiones.

Se requiere un registro por cada instrumento.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO DEL CUSTODIO	Corresponde al código único que identificará al banco custodio ante esta Superintendencia. Fuente: Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras ("Lista de Instituciones Fiscalizadas por SBIF" publicada en su página Web Institucional). <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Corresponde al código numérico que identifica en forma única a la isapre en esta Superintendencia. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero.
(03)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Corresponde a la fecha del día en que se envía la información a esta Superintendencia. Debe informarse de acuerdo con el formato AAAAMMDD, donde: AAAA = año MM = mes DD = día <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero.
(04)	TIPO DE INSTRUMENTO CÓDIGO SUPERINTENDENCIA	Corresponde al código (letra de "a" hasta "p") que identifica al tipo de instrumento de inversión. Estos identificadores se encuentran en el cuerpo y en las tablas de límites por instrumento y emisor que forman parte de la Circular N° 77 del 10 de Junio de 2004 y sus modificaciones, o aquella que la reemplace. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Debe informarse con un carácter alfanumérico distinto de blanco.
(05)	TIPO DE INSTRUMENTO CÓDIGO SAFF	Corresponde al código de instrumento según norma que entrega la Superintendencia de Pensiones para instrumentos de inversión aceptados.

		Fuente: Letra H de la Circular N° 1209 del 10 de Junio de 2002 de la Superintendencia de Pensiones y sus modificaciones. Si el instrumento no tiene código de la Superintendencia de Pensiones, se debe informar con ceros. Validadores técnicos del Campo Campo alfanumérico, distinto de blanco.
(06)	CÓDIGO NEMOTÉCNICO DEL INSTRUMENTO	Este campo debe indicar el código nemotécnico de los instrumentos informados, definido o autorizado por la Superintendencia de Valores y Seguros. Dicha definición se encuentra en la Circular N° 1085 del 28 de Agosto de 1992 y sus modificaciones. Si el instrumento de inversión no tiene código nemotécnico asignado, el campo se debe informar con ceros. Validadores técnicos del Campo Campo Alfanumérico
(07)	CÓDIGO DE EMISIÓN MONEDA	Corresponde al tipo de moneda o tipo de cambio utilizado al momento de la inversión (a la fecha de emisión) No admite códigos distintos de : 1 = Pesos 2 = UF 3 = IVP Validadores técnicos del Campo Campo numérico
(08)	RUT DEL EMISOR	Corresponde al número de RUT del EMISOR del instrumento de inversión, campo NO incluye dígito verificador. Cuando se trate de Tipos de instrumento "c", "h", "i", "j" y "k", correspondientes a Cuotas de Fondos Mutuos o de Inversión, los campos 8, 9 y 10, deberán contener el RUT, el dígito verificador y el nombre correspondiente, asociados al registro de valores de la Superintendencia de Valores y Seguros,. Cuando se trate del Tipo de Instrumento "Acreencias" ("n"), los campos 8, 9 y 10, deberán

		hacer referencia al RUT, dígito verificador y nombre de la isapre. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero (0)
(09)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL EMISOR	Corresponde al dígito verificador del RUT del emisor (punto 08), que entrega la rutina de verificación módulo 11. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico, distinto de blanco, y que puede contener 1 dígito (de 0 a 9), o bien la letra "K", según corresponda.
(10)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR	Se informa aquí el Nombre o Razón Social de la entidad que emite el instrumento de inversión. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico distinto de blanco.
(11)	PRECIO SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES	Precio unitario o valor de una unidad de inversión del instrumento en pesos, informado diariamente por la Superintendencia de Pensiones a través de su sitio web. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero (0). Se aceptan decimales en un máximo de cuatro (4).
(12)	NÚMERO DE UNIDADES	Corresponde al valor de emisión (ej. valor nominal de un depósito a plazo, de pagaré, de bonos), o cantidad de unidades (ej: acciones, cuotas de fondos de inversión o mutuos), consideradas en la inversión. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero (0), máximo 4 decimales.
(13)	VALOR DEL INSTRUMENTO TOTAL	Corresponde al valor total del instrumento expresado en pesos, de acuerdo al número de unidades y a su valor unitario a la fecha de la información. Se obtiene de multiplicar el campo 11 (precio

		Superintendencia de Pensiones), por el campo 12 (número de unidades o valor nominal). Para los tipos de instrumento con Código Superintendencia (campo 4) igual a: "d", "e", "f", "n", "ñ", "o": El valor total se obtiene del modo ya indicado, considerando el campo (11) Precio Superintendencia de Pensiones igual a 1. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico, distinto de cero (0)
(14)	FECHA DE VENCIMIENTO	Corresponde a la fecha de vencimiento del instrumento de inversión. Campo utilizado especialmente cuando se trata de instrumentos de renta fija, boletas de garantía y pactos entre otros. Debe informarse de acuerdo con el formato AAAAMMDD, donde: AAAA = año MM = mes DD = día Si instrumento no maneja fecha de vencimiento, el campo debe ser informado con ceros. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico
(15)	INDICADOR DE CUSTODIA FÍSICA	Informa la ubicación física del instrumento, de acuerdo con los siguientes códigos: DCV = Depósito Central de Valores CUS = En el mismo Banco Custodio ADM = Administradora de Inversiones, Filial del Banco Custodio ISA = Isapre, sólo en caso de acreencias por deudas de cotizaciones. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico, no admite códigos distintos a los indicados.
(16)	CATEGORÍA DE RIESGO	Informa la categoría de riesgo asignada al instrumento de inversión, por la Comisión Clasificadora de Riesgo (CCR) o aquella que la reemplace, de acuerdo con los siguientes códigos: 1=N-1

		2=Letra (a) Art. 45 DL 3500 3=AAA 4=AA+ 5=AA 6 = AA- <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico, no admite códigos distintos a los indicados.

Capítulo IV Información relativa al funcionamiento de las isapres

Título I: Información sobre hechos relevantes

La isapre deberá comunicar a la Superintendencia todo hecho o información relevante para fines de supervigilancia y control, respecto de ella misma y de sus operaciones y negocios.

1. Definición de “Hecho Relevantes”

Se entenderá por “Hecho Relevante”, todo evento, circunstancia o antecedente de ocurrencia no frecuente o periódica que tenga o pueda tener influencia o efecto para la isapre y para fines de la supervigilancia y control de la Superintendencia, principalmente, en relación a materias de gestión administrativa, operacional y económica-financiera o cualquier cambio significativo que afecte las operaciones, funcionamiento y resultados de la isapre.¹⁰⁵

La isapre tendrá la obligación de informar todo hecho que afecte su operación, funcionamiento, resultados y patrimonio, que reúna las características y condiciones aludidas en el párrafo precedente, entendiéndose por tales, entre otros, y sin que sea una enumeración taxativa, los hechos relevantes que se incluyen en el listado contenido en el Anexo de este Título.¹⁰⁶¹⁰⁷

Párrafo eliminado ¹⁰⁸

La calificación de la información será facultad ¹⁰⁹de la propia administración o dirección de la isapre, correspondiéndole a ella determinar si un hecho, circunstancia o antecedente reúne las características descritas precedentemente para ser considerado relevante.

Se entenderá que tiene carácter significativo e importante toda operación que afecte más de un 10% de los activos, pasivos o patrimonio de la Institución o más de un 10% de la cartera de la isapre y los eventos de pérdida que no puedan ser cuantificados en monto, por desconocimiento del impacto, o por ser un hecho de magnitudes incalculables al momento de ocurrido.¹¹⁰

La información que se remita a esta Superintendencia podrá ser divulgada por este Organismo por los medios que estime conveniente, sin perjuicio de instruir a la propia Institución que revele dicha información al público en general.

2. Hecho relevante con carácter de reservado

Cuando una isapre diere el carácter de reservados a ciertos hechos o antecedentes que se refieran a operaciones aún pendientes, que al conocerse puedan perjudicar el interés de la institución, de sus socios y/o de sus afiliados o beneficiarios, comunicará tal circunstancia a la Superintendencia.

Una vez que la isapre resuelva que cesó el carácter de reservado del hecho de que se trate, deberá comunicarlo como hecho relevante, en caso que corresponda, conforme a las presentes instrucciones.

3. Procedimiento de información de los hechos relevantes

La información que se envíe a esta Superintendencia deberá ser suscrita por la mayoría absoluta de los directores existentes o, en su caso, por la totalidad de los administradores. Sin perjuicio de la

¹⁰⁵ Párrafo reemplazado por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹⁰⁶ Primera frase modificada por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹⁰⁷ Segunda frase eliminada por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹⁰⁸ Párrafo tercero eliminado por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹⁰⁹ Palabra “exclusiva” eliminada por Resolución Exenta IF/N° 661 de 2019.

¹¹⁰ Párrafo trasladado por Resolución Exenta IF/N° 661 de 2019.

responsabilidad del directorio o administradores, éstos podrán facultar al presidente del directorio, al gerente general o al representante legal de la sociedad para suscribir esta información.

El otorgamiento de la antedicha facultad deberá constar en acta de sesión de directorio o del órgano de administración que corresponda, en caso de entidades que no sean sociedad anónima.

A esta Superintendencia se deberá remitir una copia del acta referida precedentemente, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la fecha del acta.

Por otra parte, las isapres deberán tener una política de divulgación de la información de hechos relevantes. Dicha política y sus modificaciones, deberá ser enviada para conocimiento de la Superintendencia de Salud, dentro del plazo máximo de tres días hábiles contado desde la fecha de su aprobación por parte del Directorio.¹¹¹

4. Contenido de la comunicación sobre hechos relevantes

El contenido de la comunicación sobre los “Hechos Relevantes” o “Hechos Relevantes con Carácter de Reservados” será el siguiente:

- a) Fecha de la información.
- b) Identificación de la Institución de Salud Previsional.
- c) Indicación de que la comunicación se hace en virtud de lo establecido en el artículo 218 del DFL N° 1, y que se trata de un Hecho Relevante o Hecho Relevante con Carácter de Reservado de la isapre.

Adicionalmente se deberá estampar como título, en letras mayúsculas, las palabras “HECHO RELEVANTE” o “HECHO RELEVANTE CON CARÁCTER DE RESERVADO”, según corresponda.

d) Información del Hecho Relevante o Hecho Relevante con carácter de reservado. Deberá incluirse en forma clara y detallada la descripción pormenorizada del hecho o información relevante o reservada, así como del o los efectos que genera o pudiere generar para la isapre y sus beneficiarios¹¹². Al respecto, a modo referencial, se deberá considerar: (i) montos que pueden estar involucrados; (ii) relaciones de propiedad o de administración que pudieran existir con terceros involucrados; (iii) tiempos o plazos estimados para llevar a cabo o resolver la operación; (iv) estado o etapa en la que se encuentra la operación; (v) garantías, indemnizaciones o compensaciones asociadas a ella; (vi) efectos financieros que pudiere tener sobre los activos, pasivos o resultados de la isapre; (vii) si los acuerdos adoptados por el directorio sobre la materia que trata el hecho relevante, fueron aprobados por unanimidad o mayoría absoluta de los asistentes; y (viii) otros antecedentes que se consideren relevantes para la adecuada comprensión y evaluación del hecho de que se trate.¹¹³

e) Descripción de las medidas que adoptó la isapre.¹¹⁴

f) Firma(s) de quién(es) suscribe(n).

La información requerida se deberá remitir a través de una carta impresa.

¹¹¹ Párrafo incorporado por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹¹² Frase modificada por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹¹³ Circular IF/N° 225 de 2014

¹¹⁴ Incorporado por Circular IF/N° 325 de 2019.

Los hechos relevantes deberán ser acompañados por los documentos que sustentan la información revelada, tales como actas del directorio, de la junta de accionistas, contratos comerciales, ofertas comerciales, registros de accionistas, informes de auditores externos o internos, etc. Sin perjuicio de lo anterior, esta Superintendencia podrá solicitar antecedentes adicionales en caso que lo amerite.¹¹⁵

5. Plazo

El plazo para enviar la carta que comunica el “Hecho Relevante” o “Hecho Relevante con Carácter de Reservado” es de dos¹¹⁶ días hábiles contado desde la ocurrencia del hecho o desde que se tenga conocimiento de él.

6. Obligación de informar a la Superintendencia de Salud prohibición que afecte a alguno de sus representantes

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 dos¹¹⁷ días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho o desde que se tenga conocimiento de él, y adoptar las medidas pertinentes.

¹¹⁵ Párrafo incorporado por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹¹⁶ Circular IF/N° 225 de 2014

¹¹⁷ Circular IF/N° 225 de 2014

Anexo: Hechos relevantes obligatorios de informar

Para efectos de lo dispuesto en el artículo 218 del DFL N° 1, son hechos relevantes y obligatorios de informar por parte de las isapres, los que se enumeran a continuación:

A) En materia de la gestión administrativa.

1.- El nombramiento, renuncia, remoción o cese en sus funciones del presidente, directores, gerentes o administradores de la isapre y de todo otro personero de la Institución que cuente con poderes de representación ante la Superintendencia.

Conjuntamente con la información del nombramiento del nuevo director, gerente, administrador, apoderado o representante legal se deberá 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. Además, en dicho documento deberá indicarse que éstos no cumplen funciones de administración en un prestador de salud ni desempeñan el referido rol en alguna empresa relacionada que tenga injerencia en los prestadores.¹¹⁸

2.- Informes de auditorías realizadas por los auditores internos y externos en los que se realicen observaciones de importancia, que impacten en los procesos o situación financiera de la isapre.

3.- Prohibiciones establecidas en el artículo 176 del DFL N°1, de 2005, de Salud que afecten a algún director, gerente, administrador, apoderado o representante legal de la Isapre, en cualquiera de las siguientes situaciones:¹¹⁹

- Las previas al nombramiento, que se acreditan con los certificados correspondientes o declaración jurada notarial, en su caso; y
- Las prohibiciones que le sobreviene a alguien que está ejerciendo un cargo y las medidas adoptadas por la isapre.

4.- Cambio de domicilio de la Oficina Matriz de la isapre.

5.- Cambio en los auditores externos.¹²⁰

B) En materia de la gestión operativa.¹²¹

1.- El proceso de remisión de cartas de término de contratos de salud que afecten al 10%, o más, de la cartera de cotizantes en el período de un año.

2.- Los resultados de los procesos de revisión y negociación para la modificación de planes grupales.¹²²

3.- Los procesos de negociación colectiva o convenios que tengan impacto en la renovación o mantención de planes colectivos de salud en isapres cerradas.

¹¹⁸ Párrafo incorporado por Circular IF/N° 325 y modificado por Resolución Exenta IF/N° 661, ambos de 2019.

¹¹⁹ Números 2 y 3 modificados por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹²⁰ Números 4 y 5 incorporados por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹²¹ Números 2 al 10 incorporados por RE IF/N° 661 de 2019.

¹²² Número reemplazado por Circular IF N° 418, de 28.12.2022

4.- Cambios en las modalidades para acceder a los beneficios, ya sea en el procedimiento establecido para otorgar determinadas prestaciones o en los prestadores de salud.

5.-Reprocesos masivos producto de errores en el otorgamiento de beneficios que sean detectados por la institución.¹²³

6.- La ocurrencia de cualquier siniestro que perjudique a un prestador que tiene convenio con la isapre y que afecte de manera significativa en el otorgamiento de beneficios pactados con sus beneficiarios, tales como incendios, derrumbes, etc.

7.- Suscripción, modificación y término de contratos de servicios externalizados, relacionados con la ejecución de parte de los procesos de adecuación de contratos de salud, licencias médicas, otorgamiento y pago de beneficios, cuando afecte la continuidad de los servicios o perjudique de cualquier otro modo a los beneficiarios.”.

8.- Inconvenientes o caídas en los sistemas informáticos de la isapre que dificulten o impidan la continuidad de operaciones, afectando de manera significativa la tramitación y obtención de los beneficios a los afiliados, empleadores o prestadores de salud.

9.- Problemas de funcionamiento o caídas de sistemas informáticos de entidades externas, tales como operadores contratados por la isapre para la emisión de órdenes de atención, o en farmacias en convenio para el uso de excedentes, cuando aquéllos afecten de manera significativa la obtención de los beneficios”.

10.- Problemas de funcionamiento o caídas del sitio web de la isapre, que impidan de manera significativa el normal acceso a la información publicada y la realización de las transacciones habituales a través de dicho canal.¹²⁴

11.- Cambios en las políticas y plazos¹²⁵ de pago, tanto a los afiliados como a los prestadores médicos.

12.- Los procesos de negociación colectiva, huelga o paro que acontezcan en la Isapre y las medidas de contingencia adoptadas en cada caso¹²⁶.

13.- Los procesos de negociación colectiva, huelga o paro que se verifiquen en cualquiera de sus prestadores en convenio y/o asociados a sus planes de salud.

14.- Suscripción, modificación o término por cualquier causa, de contratos o convenciones que revistan importancia para la entidad o signifiquen cambios en la tramitación y otorgamiento de beneficios a los afiliados.¹²⁷

15.- Las modificaciones o término de convenios con prestadores cerrados o preferentes; los procesos de negociaciones o revisiones que eventualmente puedan dar lugar a modificaciones o término de dichos convenios; y las situaciones relacionadas con incumplimientos e insuficiencias de los referidos prestadores.¹²⁸

¹²³ Números 2, 3, 4 y 5 incorporados por Circular IF/Nº 325 de 2019.

¹²⁴ Números 6, 7, 8, 9 y 10 incorporados por Circular IF/Nº 325 de 2019 y modificados por Resolución Exenta IF/Nº 661 de 2019.

¹²⁵ Término incorporado por RE IF/Nº 661 de 2019.

¹²⁶ Número modificado por RE IF/Nº 661 de 2019.

¹²⁷ 3, 4 y 5 Agregados por Circular IF/Nº 225/2014, actuales 12, 13 y 14 según modificación efectuada a través de RE IF/Nº 661.

¹²⁸ Número 15 incorporado por Circular IF/Nº 413 de 2022

C) En materia de la gestión económica-financiera

- 1.- Los acuerdos sobre la transformación, división, fusión, venta de la Institución, la adquisición de otras empresas o cualquier otra modificación sustancial de la Institución.
- 2.- Los acuerdos entre isapres tendientes a establecer alianzas, acuerdos de colaboración o cualquier otra forma de actuación conjunta en materias propias del ejercicio del objeto exclusivo de las Instituciones.
- 3.- Los cambios de control en la administración de la Institución y los cambios de propiedad que tengan o puedan tener impacto en él.
- 4.- La participación de la Institución en la propiedad de otra Institución fiscalizada.
- 5.- El acuerdo tendiente a transferir la cartera de afiliados y beneficiarios.
- 6.- Cualquier tipo de transacción u operación comercial o financiera con entidades relacionadas con la propiedad o gestión de la isapre, que por sí sola o en conjunto con otras operaciones con dichos entes relacionados, involucre montos significativos que pudieran afectar la situación financiera de la institución, ya sea su liquidez, endeudamiento, garantía¹²⁹ y/o patrimonio.¹³⁰
- 7.- Condiciones de liquidez que le impidan el cumplimiento de obligaciones con terceros, pago de beneficios a afiliados y pagos a prestadores, impuestos, cotizaciones previsionales, etc.
- 8.- La ocurrencia de cualquier siniestro, o incumplimiento de pago por parte de empresas relacionadas o terceros, que afecten a la isapre en, a lo menos, el 10% de su patrimonio.¹³¹
- 9.- Toda contingencia que pueda afectar en forma significativa, sea positiva o negativamente, los activos o pasivos de la isapre, tales como juicios, conflictos laborales, otorgamiento de garantías a favor de terceros o de éstos a favor de la isapre y otros similares.

Se elimina párrafo.¹³²

- 10.- Las ofertas, negociaciones, transformaciones de la sociedad o transacciones que afecten al controlador de la isapre.¹³³
- 11.-Las ofertas, negociaciones o transacciones relacionadas al cambio de propiedad y control que involucren al(los) controlador(es) del accionista mayoritario de la isapre.
- 12.-La realización de inversiones importantes destinadas a expandir las actividades.
- 13.- Ajustes contables de carácter significativo en los estados financieros, que afecten el patrimonio o que tengan su origen en la detección de errores que afectaron los resultados de ejercicios financieros anteriores.¹³⁴

¹²⁹ Término incorporado por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹³⁰ Circular IF/N° 225 de 2014

¹³¹ Modificado por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹³² Párrafo eliminado a través de Circular IF/N° 225 de 2014

¹³³ Incorporado por Circular IF/N° 325 y modificado por RE IF/N° 661, ambos de 2019.

¹³⁴ 12 y 13 modificados según Resolución Exenta IF/N° 423 de 2014

14.- Gravámenes sobre las acciones de la isapre, realizadas por ésta, terceros o sus accionistas.

15.-Variaciones significativas en tasas de interés, plazos u otras condiciones de las deudas, capitalizaciones de créditos y /o condonación parcial o total de las deudas, todas ellas, resultantes de negociaciones o de suscripción de convenios de pago con acreedores generales o prestadores de salud.

16.-Suscripción de convenios o realización de negociaciones con deudores importantes, que tengan un efecto significativo en el patrimonio de la Institución.¹³⁵

17.- Eventuales dificultades para el cumplimiento de los niveles de garantía o inversiones financieras que la respalde.

18.-Acuerdos sobre dividendos y su distribución.

19.-Cambios de políticas contables que signifiquen el reconocimiento o no de activos, pasivos, resultados o patrimonio.

20.- Flujos de caja negativos por más de un periodo consecutivo.

21.- Comunicaciones con sus auditores externos sobre el examen de los estados financieros y cartas de control.¹³⁶

Párrafo trasladado.¹³⁷

D) En materia de estatutos y Gestión Corporativa¹³⁸

1.- Cualquier modificación de las estipulaciones estatutarias.

2.-Definición de nuevas políticas corporativas o modificación de las existentes.

3.-Conflictos de interés o inhabilitaciones que sean declarados por accionistas, directores, gerentes de la isapre, ya sea con empresas externas, del holding o familiares.

4.-Modificaciones o cambios que sean producto de su gestión de riesgos o Gobierno Corporativo.¹³⁹

¹³⁵ Número 16 incorporado por Circular IF/N° 325 y modificado por RE IF/N° 661, ambos de 2019.

¹³⁶ Números 14, 15, 17, 18, 19, 20 y 21 incorporados por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹³⁷ Párrafo modificado por Circular IF/N° 325 y trasladado por Resolución Exenta IF/N° 661 de 2019.

¹³⁸ Título modificado por Circular IF/N° 325 de 2019.

¹³⁹ Números 2, 3 y 4 incorporados por Circular IF/N° 325 de 2019.

Título II: Información sobre agentes de ventas

I. Registro de agentes de ventas¹⁴⁰

1. La Superintendencia mantendrá un Registro de agentes de ventas en el que se inscribirán todas las personas que cumplan con los requisitos señalados en la ley, independientemente de su denominación o cargo en la isapre.
2. La incorporación al Registro de un agente de ventas se efectuará sólo por la isapre habilitante.

Será responsabilidad de la isapre verificar que los agentes de ventas cumplen con los requisitos señalados en la Ley, para lo cual deberá mantener a disposición de la Superintendencia los antecedentes que correspondan.

3. Por otra parte, también será responsabilidad de la isapre mantener actualizado el Registro, practicando las incorporaciones o retiros correspondientes, a más tardar el tercer día hábil, contado desde que éstos se produzcan. En todo caso, tratándose de incorporaciones, el Registro siempre deberá materializarse antes de que el agente de ventas inicie sus funciones. En el mismo plazo se deberán efectuar las modificaciones de los datos personales que los agentes de ventas les informen.
4. Con ocasión de la contratación de un agente de ventas, la isapre deberá confeccionar una Ficha de Registro para cada ejecutivo contratado, la que deberá ajustarse al Anexo de este Título y mantenerse en archivadores físicos o en medios magnéticos, a disposición de la Superintendencia.

En este archivador se deberá incluir el certificado de la capacitación efectuada a aquellos agentes inscritos por primera vez en el registro y los certificados que den cuenta de la actualización de la capacitación que se realiza cada tres años, a que se refieren las instrucciones sobre agentes de ventas.

¹⁴⁰ Las instrucciones referidas al procedimiento de incorporación al Registro de Agentes de Ventas se contienen en el Título IV del Capítulo V del Compendio de Procedimientos.

Anexo: Ficha de Registro

FICHA DE REGISTRO

FOTOGRAFÍA

(Tamaño no superior

a 3,5 por 4,5 cms.)

(Nombre completo Agente de Ventas)

Nº de RUT o C.I.

Firma

Título III. Información a la Superintendencia, a los empleadores y afiliados sobre las agencias, sucursales u oficinas de atención de público

1. Información sobre modificación de datos informados respecto a 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 dicho Organismo con una antelación de, a lo menos, 20 días hábiles, a la fecha en que se pretende la modificación, sin perjuicio de las reglas especiales que se indican a continuación y, en lo relacionado con la materia, en el Compendio de Procedimientos, de esta Superintendencia.¹⁴¹

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 público¹⁴²

El cierre definitivo de agencias, sucursales u oficinas destinadas a la atención de público deberán ceñirse a lo dispuesto en el Título VII “Funcionamiento de sucursales, agencias y oficinas de atención de público”, del Capítulo VI “Procedimientos Operativos de las Isapres”, del Compendio de Procedimientos de esta Superintendencia.

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.

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.

¹⁴¹ Párrafo modificado por la Resolución Exenta N°419, del 27.10.14, y por la Circular IF/N° 315, de 20.8.18.

¹⁴² Numeral modificado por la Circular IF/N°246, del 27.05.15

6. Cierre temporal de sucursales, agencias u oficinas de atención de público

Cualquier cierre de la sucursal, agencia u oficina de atención de público o modificación de horarios deberá ajustarse a lo dispuesto en el Título VII, del Capítulo VI del Compendio de Procedimientos de esta Superintendencia.¹⁴³

7. Sobre los funcionarios de las isapres en las oficinas

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.

¹⁴³ Este numeral fue modificado por la Circular IF/N°223, del 13 de agosto de 2014

Título IV: Información a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales sobre variación de precios base [Eliminado]^{144 145 146}

¹⁴⁴ Instrucciones sobre el procedimiento de adecuación de los precios base se contienen en el Capítulo I del Compendio de Procedimientos.

¹⁴⁵ Título modificado por la Circular IF/N° 205, de 9 de diciembre de 2013.

¹⁴⁶ Título eliminado por Circular IF/N°401, de 30 de diciembre de 2021.

Título V: Registros de información que deben mantener las isapres¹⁴⁷¹⁴⁸

I. Registros relativos a la información sensible de cotizantes y beneficiarios

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.

1. Registros de peticiones de información

Las isapres habilitarán los siguientes registros, que deberán permanecer a disposición de la Superintendencia de Salud:

- 1.1. Registro en el que se consignent las peticiones de información que reciban de otra isapre, indicando quién ha formulado la solicitud y un extracto de la respuesta que se hubiere dado.
- 1.2. Registro en el que se consignent las peticiones formuladas por terceros, compañías de seguro, liquidadores de siniestro y administradoras de fondos de pensiones, distinguiendo al peticionario, individualizando al solicitante y un extracto de la respuesta que se hubiere dado.
- 1.3. Registro en el que se consignent las peticiones de información que se formulen por el titular de los datos y la fecha de su entrega.

2. 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 de otros seguros 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 la Superintendencia.

3. Información a la Superintendencia acerca de los mecanismos que se implementen y mantengan operativos relativos a la 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.

La información relativa a los beneficiarios y beneficiarias de isapre y que deba ser entregada a los establecimientos privados de venta, arriendo, distribución o entrega de artículos, insumos y/o

¹⁴⁷ Las instrucciones relativas al procedimiento que deberán adoptar los seguros previsionales de salud frente a requerimientos de datos sensibles de sus cotizantes y beneficiarios se contienen en el Título III del Capítulo VI del Compendio de Procedimientos.

¹⁴⁸ Modificado por Circular IF N°232, de 11.11.2014

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.

Los mecanismos que las isapres adopten o hubiesen adoptado para cumplir con estas instrucciones deberán ser informados a la Superintendencia de Salud, remitiendo una carta al Departamento de Fiscalización.

Toda modificación que experimente la información en cuestión debe ser informada, en los términos expresados en el párrafo anterior, a más tardar dentro de la semana siguiente a su implementación.

II. Información y registros relativos a la 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.

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. Fiscalización y control

1.1. Las isapres deberán disponer en todo momento, para fines de respaldo y consulta de la Superintendencia, documentación actualizada que permita conocer los antecedentes generales en que se fundamentan los sistemas de comunicaciones utilizados, incluyendo el acceso a los equipos computacionales que soportan dichos sistemas.

1.2. A lo menos, las isapres deberán disponer de documentación que incluya los siguientes antecedentes generales:

- a) Procedimientos administrativos y de control de los sistemas utilizados.
- b) Características técnicas del software y hardware de los sistemas en aplicación.
- c) Manuales de uso y aplicación de los sistemas.
- d) Acuerdos o convenios entre la isapre y terceros.
- e) Contrato de prestación de servicios entre la isapre y el tercero administrador del intercambio de datos.

2. Registro de Documentación Electrónica

2.1. Las isapres deberán llevar un Registro de Documentación Electrónica de los mensajes enviados y recibidos, que indiquen, 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.

2.2. Dentro de los cinco primeros días hábiles de cada mes, las isapre deberán generar una copia en papel o microforma tanto del Registro de Documentación Electrónica, como del contenido de los mensajes enviados y recibidos.

3. Registro de operadores

Las isapres deberán llevar un registro de sus operadores autorizados, así como una descripción de las operaciones en las que tienen responsabilidad y autorización para el uso de las correspondientes firmas electrónicas.

4. Información a la Superintendencia sobre mensajes no recibidos

Dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, las isapres deberán analizar sus Registros de Documentación Electrónica y determinar aquellos mensajes no recibidos al último día hábil del mes anterior, para que, dentro de los dos días siguientes, informe a esta Superintendencia los casos que se encuentren en esta situación.

5. Situaciones anómalas

Cualquier otra situación anómala que se produzca por el incumplimiento de estas instrucciones deberá ser informada a esta Superintendencia inmediatamente después de haberse tomado conocimiento del hecho que la constituye.

En las hipótesis señaladas en el párrafo anterior o en el numeral precedente, este Organismo Fiscalizador, con el objeto de regularizar las anomalías informadas, instruirá a las respectivas isapres, si fuese del caso, para la obtención de un informe pericial, destinado a clarificar la materia que sea objeto de las deficiencias, especificando las causas que las produjeron.¹⁴⁹

III. Registros de profesionales médicos

1. Información de Contralores Médicos de Isapres que autorizan, modifican o rechazan licencias médicas¹⁵⁰.

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”.

A objeto de mantener actualizado el citado Registro, la isapre deberá remitir a la Unidad de Coordinación Legal y Sanciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, por correo electrónico y dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes, las modificaciones de los datos contenidos en aquel, que se originen en el mes inmediatamente anterior a la fecha de envío, utilizando el formato de la planilla Excel que se adjunta en el presente título.

¹⁴⁹ Párrafo introducido y frase final del párrafo primero agregada, por Circular IF/275, de 2016.

¹⁵⁰ Número modificado por la Circular IF/N° 177, de 17 de octubre de 2012.

Las modificaciones pueden corresponder, entre otras, a nuevas contrataciones, desvinculaciones y/o reemplazo temporal de un médico contralor por vacaciones o licencia médica. Cambio de domicilio laboral o cambio en los datos personales, como por ejemplo, teléfono, correo electrónico y/o firma.

Si la modificación corresponde a un cambio de la firma de un médico contralor, se deberá adjuntar en el campo respectivo el archivo pdf con la nueva firma.

Si la modificación se origina como consecuencia de una nueva contratación y/o reemplazo temporal de un contralor médico, la isapre deberá enviar en un archivo pdf, la cédula de identidad del respectivo médico, reproducida por ambos lados, su firma y un certificado o cualquier documento oficial que acredite su título de médico cirujano (título profesional otorgado por un Establecimiento de Educación Superior, validado según la ley chilena), o, en su defecto, el número de su inscripción en el Registro de Prestadores Individuales que lleva esta Superintendencia. Adicionalmente, y cuando corresponda, deberá informarse el nombre del contralor médico que ha sido reemplazado temporalmente y el período que abarca dicho reemplazo.

Quando a un médico contralor se le haya aplicado alguna de las sanciones establecidas en los numerales 2, 3 o 4 del artículo 8°, de la Ley N°20.585 “Otorgamiento y uso de licencias médicas” y ésta se encuentre ejecutoriada, la isapre deberá registrar en la planilla Excel, el tipo de sanción aplicada (multa o suspensión) y la fecha en que quedó ejecutoriada.

INFORMACIÓN REFERIDA A CONTRALORES MÉDICOS DE ISAPRE¹⁵¹

ISAPRE:

[illegible]

Nota:

- 2.- Indicar en una nota al pie de la planilla el nombre del médico contralor que ha sido reemplazado temporalmente y el período de su reemplazo.

¹⁵¹ Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

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 de Salud ha habilitado para tales efectos en el sitio www.supersalud.cl, el que contiene los requisitos necesarios para que dichos profesionales puedan incorporarse al registro, el procedimiento para efectuar la solicitud de inscripción, las causales de cancelación de la misma y los formularios necesarios que deben completarse.

2.2. Registro del médico revisor

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 al mencionado registro 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 inciso 8° del artículo 189 del DFL N° 1. Asimismo, la inscripción de un médico cirujano en el mencionado registro no certifica especialidad alguna.

IV. Registro de los reclamos deducidos por cotizantes y/o beneficiarios

Tanto las isapres como el Fondo Nacional de Salud deberán implementar un Registro de Reclamos único, donde inscribirán en forma correlativa todos los reclamos que reciban, directamente o por derivación y que deban resolver en virtud de lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 127 del DFL N° 1.

Dicho registro, al que se deberá poder acceder por el nombre o R.U.T. del reclamante, deberá estar actualizado y a disposición de la Superintendencia para su consulta, en la oficina de la entidad reclamada. En el caso del Fondo Nacional de Salud se entenderá por “oficina”, la Dirección Regional correspondiente.

El Registro deberá contar con los antecedentes que se señalan a continuación, en el orden que se indica:

1. Individualización del reclamante (cotizante, beneficiario o mandatario, en el caso que aquéllos concurren representados), con su nombre, R.U.T., domicilio y teléfono.
2. Fecha de recepción del reclamo, especificando si fue derivado por la Superintendencia.
3. Materia del reclamo, de conformidad con la clasificación contenida en el Anexo del Título XVII, del Capítulo II: Archivos Maestros, de este Compendio. Cada reclamo deberá ser clasificado en una sola materia; si en la presentación se incluyeran asuntos relativos a más de una cuestión reclamada, la entidad la clasificará sobre la base de la materia principal que esté siendo reclamada.
4. Fecha de despacho de la respuesta del reclamo o de la celebración del acuerdo entre las partes que pone fin al reclamo.

TÍTULO VI: Envío de información y parámetros técnicos a considerar en la verificación del aumento de los costos operacionales que justifiquen las alzas del precio base.

TÍTULO VI: Envío de información y parámetros técnicos a considerar en la verificación del aumento de los costos operacionales que justifiquen las alzas del precio base.¹⁵²

Las isapres deberán informar a esta Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de sus planes de salud, dentro del plazo de quince días corridos contado desde la publicación del Indicador de Costos de la Salud (ICSA). La Superintendencia, por su parte, verificará oportunamente los antecedentes presentados, de conformidad con las reglas que se establecen en este Título.

En caso de que la isapre determine aumentar el precio base de todos sus planes de salud individuales, deberá informar el porcentaje de ajuste que aplicará a todos ellos, que en ningún caso podrá ser superior al indicador calculado por esta Superintendencia, señalado en el párrafo precedente. La decisión de cada isapre deberá ser motivada, debiendo informarse las justificaciones, conforme a los parámetros que se establecerán a continuación.

Por tanto, la comunicación que efectúe la isapre en cumplimiento del numeral tercero del artículo 198 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de salud, deberá contener los siguientes datos:¹⁵³

a. Porcentaje de la variación anual del gasto por persona beneficiaria, con consideración de todas aquellas prestaciones de salud bonificadas por las isapres que se financian a través del plan complementario de salud, y con exclusión de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud

Para el cálculo de la variación de los costos de las prestaciones de salud se considerarán aquellas prestaciones bonificadas por la isapre (códigos Modalidad Libre Elección (MLE) del FONASA, códigos Superintendencia de Salud¹⁵⁴ y códigos Propios de isapre) financiadas a través del plan complementario de salud.

Al respecto, la isapre deberá acompañar la variación anual del costo por persona beneficiaria en UF para las prestaciones bonificadas (códigos Modalidad Libre Elección (MLE) del FONASA, Superintendencia de Salud y Propios de isapre)¹⁵⁵.

La variación de costos de las prestaciones de salud de un año en particular (año de análisis), se calcula con relación al año inmediatamente anterior (año base).

Consideraciones importantes:

- Valor Unidad de Fomento (UF): Se usa el valor día promedio de cada mes. Información disponible en la página web del Servicio de Impuestos Internos (SII), debiendo considerarse sus dos decimales.¹⁵⁶
- Para calcular montos en UF, la Superintendencia considera que el costo anual en prestaciones de salud en UF se calcula como la suma de los costos mensuales en prestaciones de salud en UF.
- Para calcular el valor en UF per cápita, se utiliza la población beneficiaria anual promedio, es decir, el promedio de la cartera mensual de afiliados de los doce meses del año.

¹⁵² Título incorporado por Circular IF/N°447 de 21.11.2023, que fue modificada mediante la Resolución Exenta IF/N°4680, de 26.03.2024.

¹⁵³ Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

¹⁵⁴ Estos son los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000.

¹⁵⁵ Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

¹⁵⁶ Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

TÍTULO VI: Envío de información y parámetros técnicos a considerar en la verificación del aumento de los costos operacionales que justifiquen las alzas del precio base.

La Isapre deberá entregar una tabla de los costos de las prestaciones de salud y su variación, para el año de análisis, en relación con el año base (inmediatamente anterior al año de análisis), de acuerdo con el siguiente formato:

Año	Costo por prestaciones en millones de pesos	Costo por prestaciones en UF	Población Beneficiaria anual promedio	Costo en prestaciones por persona beneficiaria en UF	Variación anual %
Año base	M1	C1	B1	G1	-
Año de análisis	M2	C2	B2	G2	Var%

A modo de ejemplo, para el proceso de adecuación del año 2025, el año de análisis sería 2024 y el año base sería 2023.¹⁵⁷

b. Porcentaje de variación anual de la frecuencia de uso de prestaciones bonificadas por las isapres, por persona beneficiaria, con exclusión de las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud¹⁵⁸

La isapre deberá entregar la cantidad anual de prestaciones bonificadas y la variación interanual promedio de prestaciones de salud bonificadas con código Modalidad Libre Elección (MLE) del FONASA, Superintendencia de Salud y Propios de isapre.

La isapre deberá entregar la variación de la frecuencia de las prestaciones de salud del año de análisis en relación con el año base, de acuerdo con el siguiente formato:

Año	Frecuencia de uso anual	Población Beneficiaria anual promedio	Frecuencia de uso de prestaciones bonificadas por persona beneficiaria	Variación anual %
Año base	F1	B1	H1	-
Año de análisis	F2	B2	H2	Var%

¹⁵⁷ Tabla y Nota explicativa modificada por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

¹⁵⁸ Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

TÍTULO VI: Envío de información y parámetros técnicos a considerar en la verificación del aumento de los costos operacionales que justifiquen las alzas del precio base.

c. Porcentaje de variación anual del costo en subsidios de incapacidad laboral por persona beneficiaria de cargo de la isapre, incluidas las licencias médicas que hayan sido reconsideradas por la propia institución o por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez¹⁵⁹

En la variación del costo en subsidios por incapacidad laboral (SIL), la isapre incorporará únicamente las licencias médicas de su cargo de acuerdo con la normativa vigente.¹⁶⁰

Teniendo en consideración lo anterior, la isapre deberá entregar la variación del costo en SIL por persona beneficiaria en UF del año de análisis, en relación con el año base.¹⁶¹

Al respecto, la isapre debe considerar las licencias médicas reconsideradas por la COMPIN o por la propia isapre. Es decir, todas aquellas licencias médicas que en una primera instancia fueron rechazadas o reducidas por la isapre, y que luego fueron reclamadas y finalmente pagadas, parcial o totalmente por la propia institución.

Consideraciones importantes:

- Valor Unidad de Fomento (UF): Se usa el valor día promedio de cada mes. Información disponible en la página web del SII, debiendo considerarse sus dos decimales.¹⁶²
- Para calcular montos en UF, la Superintendencia considera que el costo anual en SIL en UF se calcula como la suma de los costos mensuales en SIL en UF.
- Para calcular el valor del costo en SIL en UF per cápita se utiliza la población beneficiaria anual promedio, es decir, el promedio de la cartera mensual de afiliados de los doce meses del año.

La isapre deberá entregar la variación del costo en SIL del año de análisis, en relación con el año base, de acuerdo con el siguiente formato:

Año	Costo anual en SIL en millones pesos	Costo anual en SIL en UF	Población Beneficiaria anual promedio	Costo en SIL por persona beneficiaria en UF	Variación anual %
Año base	M1	C1	B1	G1	-
Año de análisis	M2	C2	B2	G2	Var%

Para extraer el gasto SIL desde los Archivos Maestros, se debe realizar el mismo procedimiento utilizado para el cálculo del ICOSA, que se encuentra publicado en la web de la Superintendencia de Salud.¹⁶³

¹⁵⁹ Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

¹⁶⁰ Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

¹⁶¹ Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

¹⁶² Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

¹⁶³ Tabla y Nota explicativa modificada por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

TÍTULO VI: Envío de información y parámetros técnicos a considerar en la verificación del aumento de los costos operacionales que justifiquen las alzas del precio base.

d. Costo en unidades de fomento de las nuevas prestaciones contempladas en el arancel a que hace referencia el artículo 159 del DFL N°1, de 2005, de Salud, del año en análisis¹⁶⁴

La isapre deberá informar para el año de análisis el costo en UF, total y per cápita, de las nuevas prestaciones codificadas en el Arancel FONASA MLE para ese año. Se entenderá por nuevas prestaciones a todas aquellas listadas en la resolución exenta que formaliza el nuevo arancel Fonasa MLE de cada año.

Consideraciones importantes:

- Valor Unidad de Fomento (UF): Se usa el valor día promedio de cada mes. Esta información está disponible en la página la web del Servicio de Impuestos Internos (SII), debiendo considerarse sus dos decimales.¹⁶⁵
- Para calcular montos en UF, la Superintendencia considera que el costo anual en prestaciones de salud en UF se calcula como la suma de los costos mensuales en prestaciones en UF.

La isapre deberá entregar una tabla del costo de las nuevas prestaciones de salud de acuerdo con el siguiente formato:

Código Prestación MLE	Costo por prestaciones en millones de pesos	Costo por prestaciones en UF
COD ₁	m ₁	C ₁
COD ₂	m ₂	C ₂
...	...	...
COD _n	m _n	C _n
Total	M	C

e. Porcentaje de variación anual del costo operacional, que corresponde a la suma del costo en prestaciones de salud, excluyéndose las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el

¹⁶⁴ Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

¹⁶⁵ Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

TÍTULO VI: Envío de información y parámetros técnicos a considerar en la verificación del aumento de los costos operacionales que justifiquen las alzas del precio base.

Régimen General de Garantías en Salud, y en subsidios de incapacidad laboral, por persona beneficiaria¹⁶⁶

De acuerdo a lo anterior, la isapre entregará la variación de sus costos operacionales, es decir, la suma de los costos en prestaciones de salud, tal como estos se han definido en la letra a) precedente, con la suma de los costos en subsidios por incapacidad laboral (SIL), definidos en la letra c) anterior, todo esto por persona beneficiaria, en UF, para el año de análisis, en relación con el año base.

Consideraciones importantes:

- Valor Unidad de Fomento (UF): Se usa el valor día promedio de cada mes. Esta información está disponible en la página web del Servicio de Impuestos Internos (SII), debiendo considerarse sus dos decimales.
- Para calcular montos en UF, la Superintendencia considera que el costo anual en prestaciones de salud en UF se calcula como la suma de los costos mensuales en prestaciones de salud en UF.
- Para calcular el valor en UF per cápita, se utiliza la población beneficiaria anual promedio, es decir, el promedio de la cartera mensual de afiliados de los doce meses del año.

La Isapre deberá entregar una tabla de los costos operacionales, esto es, costo de las prestaciones de salud (letra a.) y costos de subsidios por incapacidad laboral (letra b.) y su variación, para el año de análisis, en relación con el año base (inmediatamente anterior al año de análisis), de acuerdo con el siguiente formato:

Año	Costo por prestaciones y SIL en millones de pesos	Costo por prestaciones y SIL en UF	Población Beneficiaria anual promedio	Costo en prestaciones y SIL por persona beneficiaria en UF	Variación anual %
Año base	M1	C1	B1	G1	-
Año de análisis	M2	C2	B2	G2	Var%

A modo de ejemplo, para el proceso de adecuación del año 2025, el año de análisis sería 2024 y el año base sería 2023.

f. Formato y forma de entrega

¹⁶⁶ La Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025. reemplaza la letra e y f antiguos, y actualiza las viñetas de este Título.

TÍTULO VI: Envío de información y parámetros técnicos a considerar en la verificación del aumento de los costos operacionales que justifiquen las alzas del precio base.

La información y tablas de todos los puntos anteriores, debe entregarse en formato Excel, de forma complementaria a la comunicación del alza de precios base a esta Superintendencia, de tal manera de permitir y facilitar la revisión de los antecedentes respectivos.

En el caso de la comunicación, para todas las tablas anteriores, los niveles se deben reportar redondeados sin decimales mientras que los valores de costo per cápita, redondeados con tres decimales. Finalmente, las variaciones porcentuales, se deben entregar redondeadas a un decimal.¹⁶⁷

g. Fuentes de datos

La Superintendencia de Salud realizará la verificación de datos proporcionados por la isapre con base en lo siguiente.

- Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas año base y año de análisis.
- Archivos Maestros de SIL año anterior al base, año base y año de análisis (3 años).
- Estadísticas de cotizantes y cargas año base y año de análisis publicados por esta Superintendencia.

h. Época de entrega¹⁶⁸

Las Isapres deberán informar a esta Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el precio base de sus planes de salud, dentro del plazo de quince días corridos contado desde la publicación en el Diario Oficial del Indicador de Costos de la Salud (ICSA).

¹⁶⁷ Modificado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

¹⁶⁸ Agregado por Circular IF/N°492, de 15 de enero de 2025.

Capítulo V Instrucciones de información relativa a los Contratos de Salud Previsional

Título I: Archivos que las isapres deben mantener en relación a los contratos de salud

1. Archivo de cotizantes

La isapre deberá mantener a disposición de la Superintendencia, un archivo de cotizantes en su casa matriz o en otro lugar, siempre que éste último haya sido previamente autorizado por este Organismo.

La isapre deberá velar, en todo caso, por la expedita disponibilidad de los antecedentes para efectos del ejercicio de la facultad de esta Superintendencia.

La institución quedará eximida de la obligación de mantener en la carpeta de la persona cotizante los antecedentes aportados por ésta para avalar su incorporación a la isapre, con la sola excepción de la fotocopia del documento identificador y de la carta de desafiliación cursada ante la Isapre de anterior afiliación¹⁶⁹, en la medida que se haga responsable del correcto traspaso de dicha información al FUN.

En consecuencia, la carpeta de cada persona cotizante debe contener, al menos, la siguiente documentación:

- Fotocopia de la Cédula Nacional de Identidad del o la cotizante,
- Declaración de Salud del o la cotizante y sus beneficiarios y beneficiarias,
- Condiciones Generales suscritas, en caso que la Isapre no haya adherido a las Condiciones Tipo reguladas en la letra d) del N°2, del título I, del Capítulo III del Compendio de instrumentos Contractuales,
- Planes de Salud contratados,
- Aviso de cambio de domicilio,
- Todos los FUN emitidos en relación con el contrato del cotizante desde su incorporación a la isapre,
- Carta de renuncia a los excedentes, en caso que corresponda
- Carta de desafiliación cursada por la Isapre de anterior afiliación.
- Beneficios Adicionales contratados, en caso que corresponda.¹⁷⁰

Respecto de las personas que perdieron la calidad de cotizantes, se fija un plazo mínimo de doce meses, contado desde el término de los beneficios, para que la isapre mantenga en su archivo la documentación contractual antedicha, agregando a los antecedentes anteriores, en los casos que corresponda, los siguientes:

- Copia de la liquidación de cierre de la cuenta de excedentes donde se detallen los rubros que componen su saldo, y (*)
- Copia de la carta de desafiliación visada.

(*) Podrán eximirse de esta obligación las isapres que cuenten con la posibilidad de emitir computacionalmente este antecedente.

2. Archivo de negativa de cobertura

La Institución deberá mantener un archivo con las comunicaciones que informen al beneficiario la negativa de la cobertura solicitada, durante un plazo mínimo de doce meses, contado desde la fecha de su expedición, incluyendo los antecedentes que se tuvieron en consideración para adoptar la medida.

¹⁶⁹ Modificado por la Circular IF N°228, del 23/09/2014

¹⁷⁰ Viñeta incorporada mediante la Circular IF/N° 291, del 08.08.2017

Este archivo deberá contener también, los presupuestos de prestaciones sin cobertura o con cobertura sólo a algunas de ellas y fotocopias de documentos que hubieran sido devueltos sin bonificación, además del formulario de negativa de cobertura.

Título II: Información a la Superintendencia respecto a la suscripción de planes grupales sin CAEC

La isapre que suscriba planes grupales sin la incorporación de la CAEC o que habiéndola incorporado decide suspender su otorgamiento por darse las condiciones previstas en el párrafo primero del punto anterior, deberá comunicar por escrito a la Superintendencia de Salud, en un plazo no superior a 15 días hábiles de suscrito el plan o de la suspensión de la CAEC, los siguientes antecedentes:

- a) Nombre del plan grupal;
- b) Número de afiliados y beneficiarios adscritos al mismo;
- c) Identificación del beneficio que reemplaza la CAEC;
- d) Características de la cobertura adicional que otorga el beneficio;
- e) Fecha de suscripción del beneficio.

Título III: Información relativa al término o modificación del convenio con prestador cerrado o preferente

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 complementar el proceso de adecuación de precios en curso, a que se encuentre sometido el plan en cuestión, o bien hacerlo en el próximo proceso de adecuación.

En caso de producirse el término o modificación del convenio con prestadores preferentes, la isapre deberá informarlo por escrito a la Superintendencia dentro de los diez días hábiles siguientes de ocurrido el hecho que lo originó, acompañando los antecedentes que lo acrediten.

Título IV: Información sobre modificación de documentos contractuales en comercialización¹⁷¹ 172 173

Cada vez que se modifique algún documento que forme parte del contrato de salud que las isapres comercialicen, éstas deberán remitir, para conocimiento de la Superintendencia, el ejemplar correspondiente, dentro del plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde su ofrecimiento al público. Cabe señalar que tal envío, deberá ser acompañado simultáneamente de una carta conductora de la isapre, en formato PDF.

Para efectos de remitir la documentación contractual, se deberá emplear la red Extranet de esta Superintendencia -ubicada en el Portal Web Institucional- plataforma que permitirá a las isapres mandar dichos ejemplares en formato digital (PDF). Es así, como toda la información documental que se envíe será almacenada en un repositorio bibliográfico institucional, el cual permite la administración de colecciones digitales, funcionando como un repositorio de archivos o documentos.

Planes de salud

Los planes de salud en comercialización, deberán remitirse en archivo PDF, dentro del plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde su ofrecimiento al público, junto con un archivo o planilla resumen Excel, de acuerdo con el formato y especificaciones que se indican en el Anexo “Planes de Salud en Comercialización” que se acompaña a continuación. Resulta de importancia señalar que, la “Identificación Única del Plan” incluida como columna en el archivo Excel antes referido, -que, por lo demás, es uno de los campos empleados en la estructura del Archivo Maestro de Planes- será un elemento primordial para vincular todos los documentos contractuales digitalizados que se relacionan con su respectivo plan de salud. Por ende, la identificación única, deberá incorporarse tanto al nombre del archivo PDF que contiene cada plan de salud, como a la columna de la planilla Excel, siguiendo las indicaciones expresas sobre definición y formato que se comprenden en el ya mencionado Anexo.

Selección de Prestaciones Valorizadas

Junto al envío de los planes de salud, se deberá remitir la Selección de Prestaciones Valorizadas correspondiente. Esta cartilla, deberá ser enviada **en el mismo archivo PDF en el que se comprende el plan de salud que se informa.**

Beneficios Adicionales

El ejemplar que contenga los Beneficios Adicionales cuya comercialización haya iniciado la isapre, se deberá enviar para conocimiento, en el mismo plazo al que se ha hecho referencia con anterioridad. A estos documentos, digitalizados en formato PDF, se les deberá asignar como nombre del archivo -para su reconocimiento- un código estandarizado, el cual se conformará de la siguiente manera:

BA + Código Isapre + Campo Alfa Numérico

Dónde:

BA: Corresponde a la sigla asignada a la expresión “Beneficios Adicionales” y, por ende, no tendrá variación.

Código Isapre: Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la Institución de Salud Previsional.

¹⁷¹ Título incorporado por el Oficio Circular IF/N° 9, de 18.05.2011.

¹⁷² Título modificado por Circular IF/N°216, de 14.05.2014.

¹⁷³ Título y su anexo, reemplazados por la Circular IF/N°362, de 21.07.2020.

Campo Alfa Numérico: Código, folio, correlativo o identificación interna que ha asignado la institución de salud al producto que comercializa.

De no contar la isapre con un código, folio, correlativo o identificación interna para este tipo de producto, deberá asignarlo para efectos de informar a esta Superintendencia.

Anexo Planes de salud en comercialización

Nombre y Código Isapre:

Fecha carta de envío:

Identificación Única del Plan (1)	Fecha Inicio Comercialización (2)	Nombre del Plan (3)	Tipo de Plan (4)	Modalidad del Precio (5)	Precio Base (6)	Modalidad de Atención (7)	Nombre del Arancel (8)	Modalidad del Arancel (9)	Región donde se comercializa el plan (10)

Nota: Las definiciones correspondientes a cada columna, son las que se incluyen en el Archivo Maestro de Planes

Donde:

(1)	Identificación Única del Plan Corresponde a la codificación técnica del nombre del plan, que la isapre utiliza para identificarlo de manera única. Formato y especificaciones: -Alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. -Debe informarse siempre y ser la misma incluida en el A.M. de Planes. No se acepta vacío. -No se acepta cero -No se acepta prefijo “plan” o “plan de salud” en la identificación única del plan.
(2)	Fecha Inicio Comercialización Corresponde al mes y año en que se comenzó a comercializar el plan. Formato y especificaciones: AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes
(3)	Nombre del Plan Corresponde al nombre de fantasía o comercial que la isapre ha asignado al plan, el cual se encuentra impreso en su carátula. Debe ser el mismo que se informa en el A.M. de Planes.

(4)	Tipo de Plan Corresponde a la categoría individual o grupal del plan. Formato y especificaciones: I = Individual ; G = Grupal
(5)	Modalidad del Precio Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el precio del plan. Formato y especificaciones: 1 = UF 2 = \$ 3 = 7%
(6)	Precio Base Corresponde al precio asignado por la Isapre al plan, expresado en unidades de fomento (U.F.), utilizando un máximo de dos decimales. Formato y especificaciones: Se utilizará el valor que tenga la U.F. el último día del mes anterior al que se informa. Debe informarse cero si el precio del plan está expresado como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud (7%). No se acepta cero cuando el precio del plan se encuentre expresado en UF o pesos.
(7)	Modalidad de Atención Corresponde a la modalidad para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios, que se encuentra asociada al plan. Formato y especificaciones: 1 = Libre Elección 2 = Prestador Preferente 3 = Plan Cerrado
(8)	Identificación Única del Arancel de Referencia Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al arancel asociado al plan, con el objeto de identificarlo de manera única.
(9)	Modalidad del Arancel Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el arancel del plan. Formato y especificaciones: 1 = UF ; 2 = \$
(10)	Región donde se Comercializa el Plan Identifica las regiones donde se comercializa el plan que se informa. Formato y especificaciones: Debe informarse con 16 caracteres que corresponden a cada una de las regiones, donde el primero, de izquierda a derecha, representa a la "I Región" y el último a la "XVI Región del Ñuble". Cada uno de los caracteres indicará una "S" si el plan se comercializa en esa región o una "N" si el plan no se comercializa en esa región. (Ejem: Plan que se vende en V y VI se informa como: NNNNSSNNNNNNNNNN) Debe informarse siempre.

Capítulo VI Información relativa a las cotizaciones previsionales para salud

Título I: Registros que deberá mantener la isapre respecto de la declaración y pago de las cotizaciones¹⁷⁴

1. Archivo de cotizaciones pagadas dentro del plazo

Éste deberá contener la siguiente información mínima:

- RUT del encargado del pago de la cotización.
- N° de la Planilla de Declaración y Pago.
- Período de pago.

2. Archivo de cotizaciones pagadas fuera del plazo, hayan sido o no declaradas en el plazo

Éste deberá contener la siguiente información mínima:

- RUT del encargado del pago de la cotización.
- N° de la Planilla de Declaración y No Pago (cuando corresponda).
- N° de la Planilla de Declaración y Pago.
- Período de Pago
- Fecha de Pago.

3. Archivo de cotizaciones declaradas y no pagadas

Éste deberá contener la siguiente información mínima:

- RUT del encargado del pago de la cotización.
- N° de la Planilla de declaración y no pago.
- Período de Pago.
- Fecha de declaración y no pago.

4. Archivo de encargados del pago de la cotización en incumplimiento

Éste deberá contener la siguiente información mínima:

- RUT del encargado del pago de la cotización.
- Nombre o Razón Social del encargado del pago.
- Dirección del encargado.
- Número de cotizantes.

¹⁷⁴ El Oficio Circular IF N° 3, de 15.01.2014, informó que la Superintendencia de Pensiones dictó la Resolución Exenta N° 23, de 07.01.2014, mediante la cual estableció, a contar del 1 de enero de 2014, un nuevo límite máximo imponible reajustado, de 72,3 Unidades de Fomento.

**Título II: Información referida a cotizaciones mal enteradas que corresponden a las isapres
[Eliminado]^{175 176}**

¹⁷⁵ Las instrucciones referidas a los procedimientos asociados al traspaso de las cotizaciones mal enteradas se encuentran en el Capítulo III del Compendio de Procedimientos.

¹⁷⁶ Título II, eliminado por Circular IF/275, de 2016.

Título III. Excesos de cotización [Eliminado]^{177 178 179}

1. Eliminado¹⁸⁰
2. Eliminado¹⁸¹

¹⁷⁷ Reemplazado por la Circular IF/N° 129, de 7 de julio de 2010.

¹⁷⁸ Los procedimientos relativos a la devolución de los excesos se encuentran en el Título VIII del Capítulo III del Compendio de Procedimientos.

¹⁷⁹ Posteriormente este Título fue eliminado por la Circular IFN°/239 de 2015

¹⁸⁰ Número 1 eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014, posteriormente mediante la Circular IF N°/239 de 2005, se elimina título completo

¹⁸¹ Número 2 eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014, posteriormente mediante la Circular IF N°/239 de 2005, se elimina título completo

Anexo N° 1 [Eliminado]¹⁸²

Anexo N° 2 [Eliminado]¹⁸³

¹⁸² Incorporado por la Circular IF/N° 129, de 7 de julio de 2010 y eliminado posteriormente por la Circular IF/N° 239 de 2015, que elimina título completo

¹⁸³ Se elimina el Título III mediante la Circular IFN°/239 de 2005 y, con ello el Anexo N°2

Título IV. Excedentes de cotización ¹⁸⁴

1. Información sobre la comisión que podrán cobrar las isapres

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, 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.

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.

2. Acreditación de cesantía en el evento de destinarse excedentes al pago de cotizaciones

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.

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.

3. Información al afiliado sobre saldo disponible en cuenta de excedentes

A través de una comunicación, la que podrá ser remitida por correo electrónico, la isapre deberá poner en conocimiento del afiliado con, a lo menos, tres meses de anticipación al cumplimiento de la anualidad, una liquidación en que se indique el saldo disponible en la cuenta corriente abierta a su favor¹⁸⁵.

No obstante lo anterior, la isapre podrá abstenerse de enviar dicha información cuando el saldo disponible de la cuenta corriente del afiliado sea igual a cero (0).

Eliminado¹⁸⁶.

La misma liquidación a que se refiere el punto anterior, deberá ser puesta en conocimiento del afiliado cuando, por cualquier causa, se ponga fin a un contrato, en un plazo máximo de treinta días contado desde el término.

En este caso, deberá dejarse expresa constancia que este saldo tiene carácter provisorio, dado que a esa fecha no estará procesada toda la información sobre las cotizaciones percibidas en ese mes. Sólo a requerimiento del cotizante, la isapre estará obligada a informarle el saldo definitivo de su cuenta, en un plazo que no podrá exceder de treinta días contado desde dicha solicitud.

Con todo, en atención a que los excedentes, en virtud de lo señalado en el título II, se entienden registrados en la cuenta corriente individual del afiliado a partir del primer día del mes subsiguiente a aquél en que se perciben las cotizaciones, el monto reflejado en el saldo que se informe en la

¹⁸⁴ Modificado por la Circular IF/N° 127, de 1 de julio de 2010.

¹⁸⁵ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 178, de 25 de octubre de 2012.

¹⁸⁶ Párrafo derogado por la Circular IF/ N° 178, de 25 de octubre de 2012.

oportunidad referida en el punto precedente, no podrá tener un desfase superior a 3 meses respecto al cumplimiento de la correspondiente anualidad.

En todo caso, el cotizante podrá, en cualquier momento, solicitar a la isapre información sobre su cuenta corriente individual de excedentes.

4. Información sobre 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.

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.

5. Información a la Superintendencia sobre la revocación de la renuncia a los excedentes de cotización

La revocación de la renuncia a que se refieren las instrucciones relativas a la cuenta corriente de excedentes, contenidas en el Título “Excedentes de Cotización”, del Capítulo III del Compendio de Procedimientos, debe informarse conforme las instrucciones relativas a la remisión del Archivo Maestro de Beneficiarios, contenidas en el Capítulo II de este Compendio de Información.

Título V: Obligación de las isapres de informar a la Dirección del Trabajo sobre empleadores morosos de cotizaciones de salud

1. Para lograr un mayor grado de cumplimiento de la legislación previsional por parte de los empleadores, especialmente las referidas al pago oportuno y completo de las cotizaciones previsionales de sus trabajadores, se incluirá en el “Boletín de Infractores a la Legislación Laboral y Previsional”, que edita periódicamente la Dirección del Trabajo, a los empleadores que no hayan enterado las cotizaciones previsionales en las isapres en que estén afiliados sus trabajadores.
2. Las isapres deberán enviar al Departamento de Inspección de la Dirección del Trabajo, la información relativa a empleadores morosos que más adelante se señala.
3. Los antecedentes deberán remitirse bimestralmente, en los meses de enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año, el último día hábil de los meses mencionados o el día hábil siguiente si el último día hábil fuere sábado y deberá incluir toda la información acumulada al cierre de cada bimestre.
4. La información que se remitirá a la Dirección del Trabajo deberá considerar a los empleadores que se encuentren en alguna de las situaciones que a continuación se explican:
 - a) Empleadores con cotizaciones declaradas y no pagadas que cumplan con las siguientes condiciones:
 - Haber declarado y no pagado cotizaciones por uno o más meses de remuneraciones devengadas hasta el mes de noviembre, enero, marzo, mayo, julio y septiembre en el caso de la información enviada en enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre, de cada año, respectivamente, y
 - No haber efectuado el pago total de todos los períodos declarados al último día de diciembre, febrero, abril, junio, agosto y octubre, en el caso de la información enviada en enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año, respectivamente.
 - b) Empleadores con cotizaciones no declaradas ni pagadas que cumplan con las siguientes condiciones:
 - Estar incluidos en un Acta de Fiscalización extendida por fiscalizadores de la Dirección del Trabajo, por deudas de cotizaciones correspondientes a remuneraciones devengadas hasta el mes de noviembre, enero, marzo, mayo, julio y septiembre, en el caso de la información enviada en enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre, de cada año, respectivamente, y
 - No haber efectuado el pago total de todos los períodos no declarados al último día de diciembre, febrero, abril, junio, agosto y octubre en el caso de la información enviada en enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año, respectivamente.

Las isapres tienen la obligación de recibir las actas de fiscalización remitidas por la Dirección del Trabajo.¹⁸⁷

¹⁸⁷ Párrafo agregado por Circular IF/275, de 2016.

5. Con todo, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, tratándose de empleadores que tengan la calidad de personas naturales, la información referida deberá limitarse a las deudas que no excedan de cinco años contados desde que la respectiva obligación se hizo exigible.
6. La información de que se trata deberá enviarse de acuerdo a las especificaciones técnicas dadas en el Anexo de este Título.
7. Las Instituciones de Salud deberán adoptar todas las medidas necesarias tendientes a certificar la autenticidad de la información que proporcionen, la que, además, deberá estar respaldada en forma permanente, manteniendo a disposición de la Superintendencia, a lo menos, los últimos tres períodos informados.
8. Las isapres deberán otorgar un documento que certifique el pago, a todos aquellos empleadores que efectúen el pago total de la deuda que originó su inclusión en el “Boletín de Infractores a la Legislación Laboral y Previsional”, y que así lo soliciten.

Dicho documento, que no podrá presentar enmendaduras, deberá indicar, además de la identificación del empleador, la deuda nominal pagada, la cantidad de períodos pagados, la fecha en que se efectuó el pago y el número del Boletín en que apareció publicada la deuda.

Con el certificado emitido por la isapre, los empleadores podrán solicitar, directamente en la Dirección del Trabajo, la eliminación de la deuda informada en el citado Boletín.

9. La isapre que no detecte deudas por cotizaciones en un período determinado, deberá igualmente informar tal situación a la Dirección del Trabajo, por medio de una carta que así lo indique, bimestralmente, en los meses de enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año, el último día hábil de los meses mencionados o el día hábil siguiente si el último día hábil fuere sábado y deberá incluir toda la información acumulada al cierre de cada bimestre.

Anexo Estructura registro a deudas previsionales**(AFP/ISAPRES/INP (ACTUAL IPS)/SSS/EMPART/MUTUALES/C.C.A.F)****Para la generación del boletín laboral¹⁸⁸**

Nº	Nombre del Campo	Formato	Largo	Columnas	Observaciones
01	Código de identificación De AFP/ISAPRE/INP/SSS /EMPART/MUTUAL/ CAJA COMPENSACION	Numérico	004	001-004	0nnn= INP/EMPART/SSS 1nnn= AFP 2nnn= Isapres 3nnn= Mutuales 4nnn= Cajas de Compensación (CCAF)
02	Identificación del registro de control	Alfanumérico	009	005-013	Texto Obligatorio= 'R.CONTROL'
03	Razón social de la Institución que informa	Alfanumérico	021	014-034	
04	Período al cual está referida la información	Numérico	006	035-040	Formato "MMAAAA"
05	Total de registros informados	Numérico	008	041-048	
06	Monto total de las deudas Informadas	Numérico	015	049-063	Expresado en pesos sin decimales
07	Filler	Alfanumérico	104	064-167	Siempre espacios

REGISTRO DE DETALLE A PARTIR DEL BOLETÍN N° 84

Nº	Nombre del campo	Formato	Largo	Columnas	Observaciones
01	Código de identificación de la de la Institución que informa	Numérico	004	001-004	0nnn= INP/EMPART/SSS 1nnn= AFP 2nnn= Isapres 3nnn= Mutuales 4nnn= Cajas de Compensación (CCAF)
02	Rut del Infractor	Alfanumérico	010	005-014	RUT = 9 Dígitos DV =1 Dígito

¹⁸⁸ Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

03	Identificación del Infractor	Alfabético	060	015-074	Persona Natural = Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombres Persona Jurídica=Razón social
04	RUT del trabajador afectado	Alfanumérico	010	075-084	RUT = 9 Dígitos DV = 1Dígito
05	Identificación del trabajador afectado	Alfabético	060	085-144	Primer Apellido, Segundo, Nombres
06	Período de la deuda	Numérico	006	145-150	Formato AAAAMM
07	Monto de la Deuda Nominal	Numérico	015	151-165	Expresado en pesos sin decimales
08	Motivo de la Infracción	Numérico	002	066-167	01= Declaraciones no canceladas 02=Imposiciones no declaradas 03=Deudas acogidas a convenio Ley 19.720 04= Créd. No enterado CCAF 05= Deuda por pago con cheque protestado

Capítulo VII Información que los seguros deben proporcionar o mantener a disposición de los cotizantes, beneficiarios, empleadores, usuarios y público en general

Título I: Información que las isapres deben proporcionar y mantener a disposición de sus beneficiarios y del público en general

1. Información que las isapres deben mantener a disposición de sus beneficiarios y público en general

Las instrucciones de este Título están referidas a la actualización y los medios en los que deben constar los antecedentes que las isapres están obligadas a mantener a disposición de sus beneficiarios y del público en general, en cumplimiento de la obligación contenida en el artículo 216 del DFL N° 1.

2. Medios de información

Las isapres podrán utilizar los medios electrónicos o impresos que estimen pertinentes para difundir los antecedentes exigidos por la ley en el artículo 216 del DFL N° 1 y su actualización deberá realizarse con la periodicidad que se instruye.

Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá instruir que alguna de las materias señaladas en el referido artículo 216 u otras que estime pertinentes, se publiquen en un medio distinto de los utilizados por la isapre.

Las isapres deberán mantener informada a la Superintendencia sobre los medios a través de los cuales proporcionará información al público y beneficiarios, comunicando la incorporación, reemplazo y eliminación de los mismos, dentro de los cinco días hábiles siguientes de ocurrida alguna de las circunstancias señaladas.

3. Actualización de la información

Los antecedentes señalados en el artículo 216 del DFL N° 1 se actualizarán con la periodicidad que se indica:

3.1. Nombre o razón social e individualización de sus representantes legales.

Deberá actualizarse en el plazo de cinco días hábiles, contado desde la ocurrencia del hecho que determine la modificación de estos antecedentes.

3.2. Domicilio, agencias y sucursales

Deberá actualizarse en un plazo no superior a cinco días hábiles siguientes de ocurrida alguna modificación.

3.3. Fecha de su registro en la Superintendencia

No requiere actualización.

3.4. Duración de la sociedad

Deberá actualizarse en el plazo de cinco días hábiles contado desde la ocurrencia del acto jurídico que determine la modificación de este antecedente.

3.5. Balance General del último ejercicio y los estados de situación que determine la Superintendencia

La información relativa al Balance General al 31 de diciembre de cada año y al Estado de Resultados referido al mismo período deberá actualizarse en el plazo de sesenta días corridos siguiente a la respectiva fecha de cierre del Balance.

3.6. Estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía

Se debe informar el estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía que tengan correspondencia con los estados financieros (balance general y estado de resultados) que se indican en el punto precedente y deberán actualizarse en el mismo plazo señalado en él.

3.7. Relación de las multas aplicadas por la Superintendencia en el último período trienal, con indicación del monto y el motivo.

Deberá actualizarse la información el día 15 del mes siguiente de haber quedado a firme la resolución exenta que aplicó la sanción. Si el vencimiento del plazo recayere en un día sábado, domingo o festivo, la fecha de publicación será el primer día hábil siguiente.

La isapre deberá considerar como “último período trienal”, aquel que comprende los 36 meses precedentes (3 períodos anuales), a la fecha de la actualización de la información a que hace referencia el párrafo anterior.

La isapre deberá incluir la siguiente nota en la publicación de las multas:

Nota: Las multas registradas corresponden al último período trienal, el que comprende los 36 meses precedentes (3 períodos anuales), a la fecha de haber quedado a firme la última multa que ha aplicado la Superintendencia de Salud”.¹⁸⁹

3.8. Listado de planes de salud en actual comercialización, con indicación de sus precios base, tabla de factores, prestaciones y beneficios

Deberá actualizarse el último día hábil del mes en que se verifique una modificación, ya sea por la incorporación de nuevos planes o por la eliminación de alguno de los existentes.

En el caso de los beneficiarios, las isapres siempre deberán estar en condiciones de entregar dicha información respecto de sus planes.

3.9. Nómina de agentes de ventas de la isapre, por ciudades

Deberá actualizarse el día quince del mes siguiente de ocurrida alguna modificación a la cartera de agentes de ventas. Si el vencimiento del plazo recayera en un día sábado, domingo o festivo, la fecha de publicación será el primer día hábil siguiente.

¹⁸⁹ Este párrafo junto con los dos anteriores fueron incorporados por Circular IF/N°328, de fecha 09 de julio de 2019

Título II: Información que las isapres deben proporcionar a los afiliados y empleadores sobre las modalidades y lugares de pago de los compromisos emanados de los contratos de salud

1. Generalidades

Dentro de los límites pactados en los respectivos contratos, la isapre puede determinar las modalidades y lugares de pago a través de los cuales dará cumplimiento a las obligaciones contraídas con sus afiliados y empleadores.

Las referidas modalidades y lugares de pago deberán ser de carácter uniforme, según se trate de sus afiliados y beneficiarios, por un lado, y de los empleadores, por otro.

2. Información que deberá mantener a disposición de afiliados y público en general, respecto a las obligaciones emanadas de los contratos de salud

La isapre deberá mantener a disposición de sus beneficiarios y público en general la información actualizada que se detalla:

- 2.1. Los requisitos y antecedentes establecidos en el contrato para acceder a los beneficios y que deberá presentar la persona que realice el trámite, sea que se trate del afiliado, un beneficiario o un tercero.
- 2.2. Las modalidades y lugares de pago vigentes para afiliados respecto de beneficios tales como reembolsos, licencias médicas o bonos.
- 2.3. Las modalidades y lugares de pago vigentes para empleadores, respecto de reembolsos de subsidios de trabajadores del sector público y privado en convenio, entre otros.

3. Modificaciones

Cualquier modificación a las modalidades y lugares de pago debe ser puesta en conocimiento de los afiliados, beneficiarios y empleadores en forma previa a su implementación con, a lo menos, un mes de anticipación. En todo caso, las citadas modificaciones no pueden afectar los plazos de pago establecidos legalmente ni aquellos pactados en el contrato.

Sin perjuicio de las modificaciones implementadas la isapre deberá contemplar métodos alternativos para el caso de aquellos beneficiarios o empleadores que lo requieran o para el evento que resulte ineficaz la aplicación de la modificación implementada.¹⁹⁰

4. Medios de información

La isapre podrá utilizar los medios electrónicos e impresos que estime pertinente para dar cumplimiento a lo instruido en los números precedentes, debiendo mantener permanentemente actualizada a la Superintendencia de Salud, respecto de la incorporación, reemplazo o eliminación de los citados medios de información.

¹⁹⁰ Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

Título III: Información relativa a la Selección de Prestaciones Valorizadas

1. 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.

2. 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.
3. 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.

Título IV: Información relativa a la presentación de reclamos ante las isapre y el Fonasa

Las entidades reclamadas deberán mantener permanentemente informados a sus usuarios, a través del aviso con la información a que se refiere el Anexo de este Título, respecto de las modalidades de interposición de reclamos y de los medios habilitados para dichos efectos, tales como números especiales de teléfono, fax y/o direcciones de correo electrónico.

Con el propósito de informar adecuadamente a los reclamantes sobre la presentación de sus reclamos ante las isapres y el Fonasa, estas entidades deberán mantener en un lugar visible de todas sus agencias, oficinas o sucursales de atención de público, un aviso con la información que se indica en el Anexo de este Título.

Anexo

1. Aviso de información a los reclamantes

El aviso que deberá mantenerse en un lugar visible en todas las agencias, oficinas o sucursales de atención de público, tendrá las siguientes características:

- Tamaño: ½ Mercurio (77 cm. x 55 cm.)
- Utilizar tipos de letras claras y nítidas, que permitan su lectura a cierta distancia.
- Del Contenido:
 1. Como título: **“INSTRUCCIONES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD”**
 2. Como subtítulo y con letras destacadas:
La Institución (Fonasa o Nombre de Isapre, según corresponda) resolverá todos sus reclamos en un plazo de 15 días hábiles.
 3. Luego, redactar en forma clara y precisa:
 - a) la forma y medios de presentación del reclamo (cómo, dónde)
 - b) el medio de respuesta (de la institución)
 - c) el plazo de respuesta
 4. Destacar que **sólo en 2° instancia** el beneficiario podrá recurrir a la Superintendencia de Salud, esto es, en caso de disconformidad con el contenido de la respuesta o por incumplimiento en el plazo.
 5. Por último, deberán señalarse las **direcciones de la Superintendencia de Salud:**
(que se indican en cuadro a continuación)

2. Dirección de oficinas de la Superintendencia de Salud

A la fecha de emisión de este Compendio las Agencias y su dirección es la que se indica:

Ciudad	Nombre	Dirección
Arica	Agencia Regional de Arica y Parinacota	18 de septiembre N° 147, Arica
Iquique	Agencia Regional de Tarapacá	Serrano N° 145, Of. 202 (Edificio Econorte), Iquique
Antofagasta	Agencia Regional de Antofagasta	Coquimbo N° 888, Of. 402, Antofagasta
Copiapó	Agencia Regional de Atacama	Atacama N° 581, Of. 203, Copiapó
La Serena	Agencia Regional de Coquimbo	Cordovez N° 588, Of. 310, La Serena
Viña del Mar	Agencia Regional de Valparaíso	1 Norte N° 525, Oficinas 402 y 403, Viña del Mar
Rancagua	Agencia Regional del Libertador Bernardo O'Higgins	Coronel Santiago Bueras N° 363, Rancagua
Talca	Agencia Regional del Maule	Uno Norte N° 963, Of. 201, Talca
Concepción	Agencia Zonal del Bío Bío	Av. Arturo Prat N° 321, Of. 4, Concepción
Temuco	Agencia Regional de la Araucanía	Antonio Varas N° 979, Of. 403, Temuco
Valdivia	Agencia Regional de Los Ríos	Caupolicán N° 364, Oficinas 1 y 2, Galería Benjamín, Valdivia
Puerto Montt	Agencia Regional de Los Lagos	Concepción N° 120, Oficinas 705 y 706, Puerto Montt
Coyhaique	Agencia Regional de Aysén	Bilbao N° 323, Of. 213, Edificio Don Antonio, Coyhaique
Punta Arenas	Agencia Regional de Magallanes y la Antártica Chilena	Roca N° 817, Of. 69, Edificio El Libertador, Punta Arenas
Santiago, Región Metropolitana	Oficina central de la Superintendencia de Salud	Alameda N° 1449, Edificio Santiago Downtown 2, Santiago

Título V: Buscador de Planes

1. El Buscador de Planes: una propuesta de la Asociación de Isapres de Chile A.G

Con fecha 18 de junio de 2010, la Asociación de Isapres de Chile A.G., presentó a la Superintendencia de Salud un Buscador de Planes, que tiene como finalidad incorporar en cada sitio Web de las isapres, que así lo decidan, una herramienta para que los cotizantes, en base a parámetros de búsqueda uniformes, puedan obtener la información necesaria para realizar una comparación entre planes de salud de una isapre.

Habida consideración que el Buscador de Planes permitirá entregar en forma directa y expedita a los usuarios de isapres información respecto de los planes de salud ofrecidos por las Isapres, y concordante con la política de la Superintendencia de promover en el sistema el uso de herramientas que estimulen la competencia al interior del sector, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en ejercicio de sus facultades legales, declara que el presente Buscador de Planes se ajusta a lo previsto en el artículo 216 N°8 del DFL N°1, de 2005, de Salud, en el sentido que pone a disposición del público en general un medio electrónico con información relativa a los planes de salud, sus precios, prestaciones y beneficios.

No obstante lo anterior, cabe hacer presente que la alusión a “beneficios adicionales” que hace el Buscador de Planes, es sin perjuicio de la regulación que la Superintendencia pueda dictar sobre la materia, lo que podría alterar la naturaleza de tales beneficios en los términos concebidos en el citado buscador.

2. Generalidades

- 2.1. El Buscador de Planes es un Modelo que provee un proceso estandarizado de búsqueda de planes de salud y entrega de resultados a los usuarios.
- 2.2. El Buscador de Planes será el modelo común de información de planes de todas aquellas Instituciones de Salud Previsional que adhieran a su contenido, presentación y uso, en los términos señalados en este Título.
- 2.3. El Buscador de Planes a que se refiere y aplican las presentes instrucciones se encuentra reproducido en el anexo que forma parte integrante de este Título.

3. Adhesión al Buscador de Planes

Se entenderá por adhesión al Buscador de Planes, la adopción plena por parte de la Institución de Salud Previsional, del contenido, configuración, presentación y utilización del mismo, en la página web de la isapre, desde la fecha de adhesión informada.

Las Instituciones de Salud Previsional podrán adherir o revocar su adhesión al Buscador de Planes, debiendo informar por escrito de ello a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

El plazo mínimo de adhesión al Buscador de Planes deberá ser de un año, renovable por igual período y su determinación tanto de continuar con él o la decisión de la isapre de no persistir en éste, deberá comunicarse a través de la página web y a la Superintendencia con a lo menos un mes de anticipación al vencimiento del respectivo plazo.

4. Resguardo de los derechos de los Usuarios

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud hace presente que ha resuelto reconocer el presente Buscador de Planes y dictar estas instrucciones teniendo en especial consideración los siguientes resguardos a los derechos de los usuarios:

- 4.1. Las Isapres que adhieran al modelo considerarán en él todos los planes de salud complementarios individuales en comercialización.
- 4.2. La información de planes de salud entregada al usuario tiene una vigencia hasta el último día del mes en que se realiza la consulta, la que es conocida por éste y común a todas las isapres.
- 4.3. El modelo contiene las advertencias necesarias frente a la petición de datos y entrega de resultados, tales como:
 - La obligación del usuario de informar todas las cargas familiares.
 - La oferta de planes entregada no garantiza que la isapre lo acepte como afiliado.
 - El Buscador de Planes entrega resultados de acuerdo a la información proporcionada por el usuario.
 - La oferta de planes entregada a un afiliado vigente en la isapre, no garantiza que dicha Institución acceda a un cambio de plan de salud.
- 4.4. En cuanto a la confidencialidad de los datos, el Buscador de Planes no requerirá del usuario que consulta planes algún tipo de identificación o dato personal, a menos que él desee guardar su consulta de planes, ocasión en la que el sistema le exigirá que registre su Rut, conjuntamente con su e-mail.

El Buscador de Planes contempla como requisito que los datos almacenados no pueden ser rescatados por una persona distinta a la que realizó la consulta, siendo manejados de forma reservada.

Anexo: Buscador de Planes

Tabla de Contenido

1	INTRODUCCIÓN
1.1	VISIÓN GENERAL DEL DOCUMENTO
2	DESCRIPCIÓN DEL BUSCADOR DE PLANES
2.1	OBJETIVOS
2.2	SUPUESTOS Y RESTRICCIONES
2.2.1	Modelo Común
2.2.2	Información de Planes de Salud
2.2.3	Registro e Identificación del Usuario
2.2.4	Afiliados
2.2.5	Advertencias e Información al Usuario
2.3	VISIÓN GENERAL DE LA SOLUCIÓN
2.4	TIPOS DE USUARIOS
2.5	REQUISITOS GENERALES
3	ESPECIFICACIÓN DEL MODELO
3.1	COMPONENTES DEL MODELO
3.2	PARÁMETROS DE CONSULTA
3.2.1	Descripción de los Parámetros de Consulta
3.2.2	Definición de los Parámetros de Consulta
3.3	CARACTERÍSTICAS DE LOS PLANES
3.3.1	Descripción de las Características de los Planes
3.4	CRITERIOS DE BÚSQUEDA
3.4.1	Definición de los Criterios de Búsqueda
3.4.2	Definición de las Funciones de los Actores
3.4.3	Especificación de Casos de Uso
3.5	MODELO CONCEPTUAL DEL DOMINIO DE LA SOLUCIÓN
3.5.1	Diagrama de clases del negocio
3.5.2	Especificación
3.5.2.1	Clase Plan
3.5.2.2	Clase Selección de Prestaciones Valorizadas
3.5.2.3	Clase Arancel
3.5.2.4	Clase Beneficio
3.5.2.5	Clase Ges

3.5.2.6 Clase Caec

3.5.2.7 Clase Prestación

3.5.2.8 Clase TablaFactores

3.5.2.9 Clase Prestador

3.5.2.10 Clase Moneda

3.5.2.11 Clase ParametroConsulta

3.5.2.12 Clase BeneficiarioConsulta

3.5.2.13 Clase Resultado

3.5.2.14 Clase BeneficioContratado

3-5-2-15 Clase Criterio Búsqueda

3.5.2.16 Clase FormularioContacto

3.5.2.17 Clase SesionUsuario

4 DEFINICIÓN DE INTERFACES DEL MODELO

4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

4.2 INTERFACES GRAFICAS DE USUARIO

4.2.1 Formato general de página

4.2.2 Consulta de Planes

4.2.2.1 Ingreso a la consulta de planes

4.2.2.2 Mensaje de Advertencia cuando no se encuentra sesión

4.2.2.3 Ingreso de parámetros de consulta – Lugar de residencia

4.2.2.4 Ingreso de parámetros de consulta – Tipo de plan

4.2.2.5 Ingreso Beneficiarios del plan Individual y Compensado

4.2.2.6 Ingreso Precio del plan Individual y con aportes

4.2.2.7 Ingreso Precio del plan Individual Compensado y con aportes

4.2.2.8 Ingreso de Coberturas de interés

4.2.2.9 Listado Completo de Clínicas y Centros Médicos

4.2.2.10 Salida de la consulta de planes

4.2.3 Resultado de la Búsqueda

4.2.3.1 Resultado y Planes Alternativos

4.2.3.2 Beneficios Especiales del Plan

4.2.3.3 Descripción de Beneficios Especiales

4.2.3.4 Layout Impresión de Resultados

4.2.3.5 Mensaje de Advertencia cuando No Selección de planes

4.2.3.6 Layout Impresión de Beneficios Adicionales

4.2.3.7 Selección Final de planes – Más de 1 plan seleccionado

4.2.3.8 Selección Final de planes – Selecciona un plan

4.2.3.9 Ayuda CAEC

4.2.3.10 GES

4.2.3.11 Red de Atención GES

4.2.3.12 Contacto

5 ANEXOS

5.1 DEFINICIONES

5.1.1.1 Afiliado

5.1.1.2 Empleador

5.1.1.3 Prestadores de salud

5.1.1.4 Afiliación

5.1.1.5 Contrato de salud

5.1.1.6 Plan de salud complementario

5.2 DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIACIONES

5.2.1 Siglas

5.2.2 Abreviaciones

5.3 CIUDADES DE CHILE

1. Introducción

Este documento es una Especificación de Requerimientos de software denominado **BUSCADOR DE PLANES**

Para el desarrollo del documento de Especificaciones se ha utilizado el estándar ESA¹⁹¹ PSS¹⁹² -05-0, propuesto para la ingeniería de software. El modelado de la solución se ha realizado con UML, *Lenguaje Unificado de Modelado*, que es un lenguaje gráfico para especificar, construir y documentar los artefactos que modelan un sistema.

La Especificación del Modelo, ha sido enfocada desde una perspectiva general a un nivel más detallado guiado por los casos de uso. Se modela el dominio de la solución y la funcionalidad del sistema y se grafican las interfaces de interacción con los usuarios correspondientes.

1.1. Visión General del Documento

Este documento se ha estructurado en las siguientes secciones:

- *Sección Descripción del Modelo:* Describe los objetivos planteados al Modelo, el marco de trabajo, entrega una visión general del sistema, describe los distintos usuarios identificados, ya sea que interactúen directamente con el sistema o se vean afectados indirectamente por él y plantea los requerimientos generales que debe abordar el Modelo.
- *Sección Especificación del Modelo:* Describe y define los componentes conceptuales de la solución de software y describe los procesos de negocio. Especifica el modelo funcional mediante diagramas de casos de uso y sus especificaciones. Describe el modelo conceptual del dominio de la solución, utilizando diagramas de clases para modelar el negocio y la solución, además da especificación completa de las clases del modelo.
- *Sección Definición de Interfaces del Modelo:* Describe y define las diferentes interfaces gráficas de usuario correspondiente a la solución desarrollada.
- *Sección Anexos:* A través de distintos apartados, describe y define los temas relevantes de análisis del negocio donde se inserta el Buscador de Planes, información adicional de la definición de las Ciudades del Chile, siglas y abreviaciones relativo al negocio Isapre que ayudan en la comprensión del mismo.

2. Descripción del BUSCADOR DE PLANES

2.1. Objetivos

El Objetivo General del desarrollo e implantación del Buscador de Planes es **entregar a los usuarios de Isapres mejor información y transparencia respecto a sus planes de salud.**

Asimismo, el Modelo se plantea los siguientes objetivos específicos:

- Facilitar la tarea del Usuario de Isapres, en la búsqueda de planes de salud que mejor se adecuen a sus necesidades.

¹⁹¹ European Space Agency.

¹⁹² Procedures Standards and Specifications.

- Promover el acceso a la información de planes de salud disponible en las Instituciones de Salud Previsional.
- Proporcionar, a las Isapres, un canal de pre-venta de planes de salud.

2.2. Supuestos y Restricciones

El desarrollo de la solución propuesta se basa en los supuestos que a continuación se detallan:

2.2.1. Modelo Común

El Buscador de Planes es común para las todas las Isapres en cuanto a **Qué debe hacer y el Resultado que debe entregar**. La forma como se implementa el Modelo lo resolverá cada Isapre.

Es importante tener en cuenta en el desarrollo del Modelo, que se debe aprovechar la información que hoy poseen las Isapres, no generando cambios en la forma en que es manejada dicha información. Las Isapres tienen definidos sus planes de salud, las características de estos planes y la forma de administrarlos y comercializarlos. El Buscador de Planes debe trabajar sobre ese conjunto de planes de salud, y la información y documentos asociados a dichos planes de salud. Un documento importante a considerar asociado a un plan de salud complementario es la **Selección de Prestaciones Valorizadas**. Otros aspectos importantes asociados a un plan de salud complementario son: la tabla de factores, el arancel de prestaciones, la modalidad de un plan, la tipificación de planes, entre otras.

2.2.2. Información de Planes de Salud

Si bien el objetivo final del Buscador de Planes, es proveer al usuario o potencial afiliado de una herramienta que le permita acceder a información real de los planes de salud que ofrecen las Isapre, no es función del Modelo comparar. El Modelo se encarga de facilitar dicha información mediante la estandarización de la búsqueda de planes y la entrega de resultados, proporcionando al usuario, características comparables de un plan de salud complementario y un objeto de información, la Selección de Prestaciones Valorizadas.

2.2.3. Registro e Identificación del Usuario

No necesariamente se pedirá algún tipo de identificación o dato personal al usuario que consulta planes. Esta medida es con la finalidad de no intimidar o incomodar al usuario mientras realiza la consulta de planes. Además de no agregar mayor dificultad al servicio. No obstante lo anterior, cuando el individuo que busca información desea guardar su consulta, se le pedirá que ingrese su e-mail y su número de RUT. Por otra parte, si la persona está afiliado a la Isapre en la cual está realizando dicha búsqueda, se deberá identificar con su clave respectiva con el fin de obtener la información de su plan de salud complementario vigente y la selección de prestaciones valorizada correspondiente.

2.2.4. Afiliados

Este punto está directamente relacionado con el punto anterior. No se entregará información particular de los afiliados, datos personales y de su grupo familiar, plan de salud complementario vigente, datos de su declaración de salud, ofertas de planes, etcétera, salvo que el individuo se hubiera identificado con su clave.

2.2.5. Advertencias e Información al Usuario

Debe indicarse, en todo momento, la vigencia y duración de la información de planes de salud complementarios mostrada al usuario. Así mismo, entregar las advertencias necesarias, frente a cada petición de datos o entrega de resultados. Otro aspecto importante, dado lo técnico de este negocio, es proveer de información clara en todos los puntos que el usuario interactúa con el sistema.

Debido a que finalmente, lo que se entrega como uno de los resultados de la consulta de planes de salud es **información de planes complementarios**, cobran especial importancia las siguientes situaciones:

- *Ingreso de los beneficiarios del plan de salud complementario*, el cotizante y sus cargas. En este caso la advertencia debe ir orientada a que el usuario ingrese todas sus cargas familiares, no omita ninguna, porque la valorización del plan de salud complementario que se entrega no se ajustará a sus necesidades reales como grupo familiar.
- *Indicar la duración de la valorización de los planes de salud entregados*. En este caso la advertencia está orientada a reforzar que una valorización de un plan de salud complementario es el resultado de una oferta comercial de la Isapre en determinado momento y de acuerdo a factores relevantes asociados al cotizante y su grupo familiar, como son: precio, condiciones de salud y conformación del grupo familiar del cotizante.
- *Indicar que la oferta de planes entregada por el sistema no garantiza que la Isapre lo acepte como afiliado, ya que eso dependerá de la declaración de salud y otros datos específicos*.
- *Indicar que la oferta de planes entregada por el sistema no garantiza que la Isapre acepte el cambio de plan en caso de ser ya carga o cotizante de la Isapre*.
- *Indicar que la oferta de planes entregada por el sistema es válida hasta el último día del mes en que se realizó la consulta de planes*.

2.3. Visión General de la Solución

El Buscador de Planes es una solución, que dado un conjunto de parámetros del perfil del cotizante y su grupo familiar y las expectativas del potencial afiliado, aplica criterios de búsqueda para recuperar los planes de salud que mejor lo satisfagan.

El resultado del Modelo es una **Lista de Planes de salud complementarios y sus respectivas Selecciones de Prestaciones Valorizadas, la red GES y GES-CAEC, y los beneficios adicionales**, que se ajustan a las necesidades del usuario.

El Buscador de Planes provee un servicio de consulta de planes de salud complementarios y beneficios que ofrecen las Isapres. Entrega información a los usuarios para facilitar el análisis y comparación de los planes de salud complementarios, mediante la estandarización del proceso de búsqueda de los planes de salud y de la información que se entrega como resultados de dicha búsqueda. Permite a los usuarios aprender del Modelo, dado que se enfrentará a la misma forma de ingresar los datos y el mismo despliegue de resultados, ayudándole en la selección de planes de salud complementarios que se ajusten a sus necesidades de salud y las de su grupo familiar.

Es una solución orientada de ser implementada vía Web, lo que brinda al usuario disponibilidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana y desde cualquier parte con acceso a Internet, para seleccionar el plan de salud complementario que más le conviene.

2.4. Tipos de Usuarios

Título V: Buscador de Planes

El Buscador de Planes se hace cargo de las necesidades de un Usuario Medio que se define como:

- Aquel que busca planes de salud complementarios con una noción de los factores importantes, es decir, puede no saber a priori cuáles factores importan, pero puede decidir respecto de ellos si se le presentan.
- Tiene acceso a Internet y sabe cómo utilizarla, es decir, sabe como navegar y entiende los conceptos pero requiere de la ayuda correcta para explorarla y encontrar lo que necesita.

No requiere identificarse como afiliado a una Isapre. No obstante lo anterior, cuando el individuo que busca información desea guardar su consulta, se le pedirá que ingrese su e-mail y su número de RUT. Por otra parte, cuando el individuo que busca información está afiliado a la Isapre en la cual está realizando dicha búsqueda, se deberá identificar con su clave respectiva con el fin de obtener la información de su plan de salud complementario vigente y la selección de prestaciones valorizada correspondiente.

2.5. Requisitos Generales

En este apartado se presentan los requisitos generales al Modelo.

Id	Área	Requerimiento
Req01	Funcional	Estandariza la búsqueda de planes en las Isapres.
Req02	Funcional	Entrega una herramienta para comparar beneficios entre Isapres y dentro de las Isapres.
Req03	Funcional	El modelo no exige trabajo adicional a las Isapres, es decir, utiliza información que hoy tiene cada Isapre.
Req04	Funcional	El objeto principal de información será la Selección de prestaciones valorizadas y el plan de salud complementario.
Req05	Funcional	La información o búsqueda se centrará primero en los planes de salud complementarios y luego en los beneficios adicionales.
Req06	Funcional	Pedir parámetros de búsqueda inteligentemente, es decir, no forzar a ingresar todos los parámetros de un formulario o pedir datos dependiendo de lo que va ingresando el usuario.
Req07	Funcional	El modelo debe orientarse a la pre-venta, que es el objetivo de las isapres.
Req08	Funcional	El modelo captura datos de los usuarios que consultan para entregar a las isapres información relevante o de valor.
Req09	Funcional	El diseño del modelo considera tanto aspectos tecnológicos como de negocios.
Req10	Funcional	El modelo guarda la última consulta del usuario y se debe preguntar al salir de la consulta de planes.
Req11	Funcional	El modelo considera las compensaciones de cotizaciones de planes como parte de los parámetros de consulta.
Req12	Funcional	El modelo incluye a la selección de prestaciones valorizadas de un plan.
Req13	Seguridad	Seguir estándares de seguridad.

Título V: Buscador de Planes

Id	Área	Requerimiento
Req14	Seguridad	Que los datos almacenados no puedan ser rescatados, por ejemplo, siendo manejados de forma reservada.
Req15	Seguridad	Garantizar a las isapres que el que interactúa con el sistema es una persona y no un programa.
Req16	Seguridad	Registrar las extracciones de información o cartera de planes.
Req17	Usabilidad	El modelo contempla usuarios capaces de: Interactuar con la tecnología: sabe ocupar un computador y ha navegado en Internet. Tiene algún conocimiento de los beneficios que busca.
Req18	Usabilidad	El modelo guía al usuario en todo momento y entrega información adicional, entrega ayudas asociadas a conceptos del negocio. Ej.: describe las modalidades de planes cuando exige seleccionar alguno.
Req19	Operativa	La solución entrega el modelo operacional asociado a ella: El modelo será implementado por cada isapre Las isapres deben agregar el modelo a sus sitios o páginas web.

3. Especificación del Modelo

El Buscador de planes ofrece un servicio de consulta de planes de salud de una Isapre y entrega al usuario planes de salud complementarios, las respectivas selecciones de prestaciones valorizadas asociadas. Este Modelo establece una forma unificada de consultar y buscar los planes de salud y de entregar los resultados de dicha búsqueda, esto es, el despliegue de la lista de planes de salud que se ajustan a las necesidades del Usuario. Ésta forma unificada de consultar y recibir información, que plantea el Modelo, permitirá al usuario hacer un análisis e información real de las ofertas de planes de salud complementarios del mercado que más le satisfagan.

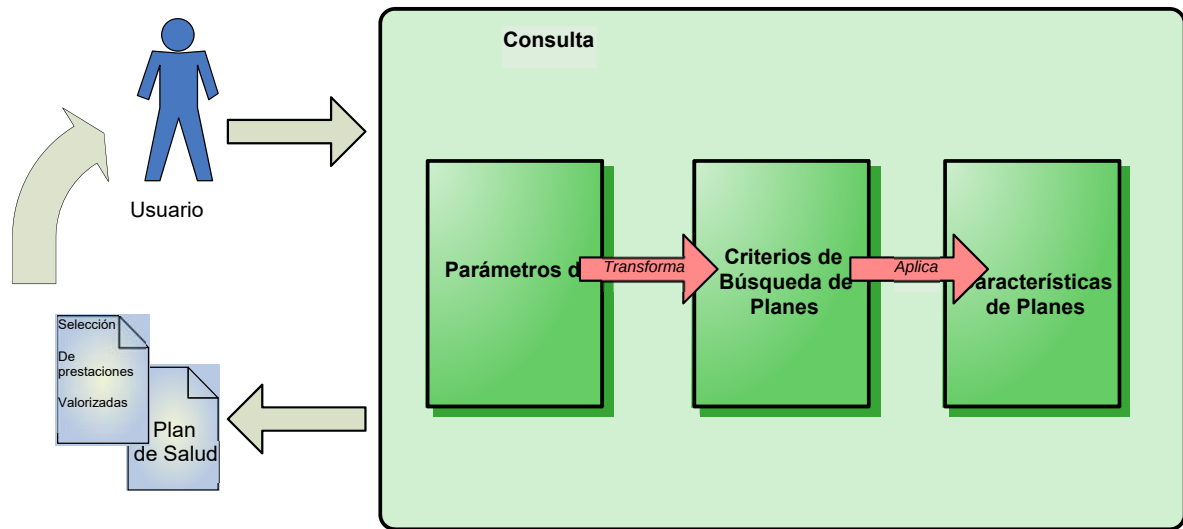


Figura 1: Modelo Gráfico del Buscador de Planes.

3.1. Componentes del Modelo

El Buscador de Planes está basado en tres componentes conceptuales principales:

- **Parámetros de Consulta:** Son los datos que ingresa el usuario para consultar planes de salud.
- **Criterios de Búsqueda:** Son generados en función de la evaluación de los parámetros de consulta.
- **Características de los Planes:** Son el conjunto de cualidades que describen los distintos planes de salud complementarios y permiten seleccionar aquellos que cumplen con los criterios de búsqueda.

Una componente es consecuencia de la otra, es decir, los Criterios de Búsqueda son definidos a partir de las Características de los Planes y los Criterios de Búsqueda definen el set de Parámetros de Consulta que deben ser ingresados. La componente más importante es “**Características de los Planes**” porque describe el manejo de los planes de salud que posee una Isapre desde distintas perspectivas lo que permite generar un *Modelo Unificado* aún cuando las diferentes Isapres poseen diferentes formas de manejar sus planes de salud complementarios.

3.2. Parámetros de Consulta

Los *Parámetros de Consulta* son los datos que ingresa el usuario y evaluará el Modelo para aplicar los criterios de búsqueda de planes. Estos parámetros son definidos de acuerdo a dos aspectos: los intereses de búsqueda mayormente utilizadas al momento de cotizar planes de salud y de acuerdo a los criterios de búsqueda que se deben aplicar.

Al analizar cómo buscan planes de salud las personas, se identificaron tres caminos importantes de búsqueda, los que mencionamos por orden de mayor uso, a saber: *rango de precio*, *prestador de interés*, *Cobertura de Maternidad* y *Cobertura Internacional*.

- **Rango de precio:** es el valor asignado por un potencial cotizante para pagar por un plan de salud complementario.
- **Prestador de preferencia**¹⁹³: es la institución de salud, clínica o centro médico, donde se atiende o le gustaría atenderse al potencial cotizante.
- **Cobertura de Maternidad:** apunta a la búsqueda de planes con buena cobertura maternal.
- **Cobertura internacional (Optativo para cada Isapre):** apunta a la búsqueda de planes con cobertura nacional y fuera del país.

Otro factor de análisis para obtener los parámetros de consulta, son los Criterios de Búsqueda que define el Buscador de Planes, estos criterios definen cual es el set de datos necesarios para ser contruidos y recuperar los planes de salud.

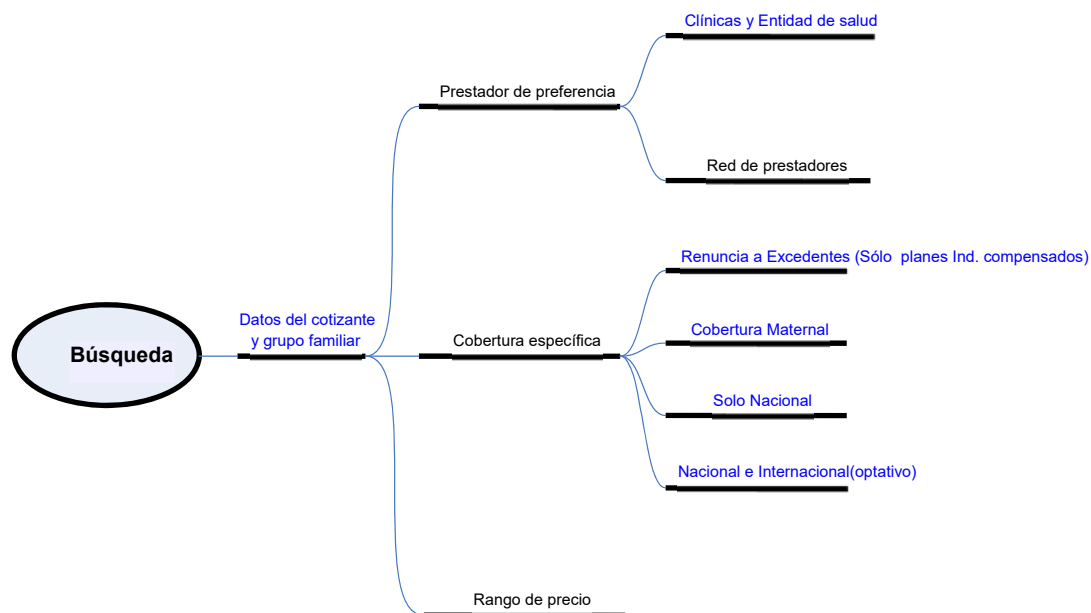


Figura 2: Mapa de la Búsqueda de Planes.

¹⁹³ El prestador de preferencia no se refiere al eventual “prestador preferente” que pueda estar individualizado expresamente en el plan de salud, sino que se refiere a aquel que el posible cotizante individualiza como preferido.

3.2.1. Descripción de los Parámetros de Consulta

Los Parámetros de Consulta establecido por el Buscador de Planes se describen a continuación, y se debe informar al individuo cuando comienza a utilizar el Modelo, que requerirá contar con los datos propios y de su grupo familiar:

- **Datos del cotizante y su grupo familiar.** Estos describen al grupo familiar beneficiario del plan de salud complementario consultado, esto es, cotizante y cargas. Permitirá obtener el factor de riesgo de cada integrante para el cálculo del precio del plan, además del lugar de residencia del cotizante y tipo de plan al que quiere optar.
- **Rango de precio.** es el valor asignado por un potencial cotizante para pagar por un plan de salud complementario.
- **Prestador de preferencia**¹⁹⁴. Es la institución de salud donde quiere atenderse el Usuario, éstas son clínicas o centros médicos
- **Cobertura específica.** Estas son el tipo de cobertura maternal, cobertura nacional y cobertura internacional.

El Buscador de Planes establece como escenario mínimo de consulta el ingreso de los Datos del cotizante y su grupo familiar, el Rango de precio a pagar y el Prestador de preferencia. El escenario de consulta más específico es la combinación de todos los Parámetros de Consulta.

3.2.2. Definición de los Parámetros de Consulta

Los Parámetros de Consulta que deben ser ingresados por el usuario para la búsqueda de planes, son los siguientes:

- **Ciudad de residencia.** Corresponde a la ciudad donde vive el potencial cotizante y debe ser seleccionada desde una lista.
- **Tipo de plan.** De las tipificaciones de planes definidas por la norma, se utilizan las siguientes: Individual, Individual Compensado (En el evento que dicha compensación sea efectuada entre cónyuges, el plan pasará a denominarse Matrimonial) pudiendo seleccionar solo una de ellas.
- **Beneficiarios del plan.** Corresponden al potencial cotizante y su grupo familiar y deben ser especificados de la siguiente forma:
 - **Tipo de beneficiario.** Corresponde al cotizante y las cargas legales, cargas médicas (las cargas legales o médicas pueden ser con aporte). Dependiendo del plan seleccionado (compensado o no), se debe indicar el tipo de beneficiario (carga legal o médica), con o sin aporte según cada caso.
 - **Sexo.** Corresponde al sexo del potencial cotizante y cada una de sus cargas.
 - **Fecha de nacimiento.** Corresponde a la fecha de nacimiento del potencial cotizante y cada una de sus cargas. Con este dato se calculará la edad correspondiente a cada beneficiario, necesaria para determinar el factor de riesgo.
- **Moneda a utilizar.** Corresponde a la unidad monetaria o moneda que quiere utilizar el usuario para ingresar y desplegar los datos relativos a montos. Los tipos de monedas permitidos son peso nacional y unidades de fomento. La moneda que selecciona al principio el usuario es la que se utiliza a lo largo de toda la consulta para expresar montos y valores.

¹⁹⁴ El prestador de preferencia no se refiere al eventual "prestador preferente" que pueda estar individualizado expresamente en el plan de salud, sino que se refiere a aquel que el posible cotizante individualiza como preferido.

- **Monto mensual disponible para salud.** Corresponde a la cotización mensual de un plan de salud complementario que quiere o puede pagar el usuario. Este valor debe ser ingresado para cada cotizante del plan y cada una de sus cargas con aporte, la sumatoria de las cotizaciones del cotizante, las cargas con aporte y las compensaciones da el monto de referencia para la búsqueda de planes por precio. El precio o cotización del plan puede ser ingresados de 2 formas:
 - **Cotizante:**
 - **Remuneración líquida aproximada.** Puede ser ingresada la renta líquida aproximada que percibe cada cotizante, donde la Isapre calculará una cotización legal aproximada.
 - **Aporte Adicional Voluntario.** Puede ser ingresado el valor Adicional Voluntario a la cotización legal, que está dispuesto a pagar cada cotizante, para la compra de un plan de salud.
 - **Cotización estimada para el plan.** Es el monto obtenido de la suma de la cotización legal y el aporte adicional voluntario. Se utiliza la cotización estimada para la búsqueda de planes por precio.
 - **Aporte de cargas: solo si se han declarado cargas con aporte, el sistema pedirá ingresar cotizaciones por cada carga.**
 - **Aporte Adicional Voluntario.** Puede ser ingresado el valor Adicional Voluntario a la cotización legal, que está dispuesto a pagar cada cotizante, para la compra de un plan de salud.
 - **Remuneración líquida aproximada.** Puede ser ingresada la renta líquida aproximada que percibe cada cotizante, donde el sistema calculará una cotización legal aproximada.
 - **Cotización estimada para el plan.** Es el monto obtenido de la suma de la cotización legal y el aporte adicional voluntario. Se utiliza la cotización estimada para la búsqueda de planes por precio.
 - **Compensación.** Corresponde a un valor de compensación de la cotización de un plan, que puede ser hecha por otro cotizante no beneficiario del mismo plan. El sistema permitirá ingresar compensación de cotización solo si el tipo de plan seleccionado es “compensado”.
- **Prestador de preferencia¹⁹⁵.** Corresponde a una institución de salud, específicamente, clínicas y centros médicos, donde al usuario le gustaría atenderse con su plan de salud complementario. El sistema entregará una lista de los prestadores correspondientes a la ciudad de residencia del potencial cotizante. Si el usuario desea seleccionar una clínica o centro médico de otra ciudad, el sistema le proveerá de una lista completa de prestadores de salud ordenada alfabéticamente por ciudad.
- **Cobertura por parto.** Se utiliza para seleccionar planes de salud que tengan una cobertura normal de parto o planes con menor cobertura de parto. El sistema exige indicar explícitamente si el usuario quiere menor cobertura por parto, sino se entiende que se debe buscar por ambas posibilidades de cobertura.
- **Cobertura nacional o internacional.** Se utiliza para seleccionar planes de salud que tengan cobertura solo nacional o cobertura nacional e internacional. El sistema exige seleccionar una de las 2 posibilidades de cobertura. La Isapre podrá no considerar la cobertura internacional, en este caso, por defecto queda establecido siempre la cobertura nacional.

¹⁹⁵ El prestador de preferencia no se refiere al eventual “prestador preferente” que pueda estar individualizado expresamente en el plan de salud, sino que se refiere a aquel que el posible cotizante individualiza como preferido.

3.3. Características de los Planes

Las *Características de los Planes* son el conjunto de cualidades que describen los distintos planes de salud y permiten seleccionar aquellos que cumplen con los criterios de búsqueda.

Las Características de los Planes es la componente más importante del Buscador de Planes porque describen desde distintos puntos de vista los Planes complementarios de Salud, lo que permite generar un Modelo Unificado para la consulta de planes en todas las Isapres, indistinto de la administración de planes y la tecnología de implementación que tenga cada Isapre.

3.3.1. Descripción de las Características de los Planes

Las características de los planes que serán consideradas por el Modelo, para seleccionar la oferta de planes que más se ajusta a los parámetros de consulta ingresados por el usuario, se describen a continuación:

- **Estado de un plan.** Existen por los menos 2 estados de los planes que se maneja en las Isapres, *Comercial* indica que dicho plan está siendo comercializado por la Isapre y *Vigente*, que indica que el plan dejó de ser vendido y se mantiene porque está contratado por al menos 1 afiliado. Para estos efectos el Modelo trabajará con los planes en comercialización.
- **Precio del Plan de salud Complementario.** El precio se compone de 2 factores, (1) el precio base del plan de salud complementario, que es igual para todos y (2) el factor de riesgo del cotizante y su grupo familiar. El Modelo buscará planes por el valor estimado de la cotización o por la cotización legal estimada, de acuerdo a la renta líquida informada, el valor que sea mayor.
- **Modalidad de un plan.** La modalidad indica la forma en que recibirá los beneficios de un plan de salud complementario el cotizante y su grupo familiar, y existe la modalidad de *Libre Elección*, que permite al afiliado escoger donde atenderse, la de *Prestador Preferente*, que combina la modalidad libre elección y atención en prestadores establecidos previamente y la modalidad de plan *Cerrado*, que bonifica la atención en determinados prestadores. El Modelo buscará en todas las modalidades de planes.
- **Tipo de planes.** De los tipos de planes identificados se consideran los planes Individuales e Individuales Compensado. Para estos efectos se considerarán del tipo *Compensados* los planes en que la compensación es realizado por 2 cotizantes y de tipo *Matrimoniales* los planes en que la compensación es realizada por cónyuges.
- **Agrupación de planes.** De los grupos de planes identificados que puede manejar una Isapre, serán considerados como planes definidos: los planes definidos con menor o mejor cobertura por parto y los planes definidos para ser usados solo dentro del país o que tienen cobertura nacional e internacional.

Las demás características de los planes si bien no influirán en la selección de planes a ofrecer, si serán utilizadas para presentar los planes al usuario y entregada como información para ser evaluada por éste. Asimismo, deberá existir una ventana en la cual estén disponibles los datos GES y CAEC, de acuerdo a lo indicados en los puntos 3.4.3.1.5 N°7 y N°2 (letra d numeral iv), respectivamente.

3.4. Criterios de Búsqueda

Los *Criterios de Búsqueda* son generados en función de la evaluación de los Parámetros de Consulta ingresados por el Usuario.

Los *Criterios de Búsqueda* son aplicados por la Isapre a los parámetros que ingresa el usuario para consultar planes y son el filtro con el cual se buscan los planes de salud complementarios de la Isapre y se seleccionan aquellos que formarán la oferta a ser entregada al usuario.

Para definir los *Criterios de Búsqueda*, la Isapre analiza las características de los planes de salud, identifica el perfil del usuario y sus necesidades de salud para generar una oferta de planes adecuada para el usuario.

3.4.1. Definición de los Criterios de Búsqueda

Los criterios de búsqueda definidos por el Modelo para la búsqueda de planes de salud se describen a continuación:

- Se busca sobre todos los planes en comercialización.
- Se busca sobre los planes definidos, para cobertura normal o menor cobertura por parto y para planes con cobertura solo nacional o ambas (nacional e internacional-opcional).
- Se busca de acuerdo a planes con o sin renuncia a excedentes (Sólo para planes individuales compensados)
- Se busca planes por tipo considerando Individual e Individual Compensado, según se indique.

3.4.2. Definición de las Funciones de los Actores

En esta sección se definen los actores que interactúan con el Sistema Buscador de Planes, tanto aquellos que gatillan o inician un caso de uso como aquellos que se benefician de los casos de uso.

Nombre	Usuario
Definición	El Usuario representa a todos los usuarios que consultan, buscan o cotizan planes de salud en las Isapres. Se ha definido por regla de negocio no distinguir entre afiliados y usuarios no afiliados, para el sistema todos son tratados como Usuario.
Notas	Consulta planes de salud según sus necesidades de salud y las de su grupo familiar Guarda su sesión de consulta y resultados Recupera su sesión de consulta y resultados Selecciona una oferta de planes Agrega beneficios adicionales al plan Se contacta con la Isapre
Nombre	Comercial
Definición	El rol Comercial recibe la información estadística de los usuarios que consulta planes de salud para análisis comercial.
Notas	Recibe la información estadística de los usuarios que consultan planes para que sea analizada con fines comerciales.
Nombre	Administrador

Título V: Buscador de Planes

Definición	El Administrador del sistema Buscador de Planes se encarga del funcionamiento y administración del sistema. Es responsable del poblado y actualización de datos. Administra la información que genera el sistema, a saber, consultas de planes, solicitud de evaluación, ofertas de planes, estadísticas de navegación, entre otras. Administra la información que provee el sistema, esto es, contenidos del sitio, ayuda sobre la operación del sistema, ayudas al usuario, integridad en la información comercial de planes de acuerdo a lo que exige la ley y lo que venden las Isapres.
Notas	Administra el contenido de la sección del sistema Buscador de Planes Se encarga del correcto funcionamiento del sistema Configura el sistema Mantiene actualizado los parámetros del sistema Carga los datos al sistema de planes comerciales, tablas de prestaciones de selección, prestadores por ciudad, etc. Provee información de consultas, ofertas, estadísticas, etc. Se encarga de mantener al día la información de ayuda al usuario, de acuerdo a los cambios que establece la Superintendencia de Salud y lo que ofrece la Isapre
Nombre	Representante Isapre
Definición	El Representante Isapres se encarga de atender las consultas de los usuarios y potenciales cotizantes del sistema. Recibe las consultas y solicitudes del Usuario, establece contacto entre el Usuario y la Isapre, de acuerdo a la forma de contacto que este ha indicado (comercial, ejecutivo de ventas).
Notas	Atiende las consultas de los usuarios generadas por medio del formulario de contacto Recibe y administra la información de consulta de planes generada por el sistema: consulta-resultado-selección-declaración de salud del Usuario Se contacta con el Usuario que lo ha solicitado

3.4.3. Especificación de Casos de Uso

En esta sección se describen los casos de uso identificados. En la especificación de los casos de uso se ha optado por un formato extendido muy completo y de fácil seguimiento para el equipo a cargo de su implementación.

Los casos de uso describen la funcionalidad esperada del sistema desde el punto de vista del usuario, es así, que expone la interacción del usuario con el sistema Buscador de Planes.

La especificación de los casos de uso comienza con el nombre del caso de uso en cuestión, un identificador que permitirá en el transcurso de la implementación hacer un seguimiento de la funcionalidad requerida; se tipifica el caso de uso como esencial, dado que si bien especifica claramente en qué consiste la funcionalidad no involucra estrictamente decisiones del diseño de implementación en esta etapa. Luego se listan los actores involucrados en el caso de uso, iniciadores o consumidores del caso de uso. Se plantea el propósito de la funcionalidad. Se establecen las condiciones que se deben dar para la ejecución de la funcionalidad y las condiciones posteriores a la ejecución de la misma

funcionalidad. Finalmente, se describe el curso normal de los eventos y también se especifican los eventos alternativos y/o excepcionales al curso normal.

A continuación, se presenta el listado de los casos de uso especificados:

Id	Caso de Uso
CU01	3.4.3.1.1 Caso de Uso Consultar <i>Planes</i>
CU02	3.4.3.1.2 Caso de Uso Recuperar Sesión de <i>Consulta</i>
CU03	3.4.3.1.3 Caso de Uso Guardar Sesión de <i>Consulta</i>
CU04	3.4.3.1.4 Caso de Uso <i>Buscar Planes</i>
CU05	3.4.3.1.5 Caso de Uso Desplegar Lista de <i>Planes</i>
CU06	3.4.3.1.6 Caso de Uso <i>Agregar Beneficios</i>
CU07	3.4.3.1.7 Caso de Uso Desplegar Selección <i>Final</i>
CU08	3.4.3.1.8 Caso de Uso Llenar formulario de <i>contacto</i>
CU10	3.4.3.1.9 Caso de Uso Imprimir Oferta de <i>Planes</i>

3.4.3.1.1 Caso de Uso Consultar *Planes*

Identificador: CU01

Tipo: Primario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Buscar planes de salud de acuerdo a las necesidades de salud del cotizante y su grupo familiar.

Precondiciones:

- El Usuario selecciona la sección “Consulta Planes de Salud” en el sitio de la Isapre.

Pos condiciones:

- Se dispone de todos los parámetros de consulta necesario para buscar planes.
- Si el Usuario ha recuperado la sesión de consulta anterior y no ha modificado el valor de ningún parámetro y la oferta de planes asociada a los parámetros de consulta sigue vigente, esa es la oferta de planes recuperada que se mantiene como resultado.

Curso normal de los eventos.

1. El caso de uso comienza cuando el sistema despliega la interfaz Consulta Planes de Salud del Buscador de Planes
2. El sistema permite recuperar la sesión de consulta anterior **extendiendo** al **CU Recuperar Sesión de Consulta**.

3. El sistema solicita indicar la ciudad de residencia dando opción de seleccionar desde una [3.5.2.9.2 Lista de Ciudades](#).
4. El Usuario selecciona la ciudad de residencia desde la lista.
5. El sistema solicita indicar el tipo de plan que se quiere buscar entregando las siguientes opciones: Individual e Individual Compensado.
6. El Usuario selecciona el tipo de plan que desea buscar.
7. Si el Usuario selecciona el tipo de plan *Individual* o *Compensado*, entonces:
 - a. El sistema asigna el primer beneficiario del plan y lo tipifica como “Cotizante” y solicita indicar sexo y fecha de nacimiento.
 - b. El Usuario indica el sexo y fecha de nacimiento del cotizante.
 - c. El sistema permite ingresar más beneficiarios del plan, solicitando:
 - (i) Indicar tipo de beneficiario seleccionando desde una lista el tipo: Carga legal, Carga médica (opcional), Carga legal con aporte y Carga Médica con aporte (opcional).
 - (ii) Indicar sexo de cada beneficiario: Femenino o Masculino.
 - (iii) Indicar fecha de nacimiento de cada beneficiario.
 - d. El Usuario selecciona el tipo de beneficiario, indica sexo y fecha de nacimiento de cada beneficiario ingresado.
 - e. El sistema permite eliminar beneficiarios ingresados.
 - f. El sistema solicita indicar el tipo de moneda a utilizar para expresar los montos, entregando como opciones: Unidades de Fomento o Pesos Nacionales.
 - g. El Usuario selecciona la moneda que desea utilizar.
 - h. El sistema permite ingresar la remuneración líquida para obtener la cotización legal de salud del 7% como referencia de precio que desea pagar por un plan.
 - i. El Usuario puede ingresar la remuneración líquida aproximada para calcular la cotización legal de salud.
 - j. Si el Usuario ingresa la remuneración líquida, entonces:
 - (i) El sistema debe calcular el 7% del monto ingresado con tope del máximo legal, como cotización legal, y desplegar la cifra en pesos.
 - (ii) Si el Usuario ingresó, además, un monto de cotización como referencia de precio de plan, el sistema debe validar que el monto de cotización sea mayor o igual al resultado de calcular el 7% de la remuneración líquida ingresada.
 - k. Si el Usuario ha ingresado beneficiarios del plan del tipo *cargas con aporte*, entonces para cada carga con aporte:
 - (i) El sistema solicita ingresar un monto de aporte de cotización.
 - (ii) El Usuario puede ingresar un monto de aporte de cotización.
 - (iii) El sistema permite ingresar la remuneración líquida para obtener la cotización legal de salud del 7% como referencia del monto de aporte.
 - (iv) El Usuario puede ingresar la remuneración líquida aproximada.
 - (v) Si el Usuario ingresa la remuneración líquida, entonces:
 - (1) El sistema debe calcular el 7% del monto ingresado con el tope legal, como cotización legal, y desplegar la cifra en pesos.
 - l. El sistema solicita ingresar el monto de cotización voluntaria que complementa a la cotización legal.
 - m. Si el tipo de plan seleccionado es *Individual Compensado*, el sistema permite agregar compensaciones al plan, solicitando ingresar un monto de compensación.
 - n. El Usuario puede ingresar un monto de compensación expresado en el tipo de moneda seleccionado.
 - o. El sistema obtiene la cotización total como referencia de precio de plan, sumando el monto de cotización más los montos de aporte de cotización de las cargas con aporte, si corresponde y despliega el total obtenido expresado en el tipo de moneda seleccionado.
8. El sistema debe informar en todo momento el valor de unidades de fomento que utiliza para realizar los cálculos correspondientes.

Título V: Buscador de Planes

9. El sistema solicita seleccionar un prestador de salud desde una 3.5.2.9.1 Lista de *Prestadores* asociada a la ciudad de residencia ingresada.
10. El Usuario puede seleccionar un prestador de salud de la lista.
11. El sistema permite seleccionar un prestador de salud que no corresponda a la ciudad de residencia ingresada, proveyendo una lista completa de prestadores de salud. Esta lista contiene los siguientes datos: Nombre del prestador de salud, Dirección del prestador de salud, Ciudad donde se ubica el prestador de salud, Especialidad del prestador de salud y se despliega ordenada por ciudad y alfabéticamente por nombre de prestador.
12. El Usuario puede seleccionar otro prestador de salud, no asociado a su ciudad de residencia.
13. El sistema permite indicar explícitamente como coberturas de interés si se quiere *menor cobertura de parto*.
14. El Usuario puede indicar que prefiere menos cobertura de parto.
15. El sistema permite seleccionar como coberturas de interés planes con cobertura *Nacional e Internacional* (opcional) o con cobertura *solo Nacional*.
16. El Usuario puede seleccionar solo una opción de cobertura, Nacional e Internacional (opcional) o solo Nacional.
17. El sistema permite en todo momento salir de la consulta de planes de salud.
18. Si el Usuario sale de la consulta de planes de salud, entonces pasa al CU Guardar Sesión de Consulta.
19. El sistema permite buscar planes de acuerdo a los parámetros de consulta ingresados.
20. Si el Usuario solicita buscar planes, entonces pasa al CU Buscar Planes.
21. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- Línea 7.I: Si el Usuario no ha ingresado la remuneración líquida y no ha ingresado monto de cotización, entonces el sistema muestra un mensaje de advertencia indicando “Usted no ha ingresado un monto de cotización o remuneración líquida aproximada, que nos permita calcular el monto de referencia que desea pagar por un plan, ingrese un valor por favor”.
- Línea 9: Si el Usuario no ha seleccionado ningún prestador de salud, el sistema debe advertir de la situación al usuario y forzar su selección.

3.4.3.1.2 Caso de Uso Recuperar Sesión de Consulta

Identificador: CU02

Tipo: Secundario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Recuperar última consulta anterior del usuario.

Precondiciones:

- No hay.

Pos condiciones:

- Los parámetros de la consulta de planes son cargados con los valores de los datos de la sesión de consulta anterior del usuario, si existe una sesión de consulta anterior almacenada y si el usuario ha indicado que quiere recuperarla.

Curso normal de los eventos.

Título V: Buscador de Planes

1. El sistema pregunta ¿Consulta planes de salud por primera vez?, dando como posibilidades de respuesta las opciones “Sí” y “No”.
2. El Usuario responde seleccionando una opción.
3. Si el Usuario selecciona la opción NO, entonces:
 - a. El sistema pregunta ¿desea recuperar su última sesión de consulta?, dando como posibilidades de respuesta las opciones “Sí” y “No”.
 - b. El Usuario responde seleccionando una opción.
 - c. Si el Usuario selecciona la opción SI, entonces:
 - (i) El sistema muestra un mensaje de advertencia indicando “Recuerde que la sesión de consulta se guarda sólo durante el mes en curso.”
 - (ii) El sistema solicita ingresar un correo electrónico y el N° de RUT del usuario.
 - (iii) El Usuario ingresa su correo electrónico y su N° de RUT.
 - (iv) El sistema busca una sesión de consulta asociada al correo electrónico ingresado y al N° de RUT ingresado.
 - (v) Si el sistema no encuentra una sesión de consulta asociada al correo electrónico ingresado y al N° de RUT ingresado, muestra un mensaje indicando “No se ha encontrado una sesión de consulta anterior”.
 - (vi) Si el sistema encuentra una sesión de consulta asociada al correo electrónico ingresado y al N° de RUT ingresado, el sistema recupera la sesión de consulta anterior y pasa al **CU Consultar Planes**.
 - d. Si el Usuario selecciona la opción No, entonces pasa al CU Consultar Planes.
4. Si el Usuario selecciona la opción SI, pasa al CU Consultar Planes.

Cursos alternativos.

- Línea 3.c.ii: El sistema da opción de salir de la recuperación de una sesión de consulta anterior y terminar la consulta de planes.

3.4.3.1.3 Caso de Uso Guardar Sesión de Consulta

Identificador: CU03

Tipo: Secundario y Esencial

Actores: Usuario

Propósito: Guardar la sesión de consulta y resultados de la búsqueda asociada a un usuario anónima.

Precondiciones:

- Haber salido el usuario de la consulta de planes.

Pos condiciones:

- Se tiene un registro completo de la navegación en la consulta de planes de los usuarios, hasta la sección en que salió del sistema, lo que permite hacer un seguimiento completo de los resultados entregados y generar información estadística.

Curso normal de los eventos.

1. El sistema pregunta ¿Quiere guardar su sesión de consulta de planes?, dando como posibilidades de respuesta las opciones “Sí” y “No”.
2. El Usuario selecciona la respuesta.
3. Si el Usuario responde SI, entonces:
 - a. El sistema muestra un mensaje de advertencia indicando “Su sesión de consulta se guardará hasta el último día del mes en curso”.

Título V: Buscador de Planes

- b. El sistema solicita ingresar un correo electrónico al que quedará asociada la sesión de consulta a ser guardada.
 - c. El sistema solicita ingresar el RUT del usuario.
 - d. El Usuario ingresa su correo electrónico y su RUT.
 - e. El sistema guarda la sesión de consulta del usuario hasta el punto en que salió asociada al correo electrónico ingresado y al RUT ingresado.
4. El sistema guarda toda la navegación realizada en la consulta de planes por el usuario:
 - a. El sistema debe registrar la fecha y hora de la sesión de consulta.
 - b. El sistema debe registrar todos los parámetros de consulta ingresados.
 - c. El sistema debe registrar los criterios de búsqueda que generaron los parámetros de consulta ingresados, dejándolos asociados, si corresponde.
 - d. El sistema debe registrar la oferta de planes entregados como resultado de aplicar los criterios de búsqueda obtenidos, dejándolos asociados, si corresponde.
 - e. Si la aplicación de los criterios de búsqueda sobre los planes de salud no arrojó una oferta de planes, el sistema debe registrar que la lista de planes entregada corresponde a una oferta por defecto.
 - f. El sistema debe registrar el o los planes que hubiese seleccionado el Usuario, si corresponde.
 - g. El sistema debe registrar la opción de plan elegida finalmente por el usuario, si corresponde.
5. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.4.3.1.4 Caso de Uso Buscar Planes

Identificador: CU04

Tipo: Primario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Generar una oferta de planes como resultado de aplicar los criterios de búsqueda.

Precondiciones:

- Haber ingresado los parámetros de consulta o haber recuperado una sesión de consulta anterior.

Pos condiciones:

- Una lista de planes que satisfacen los criterios de búsqueda o una oferta de planes por defecto.

Resumen: Este caso de uso analiza los parámetros de consulta ingresados por el Usuario y genera los criterios de búsqueda de planes, aplica los criterios de búsqueda sobre los planes de salud en comercialización y genera la lista de planes de salud que será la oferta a entregar como resultado. En caso que el Usuario hubiese recuperado su última sesión de consulta, entregará la última oferta de planes si aún se encuentra vigente, de lo contrario buscará nuevos planes que cumplan con el mismo escenario de consulta.

Curso normal de los eventos.

1. El sistema analiza los parámetros de consulta ingresados para buscar planes.
2. Si el Usuario **recuperó su última sesión de consulta y no ha modificado ningún parámetro de consulta** ingresado anteriormente y **la oferta de planes entregada como resultado sigue vigente**, entonces el sistema mantiene la misma lista de planes de la oferta entregada en la sesión de consulta anterior.

3. Si el Usuario **recuperó su última sesión de consulta** y **no ha modificado ningún parámetro de consulta** ingresado anteriormente y **la oferta de planes entregada ha caducado, entonces el sistema debe hacer una nueva búsqueda de planes.**
4. Si el Usuario **recuperó su última sesión de consulta** y **ha modificado algún parámetro de consulta** de los ingresados anteriormente, el sistema debe hacer una nueva búsqueda de planes.
5. El sistema aplica los criterios de búsqueda para seleccionar planes de salud.
 - a. El sistema selecciona los planes comerciales
 - b. Si el tipo de planes ingresado es Individual, entonces el sistema selecciona de los planes comerciales los que correspondan al tipo "Individual".
 - c. Si el tipo de planes ingresado es Compensado, entonces el sistema selecciona de los planes comerciales los que correspondan al tipo Compensado.
 - d. Si el Usuario ha indicado que prefiere menor cobertura por parto, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*¹⁹⁶ los que correspondan al grupo de menor cobertura por parto.
 - e. Si el Usuario no ha indicado que prefiere menor cobertura por parto, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes* los que correspondan a ambas posibilidades de cobertura, con menor y normal cobertura por parto.
 - f. Si el Usuario ha indicado que prefiere cobertura solo nacional, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*¹⁹⁷-cobertura de parto los que correspondan al grupo de cobertura solo nacional.
 - g. Si el Usuario ha indicado que prefiere cobertura nacional e internacional, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*¹⁹⁸-cobertura de parto los que correspondan al grupo de cobertura nacional e internacional.
 - h. El sistema calcula el precio de referencia para la búsqueda planes sumando las cotizaciones ingresadas de cada cotizante, de cada carga con aporte y la compensación de cotización, si corresponde.

El sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*¹⁹⁹-cobertura de parto-cobertura nacional

 - (i) Calcula la edad de cada beneficiario ingresado a partir de la fecha de nacimiento.
 - (ii) busca en la tabla de factores del plan el rango de edad en que se encuentra el beneficiario y de acuerdo a su sexo y tipo de beneficiario (carga o cotizante) extrae el factor de riesgo que le corresponde.
 - (iii) Obtiene el factor de riesgo del grupo familiar sumando los factores de riesgo de cada beneficiario.
 - (iv) Multiplica el precio base del plan por el factor de riesgo del grupo familiar obteniendo la cotización total del plan.
6. Fin del caso de uso.

3.4.3.1.5 Caso de Uso Desplegar Lista de Planes

Identificador: CU05

Tipo: Primario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Desplegar la oferta de planes obtenida ordenada por modalidad de plan.

¹⁹⁶ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

¹⁹⁷ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

¹⁹⁸ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

¹⁹⁹ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

Precondiciones:

- Haber generado una lista de planes que satisfacen los criterios de búsqueda o haber generado una oferta de planes por defecto.

Pos condiciones:

- El o los planes de salud seleccionados.

Resumen: Este caso de uso toma la lista de planes generada como resultado de aplicar los criterios de búsqueda y la despliega ordenada por modalidad de planes, tomando el siguiente orden, primero los planes cerrados, luego los planes con prestador preferente y por último los planes libre elección. Cada plan de la lista mostrará entre otros datos, la Selección de Prestaciones Valorizadas y el plan en formato pdf para ser examinados por el usuario, además de los beneficios especiales incluidos en el plan, la cotización total del plan e indicará si el plan fue seleccionado por precio o por prestador indicado. Es posible imprimir la oferta de planes, para lo que el sistema le asignará un folio que la define como única e indicará la duración de dicha oferta y el grupo familiar que satisface.

Curso normal de los eventos.

1. El sistema despliega la lista de planes generada como oferta ordenada por modalidad de plan.
 - a. Despliega primero los planes de salud Cerrados ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
 - b. Despliega luego, los planes de salud con Prestador Preferente ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
 - c. Despliega enseguida, los planes de salud Libre Elección ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
2. El sistema debe mostrar para cada plan de salud complementario de la lista sus características.
 - a. El código y nombre del plan de salud complementario.
 - b. La cotización total del plan de salud complementario, esto es, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
 - c. Debe permitir ver los beneficios especiales incluidos en el plan de salud complementario.
 - d. Si el Usuario, consulta los beneficios especiales incluidos en el plan, entonces el sistema muestra los beneficios especiales.
 - (i) Muestra el nombre del o los beneficios especiales.
 - (ii) Permite ver una descripción de cada beneficio especial.
 - (iii) Permite imprimir los beneficios especiales.
 - (iv) Si el beneficio especial consultado es la CAEC, entonces el sistema despliega información de la CAEC.
 - (1) El sistema despliega información general de la CAEC.
 - (2) El sistema permite extender la información de la CAEC accediendo a la información que posee la Isapre.
 - (3) El sistema permite consultar la red de atención CAEC de la Isapre.
 - e. Las coberturas de interés ingresadas por el Usuario.
 - f. Debe permitir ver la imagen del plan de salud complementario en formato pdf.
 - g. Debe permitir ver la imagen de la Selección de Prestaciones Valorizadas asociada a cada plan de salud complementario en formato pdf.
 - h. Debe indicar si el plan de salud complementario fue seleccionado por criterio de precio o por prestador elegido.
3. El sistema debe mostrar la fecha hasta cuándo se mantiene vigente la oferta de planes entregada, que será hasta el último día del mes en curso.
4. El sistema debe mostrar el grupo familiar para el cual fue creada la oferta de planes desplegada.
 - a. Debe mostrar el tipo de beneficiario del grupo familiar, cotizante o carga.
 - b. Debe mostrar el sexo de cada beneficiario del grupo familiar.

Título V: Buscador de Planes

- c. Debe mostrar la edad de cada beneficiario del grupo familiar, calculado a partir de la fecha de nacimiento ingresada.
5. El sistema debe mostrar el valor GES mensual por beneficiario expresado en la unidad monetaria seleccionada, UF o peso nacional.
6. El sistema debe permitir acceder a información relativa al beneficio GES.
7. Si el Usuario consulta GES, entonces el sistema despliega información del GES.
 - d. El sistema despliega información general de que es el GES.
 - e. El sistema permite extender la información del GES accediendo a la información que posee la Isapre del GES.
 - f. El sistema permite consultar la red de atención GES de la Isapre.
8. El sistema permite imprimir la lista de planes ofrecida.
9. Si el Usuario imprime la lista de planes ofrecida, entonces **Incluye el CU Imprimir Oferta de Planes.**
10. El sistema debe permitir seleccionar uno o varios planes de salud.
11. El sistema permite en todo momento salir de la consulta de planes de salud.
12. Si el Usuario sale de la consulta de planes de salud, entonces pasa al CU Guardar Sesión de Consulta.
13. El sistema permite volver a consultar planes.
14. Si el Usuario quiere volver a consultar planes, el sistema pasa al CU Consultar Planes.
15. Si el Usuario desea continuar con la selección de planes, entonces el sistema debe validar que al menos haya un plan de salud complementario seleccionado de la lista de resultados.
 - a. Si no hay ningún plan de salud complementario seleccionado de la lista, el sistema debe mostrar un mensaje de advertencia indicando “Por favor, seleccione el plan de salud complementario que más se ajuste a sus necesidades para continuar”.
 - b. Si se ha seleccionado uno o más de un plan de salud complementario, entonces pasa al **CU Agregar Beneficios.**
16. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.4.3.1.6 Caso de Uso Agregar Beneficios

Identificador: CU06

Tipo: Primario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Agregar beneficios adicionales al o los planes de salud seleccionados.

Precondiciones:

- Uno o más planes de salud complementario seleccionados.

Pos condiciones:

- Uno o más beneficios adicionales agregados al o los planes de salud seleccionados.
- Un nuevo monto de cotización del o los planes de salud seleccionados.

Resumen: Este caso de uso permite agregar beneficios adicionales al o los planes seleccionados por el Usuario, para lo que despliega una lista de los beneficios disponibles y el costo de contratación para el grupo familiar indicado, entregando la cotización total del plan más el costo de los beneficios contratados. El usuario puede imprimir los beneficios adicionales disponibles.

Curso normal de los eventos.

Título V: Buscador de Planes

1. El sistema despliega una lista de los planes de salud seleccionados, permitiendo indicar a cuál se agregarán beneficios adicionales.
2. El sistema muestra la cotización total del plan de salud complementario al que se agregarán beneficios adicionales, expresada en la unidad monetaria seleccionada.
3. El sistema despliega una lista de los beneficios adicionales disponibles.
 - a. Se muestra el nombre del beneficio adicional disponible.
 - b. Se muestra la cotización del beneficio adicional para el grupo familiar consultado.
 - c. Se permite ver la descripción del beneficio adicional disponible.
4. El sistema permite seleccionar o deseleccionar uno o más beneficios adicionales.
5. El sistema calcula la sumatoria de cotizaciones del o los beneficios adicionales seleccionados.
6. El sistema calcula el total de cotización del plan incluyendo los beneficios adicionales seleccionados, esto es, cotización total del plan más cotización total de beneficios adicionales agregados. Deberá existir una ventana que permita identificar el valor del plan de salud complementario y los valores de los beneficios adicionales individualmente.
7. El sistema permite imprimir los beneficios adicionales disponibles.
8. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.4.3.1.7 Caso de Uso Desplegar Selección Final

Identificador: CU07

Tipo: Secundario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Desplegar la selección final de planes de salud del usuario.

Precondiciones:

- Uno o más planes de salud complementarios seleccionados.

Pos condiciones:

- Un plan de salud complementario elegido.

Resumen: Este caso de uso muestra la selección final de planes hecha por el Usuario. Si esta selección consta de más de un plan de salud complementario, se pide al usuario que elija una opción. Si esta selección consta de solo un plan de salud complementario, se muestran todas las características de dicho plan con los beneficios adicionales contratados.

Imprimir lista de planes

Curso normal de los eventos.

1. El caso de uso se inicia una vez que el Usuario ha revisado los beneficios adicionales disponibles, indistinto de si selecciona o no beneficios para contratar y agregar al plan de salud complementario.
2. Si el Usuario ha seleccionado más de un plan de salud complementario, entonces el sistema despliega la lista de planes seleccionados, dando un número de opción a cada plan de la lista.
 - a. El sistema despliega código y nombre de cada plan de salud complementario de la lista de opciones.
 - b. El sistema despliega la cotización total de cada plan de salud complementario de la lista de opciones, esto es, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.

Título V: Buscador de Planes

- c. El sistema despliega la cotización total por beneficios adicionales a cada plan de salud complementario de la lista, si corresponde.
 - d. El sistema permite ver los beneficios especiales incluidos en cada plan de salud complementario de la lista de opciones.
 - e. Si el Usuario consulta los beneficios especiales de cada plan de salud complementario, entonces el sistema muestra el detalle de los beneficios especiales.
 - (i) Muestra el nombre del o los beneficios especiales.
 - (ii) Permite ver una descripción de cada beneficio especial.
 - (iii) Permite imprimir los beneficios especiales.
 - (iv) Si el beneficio especial consultado es la CAEC, entonces el sistema despliega información de la CAEC.
 - (1) El sistema despliega información general de la CAEC.
 - (2) El sistema permite extender la información de la CAEC accediendo a la información que posee la Isapre.
 - (3) El sistema permite consultar la red de atención CAEC de la Isapre.
 - f. El sistema permite ver los beneficios adicionales agregados a cada plan de salud complementario de la lista de opciones.
 - g. Si el Usuario consulta los beneficios adicionales, el sistema incluye el CU Agregar Beneficios.
 - h. El sistema despliega las coberturas de interés ingresadas.
 - i. El sistema permite ver la imagen del plan de salud complementario en formato pdf.
 - j. El sistema permite ver la imagen de la Selección de Prestaciones Valorizadas asociada a cada plan de salud complementario en formato pdf.
 - k. El sistema permite imprimir la lista de planes ofrecida.
 - l. Si el Usuario imprime la lista de planes ofrecida, entonces **Incluye el CU Imprimir Oferta de Planes.**
3. Si el Usuario ha seleccionado solo un plan de salud complementario, entonces el sistema despliega las características del plan de salud complementario.
- a. Despliega el código y nombre del plan de salud complementario elegido.
 - b. Despliega la cotización del plan de salud complementario, es decir, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
 - c. Despliega la cotización por los beneficios adicionales agregados al plan de salud complementario elegido.
 - d. Permite ver la imagen del plan de salud complementario elegido, en formato pdf.
 - e. Permite ver la imagen de la Selección de Prestaciones Valorizadas del plan de salud complementario elegido, en formato pdf.
 - f. Despliega las coberturas de interés ingresadas y que corresponden al plan de salud complementario elegido.
 - g. Despliega la descripción de los beneficios especiales incluidos en el plan de salud complementario elegido.
 - h. Despliega los beneficios adicionales agregados al plan de salud complementario elegido, si corresponde.
 - (i) Muestra el nombre del beneficio adicional.
 - (ii) Muestra la cotización del beneficio adicional para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
 - i. El sistema permite agregar beneficios adicionales disponibles.
 - j. Si el Usuario agrega beneficios adicionales al plan de salud complementario, entonces el sistema incluye el CU Agregar Beneficios.
4. El sistema debe mostrar la fecha hasta cuándo se mantiene vigente la oferta de planes entregada, que será hasta el último día del mes en curso.
5. El sistema debe mostrar el grupo familiar para el cual fue creada la oferta de planes desplegada.
- a. Debe mostrar el tipo de beneficiario del grupo familiar, cotizante o carga.

Título V: Buscador de Planes

- b. Debe mostrar el sexo de cada beneficiario del grupo familiar.
 - c. Debe mostrar la edad de cada beneficiario del grupo familiar, calculada a partir de la fecha de nacimiento ingresada.
6. El sistema debe mostrar el valor GES mensual por beneficiario expresado en la unidad monetaria seleccionada, UF o peso nacional.
7. El sistema debe permitir acceder a información de ayuda relativa al beneficio GES.
8. Si el Usuario consulta la GES, entonces el sistema despliega información del GES.
 - a. El sistema despliega información general de que es el GES.
 - b. El sistema permite extender la información del GES accediendo a la información que posee la Isapre del GES.
 - c. El sistema permite consultar la red de atención GES de la Isapre.
9. El sistema permite en todo momento salir de la consulta de planes de salud.
10. Si el Usuario sale de la consulta de planes de salud, entonces pasa al CU Guardar Sesión de Consulta.
11. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.4.3.1.8 Caso de Uso Llenar formulario de contacto

Identificador: CU008

Tipo: Secundario y Esencial.

Actores: Usuario, Representante Isapres.

Propósito: Propósito del caso de uso.

Precondiciones:

- No hay.

Pos condiciones:

- No hay.

Resumen: Este caso de uso permite llenar un formulario de contacto para comunicarse con la Isapre y hacer llegar los comentarios, consulta o solicitud de información. Permite además, indicar cómo prefiere ser contactado el Usuario. En este caso la Isapre queda autorizada a rescatar los datos del Usuario con el objeto de poder contactarlo.

Curso normal de los eventos.

1. El caso de uso comienza cuando un Usuario indica que quiere llenar el formulario de contacto con la Isapre.
2. El sistema solicita ingresar el nombre completo y el RUT.
3. El Usuario ingresa su nombre completo y su RUT.
4. El sistema solicita ingresar un correo electrónico.
5. El Usuario puede ingresar su correo electrónico.
6. El sistema solicita ingresar uno o dos números de teléfono de contacto.
7. El Usuario puede ingresar uno o dos números telefónicos.
8. El sistema solicita ingresar una dirección de contacto.
9. El Usuario puede ingresar una dirección de contacto.
10. El sistema solicita indicar la forma de contacto, considerando como opciones: Correo electrónico, Teléfono o Visita representante.

Título V: Buscador de Planes

11. El Usuario indica la forma de contacto que prefiere.
12. Si el Usuario indica que quiere ser contactado por *correo electrónico*, entonces se debe validar que se ha ingresado un correo electrónico válido para contacto.
13. Si el Usuario indica que quiere ser contactado por *teléfono*, entonces se debe validar que se ha ingresado al menos un número telefónico de contacto.
14. Si el Usuario indica que quiere ser contactado mediante *visita representante*, entonces se debe validar que se ha ingresado al menos un número telefónico.
15. El sistema solicita ingresar las consultas, comentarios o peticiones.
16. El Usuario ingresa sus consultas, comentarios o solicitudes de información.
17. El sistema permite enviar los datos de contacto o volver a la consulta de planes.
18. El Usuario puede enviar los datos de contacto y volver a la consulta de planes.
19. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.4.3.1.9 Caso de Uso Imprimir Oferta de Planes

Identificador: CU010

Tipo: Secundario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Imprimir el listado de planes de salud entregado como resultado.

Precondiciones:

- Haber una lista de planes de salud ofrecida.

Pos condiciones:

- No hay.

Resumen: Este caso de uso permite imprimir la lista de planes de salud ofrecida asignándole un folio único de oferta ordenados por modalidad de plan, primero los planes cerrados, luego los planes con prestador preferente y por último los planes de libre elección. Además de las principales características de cada plan de salud complementario y las condiciones y duración de la oferta.

Curso normal de los eventos.

1. El sistema identifica a la Isapre imprimiendo el logo de la empresa.
2. El sistema debe asignar un folio único a la oferta de planes e imprimirlo.
3. El sistema imprime la fecha actual.
4. El sistema imprime las condiciones del grupo familiar a quien se ofrece la oferta.
 - a. Debe mostrar el tipo de beneficiario del grupo familiar, cotizante o carga.
 - b. Debe mostrar el sexo de cada beneficiario del grupo familiar.
 - c. Debe mostrar la edad de cada beneficiario del grupo familiar, calculado a partir de la fecha de nacimiento ingresada.
5. El sistema imprime la fecha de término de duración de la oferta de planes, que será el último día del mes en curso.
6. El sistema imprime la lista de planes de salud de la oferta ordenados por modalidad de plan.
 - a. Despliega primero los planes de salud Cerrados ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.

Título V: Buscador de Planes

- b. Despliega luego, los planes de salud con Prestador Preferente ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
 - c. Despliega enseguida, los planes de salud Libre Elección ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
7. El sistema debe mostrar para cada plan de salud complementario de la lista sus características.
 - a. El código y nombre del plan de salud complementario.
 - b. La cotización total de los beneficios considerados, esto es, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, la cotización por los beneficios adicionales agregados al plan de salud complementario elegido, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
 - c. Las coberturas de interés ingresadas por el Usuario.
8. El sistema debe imprimir qué valor de UF se está utilizando para los cálculos.
9. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.5. Modelo Conceptual del Dominio de la Solución

3.5.1 Diagrama de clases del negocio

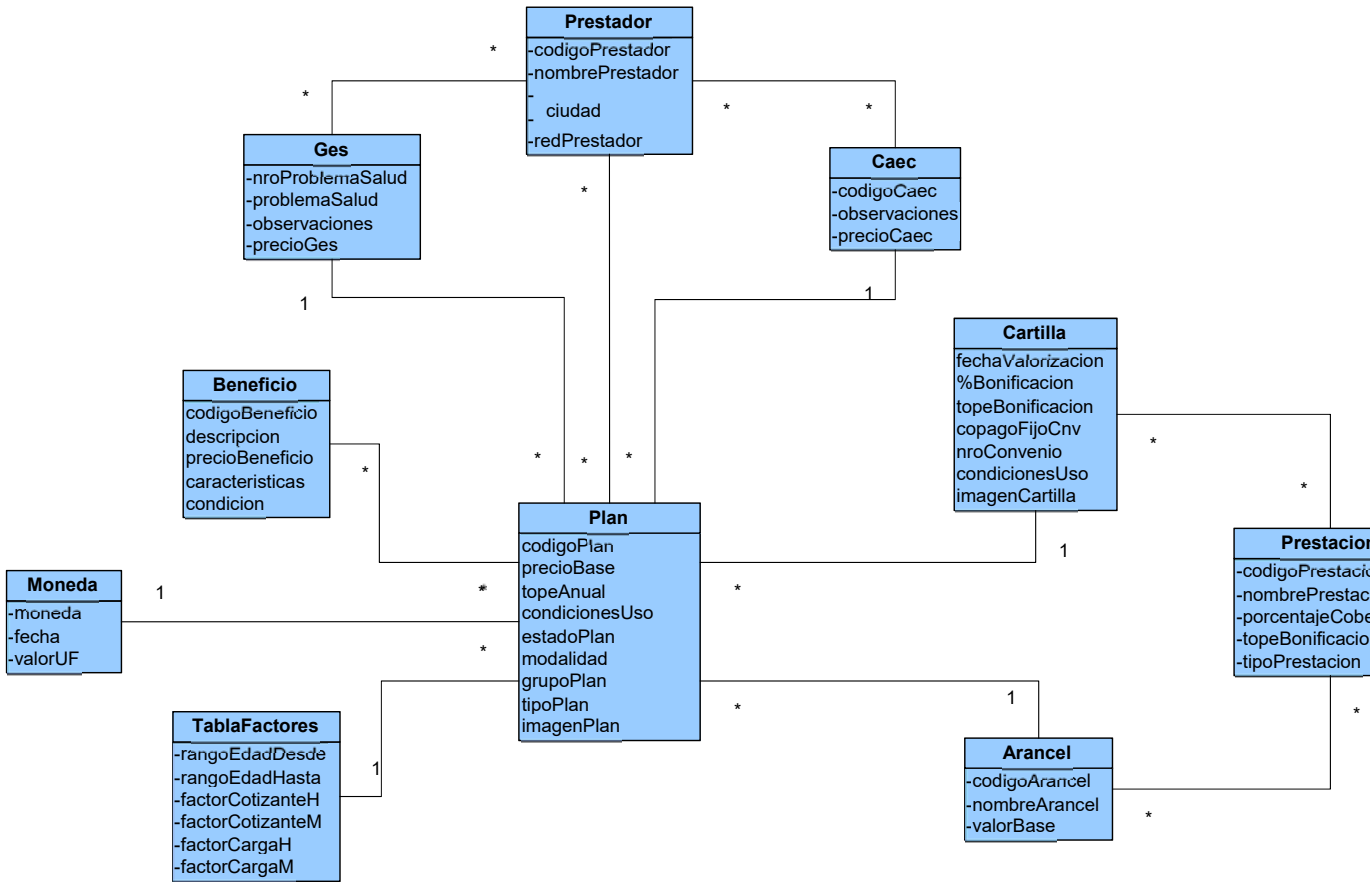


Figura 3: Diagrama de Clases del Dominio del Negocio.

3.5.2 Especificación

3.5.2.1 Clase Plan

La clase **Plan** almacena los diferentes planes de salud definidos por la Isapre para ser comercializados, así como sus características, condiciones de uso y comercialización. Algunas de sus características son el tipo y la modalidad del plan, definidas por norma. Los grupos de planes pueden definirse en: planes con menor cobertura maternal, planes nacionales, planes internacionales, planes con renuncia de excedentes (sólo para planes individuales compensados), entre otros.

Estructura de la clase Plan:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoPlan	Código que identifica en forma única a un plan de	Obligatorio	Mayor a 0		Designado por sistema.

Título V: Buscador de Planes

	salud complementario				
precioBase	Precio base de un plan	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	El límite es el precio base mayor del mayor de los planes.
topeAnual	Tope anual por beneficiario de un plan	Opcional	Mayor a 0	Decimales positivos "sin tope"	
condicionesUso	Condiciones de uso de los beneficios de un plan de salud complementario	Obligatorio			
estadoPlan	Indicador del estado de un plan	Obligatorio	Comercial	Comercial, Ofertado	
modalidadPlan	Modalidad en que se entrega el plan de salud complementario	Obligatorio		Libre elección, Cerrado, Prestador preferente	
grupoPlan	Grupo al que pertenece el plan de salud complementario	Obligatorio		Cobertura maternal, Nacional e internacional, con/sin cuenta corriente de excedentes	
tipoPlan	Tipo de plan de salud complementario	Obligatorio		Individual, Individual Compensado	
imagenPlan	Archivo pdf del plan de salud complementario	Obligatorio			La imagen debe corresponder al plan de salud complementario registrado.

3.5.2.2 Clase Selección de Prestaciones Valorizadas

La clase **Selección de Prestaciones Valorizadas** almacena la Selección de Prestaciones Valorizadas asociada al plan de salud complementario.

Estructura de la clase Selección de Prestaciones Valorizadas:

Título V: Buscador de Planes

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
fechaValorizacion	Fecha de valorización	Obligatorio	1º mayo del año		Esta fecha corresponde al 1 de mayo de cada año.
%Bonificacion	Porcentaje de bonificación por prestación		Mayor a 0	Decimales positivos	
topeBonificación	Valorización del tope de bonificación en pesos	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos, "sin tope"	
copagoFijoCnv	Copago fijo de prestaciones para prestadores en convenios	Opcional	0	Enteros positivos	El uso de dato excluyente al pBonificacion y topeBonificación . Es dependiente de la existencia de un convenio en nroConvenio . Limite es el copago más alto registrado en cualquier Selección de Prestaciones Valorizadas de la Isapre.
nroConvenio	Numero de convenio	Opcional	0	Enteros positivos	Sujeto a la modalidad del plan.
condicionesUso	Condiciones o consideraciones de uso	Opcional			
imagenSelección de Prestaciones Valorizadas	Archivo pdf de la Selección de Prestaciones Valorizadas	Obligatorio			La imagen debe corresponder a la Selección de Prestaciones Valorizadas valorizada registrada.

3.5.2.3 Clase Arancel

La clase **Arancel** almacena el arancel de prestaciones asociados al plan de salud complementario.

Título V: Buscador de Planes

Estructura de la clase Arancel:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoArancel	Código que identifica al arancel Identificador del arancel	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos+ Letras	Designado por sistema.
nombreArancel	Nombre del arancel	Obligatorio			
valorBase	Valor base del arancel de cada prestación	Obligatorio	0	Decimales positivos	

3.5.2.4 Clase Beneficio

La clase **Beneficio** almacena los beneficios disponibles incluidos o adicionales asociados a un plan.

Estructura de la clase Beneficio:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoBeneficio	Identificador	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Designado por sistema.
descripción	Nombre del beneficio	Obligatorio			
precioBeneficio	Precio del beneficio	Opcional	0	Decimales positivos	
caracteristicas	Descripción, condiciones, restricciones de cada beneficios	Obligatorio			
condición	Indicador de beneficio incluido o adicional al plan de salud complementario	Obligatorio	N	S=(Si) incluido, N=(No)Adicional	

3.5.2.5 Clase Ges

La clase **Ges** almacena los problemas de salud correspondiente a las Garantías Explicitas en Salud.

Estructura de la clase Ges:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto		

Título V: Buscador de Planes

				Dominio de Valores	Reglas de Validación
nroProblemaSalud	Numero que identifica el problema de salud	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Auto-incremento
problemaSalud	Descripción del problema de salud	Obligatorio			
observaciones	Observaciones necesarias de establecer del problema de salud	Opcional			
precioGes	Precio GES	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	

3.5.2.6 Clase Caec

La clase **Caec** almacena las prestaciones o grupos de prestaciones de salud que cubre el beneficio de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y que es complementario a GES y el plan de salud complementario.

Estructura de la clase Caec:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoCaec	Código que identifica al beneficio CAEC	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Designado por sistema.
observaciones	Observaciones necesarias de establecer del beneficio	Opcional			
precioCaec	Precio CAEC del beneficio	Opcional	0	Decimales positivos	

3.5.2.7 Clase Prestación

La clase **Prestación** almacena el listado completo de las prestaciones que deben o pueden ser cubiertas por un plan de salud complementario.

Estructura de la clase Prestación:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación

Título V: Buscador de Planes

codigoPrestacion	Código de la prestación	Obligatorio	Mayor a 0		Toma el código FONASA de la prestación y cuando no existe en FONASA, se designa por sistema.
nombrePrestacion	Nombre de la prestación	Obligatorio			
porcentajeCobertura	Porcentaje de cobertura libre elección	Obligatorio	Mayor a 0	0-100	
topeBonificacion	Tope de cobertura libre elección	Obligatorio	0	Decimales positivos, "Sin tope"	
tipoPrestacion	Tipo de prestación de salud	Obligatorio		Hospitalarias, Ambulatorias, Otras	

3.5.2.8 Clase TablaFactores

La clase **TablaFactores** almacena las tablas de factores de riesgos diferenciados por rango de edad y sexo asociadas al plan de salud complementario.

Estructura de la clase TablaFactores:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
rangoEdadDesde	Edad inicio del rango	Obligatorio	0	Enteros positivos	
rangoEdadHasta	Edad final del rango	Obligatorio	0	Enteros positivos	
factorCotizanteH	Factor de riesgo para cotizan hombre	Obligatorio	0	Decimales positivos	
factorCotizanteM	Factor de riesgo para cotizante mujer	Obligatorio	0	Decimales positivos	
factorCargaH	Factor de riesgo para carga hombre	Obligatorio	0	Decimales positivos	
factorCargaM	Factor de riesgo para carga mujer	Obligatorio	0	Decimales positivos	

3.5.2.9 Clase Prestador

La clase Prestador almacena los prestadores de salud disponibles para los planes de salud.

Estructura de la clase Prestador:

Nombre	Descripción	Condición	Valor Defecto	Dominio de Valores
codigoPrestador	Código que identifica al prestador de salud	Obligatorio		
nombrePrestador	Nombre del prestador de salud	Obligatorio		3.5.2.9.1 Lista Prestadores
Ciudad	Nombre de la ciudad donde se ubica el prestador	Obligatorio		3.5.2.9.2 Lista Ciudades
redPrestador	Red a la que pertenece el prestador	Opcional		

3.5.2.9.1 Lista de Prestadores

A continuación, se presenta la lista de prestadores que debe ser considerada por la Isapres en la implementación de la solución.

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Clínica Lautaro	Arica	I
Clínica Mutual Plus	Arica	I
Clínica San José	Arica	I
Mutual ACHS	Arica	I
Sapunar	Arica	I
Clínica Iquique	Iquique	I
Clínica Tarapacá	Iquique	I
Hospital Militar del Norte	Antofagasta	II
Clínica de la Mujer	Antofagasta	II
Clínica Antofagasta	Antofagasta	II
Clínica La Portada	Antofagasta	II
Clínica del Norte	Antofagasta	II
Clínica Calama	Calama	II

Título V: Buscador de Planes

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Clínica El Loa	Calama	II
Hospital Salvador Allende	Calama	II
Hospital María Elena	María Elena	II
Clínica Médica Copiapó	Copiapó	III
Mutual ACHS	Copiapó	III
U. Católica	Copiapó	III
Clínica Santa Teresa	Vallenar	III
Manuel Rodríguez	La Serena	IV
Clínica Elqui	La Serena	IV
U. Católica	Coquimbo	IV
Clínica Indisa	Coquimbo	IV
Fundación López Pérez	Coquimbo	IV
Clínica Río Blanco	Los Andes	V
Corporación Hospital Alemán	Valparaíso	V
Hospital Ferroviario de Barón	Valparaíso	V
Clínica Valparaíso	Valparaíso	V
Hospital Van Buren	Valparaíso	V
Hospital Gustavo Frike	Valparaíso	V
Clínica San Antonio	San Antonio	V
Clínica San Julián	San Antonio	V
Hospital Naval Almirante Nef	Viña del Mar	V
Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar	Viña del Mar	V
Hospital Clínico de Viña del Mar	Viña del Mar	V
Clínica Ciudad del Mar	Viña del Mar	V
Clínica Reñaca	Viña del Mar	V
Clínica Miraflores	Viña del Mar	V
Clínica Los Abetos	Viña del Mar	V
Sanatorio Marítimo San Juan de Dios	Viña del Mar	V
Clínica Los Carrera	Quilpué	V
Clínica Los Leones	La Calera	V
Hospital Clínico Univ. De Chile J.J.Aguirre	Metropolitano Norte	M

Título V: Buscador de Planes**CLÍNICAS PRIVADAS 2006**

Institución	Ciudad	Región
Clínica Dávila	Metropolitano Norte	M
Clínica Maitenes	Metropolitano Occidente	M
Hospital Penitenciario (Gendarmería de Chile)	Metropolitano Central	M
Clínica Juan Pablo II	Metropolitano Central	M
Clínica ASTRA	Metropolitano Central	M
Clínica Central	Metropolitano Central	M
Clínica Sierra Bella	Metropolitano Central	M
Clínica Maternidad Las Violetas	Metropolitano Central	M
Hospital Clínico Universidad Católica	Metropolitano Central	M
Clínica Universidad Católica	Metropolitano Central	M
Clínica Hospital del Profesor	Metropolitano Central	M
Maternidad Presbiteriana Madre e Hijo	Metropolitano Central	M
Clínica Los Coihues	Metropolitano Central	M
Clínica Santa Lucía	Metropolitano Central	M
Hospital del Trabajador	Metropolitano Oriente	M
Integramédica	Metropolitano Oriente	M
Megasalud	Metropolitano Oriente	M
Hospital Clínico de la FACH	Metropolitano Oriente	M
Hospital DIPRECA	Metropolitano Oriente	M
Clínica Las Condes	Metropolitano Oriente	M
Clínica Alemana	Metropolitano Oriente	M
Hospital de Carabineros	Metropolitano Oriente	M
Clínica Colonial	Metropolitano Oriente	M
Hospital Militar	Metropolitano Oriente	M
Clínica Miguel de Servet	Metropolitano Oriente	M
Clínica Providencia	Metropolitano Oriente	M
Clínica Santa María	Metropolitano Oriente	M
Clínica Sara Moncada de Arias	Metropolitano Oriente	M
Clínica Victoria Rousseau	Metropolitano Oriente	M
Clínica Alenk	Metropolitano Oriente	M
Clínica Avansalud Providencia	Metropolitano Oriente	M

Título V: Buscador de Planes

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Clínica INDISA	Metropolitano Oriente	M
Fundación López Perez	Metropolitano Oriente	M
Clínica San Carlos U.C.	Metropolitano Oriente	M
Clínica Arauco	Metropolitano Oriente	M
Sonorad	Metropolitano Oriente	M
Clínica MEDS	Metropolitano Oriente	M
Hospital Luis Tisné	Metropolitano Oriente	M
Clínica Oftalmológica IOPA	Metropolitano Oriente	M
Clínica Las Nieves	Vitacura	M
Clínica Tabancura	Vitacura	M
Clínica Vitacura	Vitacura	M
Clínica Oftalmológica Los Andes	Vitacura	M
Clínica San Bernardo	Metropolitano Sur	M
Hospital Parroquial San Bernardo	Metropolitano Sur	M
CAPREDENA La Florida	Metropolitano Sur Oriente	M
Clínica Maternidad y Centro Médico San Gabriel	Metropolitano Sur Oriente	M
Clínica Vespucio	Metropolitano Sur Oriente	M
Hospital Clínico FUSAT	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica Isamédica	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica Las Dalias	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica de Salud Integral	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
U. Católica	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica del Maule	Maule Constitución	VII
Hospital Regional Talca	Talca	VII
Hospital Regional Bío-Bío	Bío-Bío	VIII
Clínica Los Andes	Bío Bío Los Ángeles	VIII
Clínica Adventista Los Ángeles	Bío Bío Los Ángeles	VIII
Clínica Chillán Mas Vida S.A.	Ñuble Chillán	VIII
Clínica Las Amapolas	Ñuble Chillán	VIII
Clínica Bío Bío	Concepción	VIII
Clínica y Maternidad Lincoyán	Concepción	VIII

CLÍNICAS PRIVADAS 2006

Institución	Ciudad	Región
Clínica Francesa	Concepción	VIII
Sanatorio Alemán	Concepción	VIII
Hospital Naval	Talcahuano	VIII
Clínica Médica San José	Araucanía Sur Temuco	IX
Clínica Alemana	Araucanía Sur Temuco	IX
Hosp. Clínico Universidad Mayor	Araucanía Sur Temuco	IX
Clínica Alemana	Valdivia	X
Clínica Alemana Osorno	Osorno	X
Clínica Alemana Puerto Varas	Puerto Montt	X
Clínica Los Andes	Puerto Montt	X
Sur Médica	Los Ríos	X
Hospital Regional Los Ríos	Los Ríos	X
Clínica Alemana Puerto Varas	Puerto Varas	X
Clínica Puerto Montt	Llanquihue-Chiloé-Palena-Castro	X
Hospital Regional Aysén	Aysén	XI
Hospital de las Fuerzas Armadas	Magallanes-Punta Arenas	XII
Hospital Naval	Magallanes-Punta Arenas	XII
Clínica Magallanes	Magallanes-Punta Arenas	XII

3.5.2.9.2 Lista de Ciudades

A continuación se presenta la lista de ciudades de Chile ordenadas por región (Más información de

Ciudades de Chile).

Región	Ciudades
Arica y Parinacota	Arica
Tarapacá	Alto Hospicio
	Iquique
	Pozo Almonte
Antofagasta	Antofagasta
	Calama

Título V: Buscador de Planes

Región	Ciudades
	Chuquicamata
	Estación Zaldívar
	María Elena
	Mejillones
	Taltal
	Tocopilla
Atacama	Caldera
	Chañaral
	Copiapó
	Diego De Almagro
	El Salvador
	Huasco
	Tierra Amarilla
	Vallenar
Coquimbo	Andacollo
	Combarbalá
	Coquimbo
	El Palqui
	Illapel
	La Serena
	Los Vilos
	Monte Patria
	Ovalle
	Salamanca
	Vicuña
Valparaíso	Algarrobo
	Cabildo
	Calle Larga
	Cartagena
	Casablanca
	Catemu
	Concón

Título V: Buscador de Planes

Región	Ciudades
	El Melón
	El Quisco
	Hijuelas
	Isla De Pascua
	Juan Fernández
	La Calera
	La Cruz
	La Ligua
	Las Ventanas
	Limache
	Llaillay
	Los Andes
	Nogales
	Olmué
	Placilla De Peñulas
	Putendo
	Quillota
	Quilpué
	Quintero
	Rinconada
	San Antonio
	San Esteban
	San Felipe
	Santa María
	Valle Hermoso
	Valparaíso
	Villa Alemana
	Viña del Mar
Metropolitana de Santiago	Alto Jahuel
	Batuco
	Buin
	Colina

Título V: Buscador de Planes

Región	Ciudades
	Curacaví
	El Monte
	Isla De Maipo
	Lampa
	Melipilla
	Paine
	San José De Maipo
	Santiago
	Talagante
	Tiltil
Libertador General Bernardo O'Higgins	Chimbarongo
	Codegua
	Coltauco
	Doñihue
	Graneros
	Las Cabras
	Lo Miranda
	Machalí
	Nancagua
	Peumo
	Pichilemu
	Quinta De Tilcoco
	Rancagua
	Rengo
	Requínoa
	San Fernando
	San Francisco De Mostazal
	San Vicente De Taguatagua
	Santa Cruz
Maule	Bobadilla
	Cauquenes
	Constitución

Título V: Buscador de Planes

Región	Ciudades
	Curicó
	Hualañé
	Linares
	Longaví
	Molina
	Parral
	San Clemente
	San Javier
	Talca
	Teno
	Villa Alegre
Bío Bío	Arauco
	Bulnes
	Cabrero
	Cañete
	Chiguayante
	Chillán
	Coelemu
	Coihueco
	Concepción
	Coronel
	Curanilahue
	Hualpén
	Hualqui
	Huépil
	Laja
	Lebu
	Los Álamos
	Los Ángeles
	Lota
	Monte Águila
	Mulchén

Título V: Buscador de Planes

Región	Ciudades
	Nacimiento
	Penco
	Quillón
	Quirihue
	San Carlos
	San Pedro De La Paz
	San Rosendo
	Santa Bárbara
	Santa Juana
	Talcahuano
	Tomé
	Yumbel
	Yungay
Araucanía	Angol
	Carahue
	Collipulli
	Curico
	Freire
	Gorbea
	Labranza
	Lautaro
	Loncoche
	Nueva Imperial
	Padre Las Casas
	Pitrufuquén
	Pucón
	Purén
	Renaico
	Temuco
	Traiguén
	Victoria
	Villarrica

Título V: Buscador de Planes

Región	Ciudades
Los Ríos	Futrono
	La Unión
	Lanco
	Los Lagos
	Paillaco
	Panguipulli
	Río Bueno
	San José De La Mariquina
	Valdivia
Los Lagos	Ancud
	Calbuco
	Castro
	Fresia
	Frutillar
	Llanquihue
	Los Muermos
	Osorno
	Puerto Montt
	Puerto Varas
	Purranque
	Quellón
	Río Negro
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Aisén
	Coihaique
	Chile Chico
Magallanes y de la Antártica Chilena	Puerto Natales
	Punta Arenas
	Antártica

3.5.2.10 Clase Moneda

La clase **Moneda** registra el tipo de moneda utilizadas para el de cálculo de precios de prestaciones de salud y beneficios. Los tipos monedas pueden ser: peso nacional y unidades de fomento. Se registra además, los valores de las unidades de fomento por fecha.

Estructura de la clase Moneda:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
moneda	Nombre de la moneda	Obligatoria		Peso nacional (\$), Unidades de fomento (UF)	
Fecha	Fecha del valor de las unidades de fomento	Obligatorio	Fecha actual		La fecha se asigna si el tipo de moneda es UF.
valorUF	Valor de las unidades de fomento	Obligatoria		Decimales positivos	Este valor se asigna para el tipo de moneda UF.

3.5.2.11 Clase ParametroConsulta

La clase **ParametroConsulta** registra los parámetros de consulta ingresados por el usuario durante la navegación en el sistema.

Estructura de la clase ParametroConsulta:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores
nroSesion	Número de sesión de consulta	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos
fechaSesion	Fecha de sesión de consulta	Obligatorio	Fecha actual	
horaSesion	Hora de sesión de consulta	Obligatorio	Hora actual	
ciudadResidencia	Ciudad de residencia del cotizante	Obligatorio		3.5.2.9.2 Lista de Ciudades
tipoPlan	Tipo de plan ingresado	Opcional		Individual, Individual Compensado
compensacionPlan	Compensación de plan ingresada	Opcional	0	Decimales positivos y negativos
coberturaParto	Indicador de cobertura por parto	Opcional	SI	SI=cobertura por parto NO=menor cobertura por parto
coberturaNacional	Indicador de cobertura nacional o internacional	Opcional	NO	SI=cobertura solo nacional NO=cobertura nacional e internacional

renunciaExcedentes	Indicador de renuncia a excedentes	Obligatorio(Sólo para planes individuales compensados)	NO	SI=renuncia a excedentes NO=no renuncia a excedentes
moneda	Tipo de moneda definida para los cálculos	Obligatorio	UF	Peso nacional (\$), Unidades de fomento (UF)

3.5.2.12 Clase BeneficiarioConsulta

La clase **BeneficiarioConsulta** registra los beneficiarios del plan de salud complementario o grupo familiar ingresados en la consulta de planes.

Estructura de la clase BeneficiarioConsulta:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
tipoBeneficiario	Tipo de beneficiario	Obligatorio	Cotizante	Cotizante, Carga legal, Carga médica, Carga legal con aporte. Carga médica con aporte.	
sexoBeneficiario	Sexo del beneficiario	Obligatorio		F=Femenino , M=Masculino	
fechaNacimiento	Fecha de nacimiento del beneficiario	Obligatorio			
factorRiesgo	Factor de riesgo del beneficiario	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	Calculado por el sistema de acuerdo al tipoBeneficiario+ sexoBeneficiario + fechaNacimiento.
Remuneración líquida	remuneración líquida aproximada del beneficiario	Opcional	0	Enteros positivos	

Título V: Buscador de Planes

montoCotizacionlegal	Monto de cotización legal correspondiente a la remuneración líquida ingresada	Opcional	0	Decimales positivos	Dado por el sistema y es el 7% de la remuneración líquida ingresada.
montoCotizacionadicional voluntaria	Monto de cotización adicional voluntaria para un plan de salud complementario	Obligatorio	0	Decimales positivos	No es obligatorio si se ha ingresado la remuneración líquida.

3.5.2.13 Clase Resultado

La clase **Resultado** registra los resultados entregados por el sistema de la aplicación de los criterios de búsqueda de planes, asociados a los parámetros de consulta.

Estructura de la clase Resultado:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
folioOferta	Folio asignado a la lista de planes ofertada	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Designado por el sistema.
fechaResultado	Fecha de resultados	Obligatorio	Fecha actual		Asignada por el sistema.
fechaTerminoOferta	Fecha de termino de la vigencia de la oferta	Obligatorio			Dado por sistema corresponde al último día del mes en curso
cotizacionPlan	Monto de cotización total de plan ofrecido	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	Calculado por el sistema.
imagenPlan	Nombre y ruta del archivo pdf del plan	Obligatorio			Imagen debe corresponder al plan ofrecido.
imagenSelección de Prestaciones Valorizadas	Nombre y ruta del archivo pdf de la Selección	Obligatorio			Imagen debe corresponder a la Selección

Título V: Buscador de Planes

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
	de Prestaciones Valorizadas				de Prestaciones Valorizadas del plan ofrecido.
tipoResultado	Tipo de resultado entregado	Obligatorio	0	1= Por precio, 2= Por prestador, 3= Por defecto	Si la aplicación de los criterios de búsqueda no arroja resultado se muestra la oferta por defecto.
estadoOferta	Estado de vigencia de la oferta de planes	Obligatorio	V	V=Vigente, F=Vencido	Estado determinado por el sistema de acuerdo a la fecha.
indicadorSeleccion	Indicador de plan seleccionado por el usuario	Opcional	NO	SI=seleccionado, NO=no seleccionado	
indicadorEleccion	Indicador de plan elegido como opción final por el usuario	Opcional	NO	SI=elegido, NO=no elegido	

3.5.2.14 Clase BeneficioContratado

La clase **BeneficioContratado** registra los beneficios adicionales al plan contratados por el usuario.

Estructura de la clase BeneficioContratado:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
cotizacionBeneficio	Cotización mensual del beneficio adicional contratado	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	Se calcula por el sistema de acuerdo al grupo familiar y el precio del beneficio.

3.5.2.15 Clase CriteriosBusqueda

La clase **CriteriosBusqueda** registra los criterios de búsqueda aplicados para cada set de parámetros de consulta en la consulta de planes.

Estructura de la clase CriteriosBusqueda:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
criterioAplicable	Son los criterios de búsqueda aplicables a los planes para obtener un resultado	Obligatorio			Se construyen a partir de los parámetros de consulta.

3.5.2.16 Clase FormularioContacto

La clase **FormularioContacto** registra la información de contacto entre el usuario y la Isapre, estableciendo los datos necesarios para ser contactado y el motivo de su comunicación con la Isapre.

Estructura de la clase FormularioContacto:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
nroFormulario	Número del formulario de contacto	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Auto-incremento
nombreContacto	Nombre y RUT del usuario que estable contacto	Obligatorio			
correoContacto	Correo electrónico del usuario	Opcional			Obligatorio si la forma de contacto es correo electrónico.
telefono_1	Número de teléfono	Opcional			Obligatorio si la forma de contacto es teléfono y visita representante.
telefono_2	Segundo número de teléfono	Opcional			
comentarios	Consultas, comentario, solicitud	Obligatorio			

	de información a la Isapre				
formaContacto	Forma de contacto que prefiere el usuario	Obligatorio		Correo electrónico, Teléfono, Visita representante	

3.5.2.17 Clase SesionUsuario

La clase **SesionUsuario** registra la última sesión de consulta del usuario asociada a un correo electrónico y a su RUT y permite ser recuperada.

Estructura de la clase SesionUsuario:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
fechaSesionU	Fecha de sesión del usuario	Obligatorio			Designada por sistema.
horaSesionU	Hora de sesión del usuario	Obligatorio			Designada por sistema.
correoUsuario	Correo electrónico al que se asocia la sesión de consulta	Obligatorio			Correo electrónico aportado por el usuario con una estructura válida.

4. Definición de Interfaces del Modelo

4.1. Descripción General

En este apartado se presentan las Interfaces del Buscador de Planes

Esta propuesta recoge estándares para el desarrollo de interfaces de usuario, elementos de diseño de sitios Web y criterios de usabilidad. Respecto del diseño gráfico de las interfaces, se ha enfocado en elementos estándares, dado que estas interfaces serán finalmente implementadas por cada Isapre, requiriendo ajustarse a las necesidades de imagen corporativa de cada una de ellas.

Se define un boceto de página Web estándar sobre el cual se trabaja cada interfaz, centrándonos en unificar las páginas y secciones a través de estilos predefinidos, en los que se considera los siguientes elementos que componen las interfaces: Navegación, Menú izquierdo, Contenido (layout), Vínculos, Botones de acción. Se han utilizando representativamente otros elementos como la tipografía, íconos y colores.

Referente a la aplicación de estándares de usabilidad, nos basamos en las normas expuestas por *Jacob Nielsen* y *Rolf Molich* en *Evolución Heurística de interfaces de usuario*²⁰⁰, los *criterios de usabilidad de Shneiderman* y en *criterios de usabilidad en la Web propuestos por Steve Drug* en su libro²⁰¹.

La propuesta de Interfaces del Buscador de Planes será presentada agrupando las interfaces de acuerdo a las funcionalidades que satisfacen.

²⁰⁰ Heuristic Evaluation of User Interfaces, 1990.

²⁰¹ En su libro "No me hagas pensar. Una aproximación a la usabilidad en la web". 2ª EDICIÓN - Steve Krug (Pearson Educación (Prentice Hall)).

4.2. Interfaces Graficas de Usuario

4.2.1. Formato general de página



(1) **Branding:** zona compuesta por el Logo y la Navegación principal del sitio de la Isapre.

(2) **Menú izquierdo:** zona compuesta por el acceso a las páginas de las opciones de la solución.

(3) **Footer:** zona que contiene un menú inferior cómo apoyo a las políticas de la Isapre, por lo que contiene los link de la Isapre, eventos, auspicios, derechos del cliente, por ejemplo.

(4) **Contenidos:** zona destinada a las distintas interfaces de la solución.

4.2.2. Consulta de Planes

4.2.2.1. Ingreso a la consulta de planes

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Recupera Consulta

CONSULTA PLANES DE SALUD

► **Consulta Planes de Salud**

Recupera Consulta

Lugar de Residencia

Tipo plan

Beneficiarios del Plan

Precio Plan

Coberturas de Interés

Resultados de la Búsqueda

Contáctenos

Ayuda

Búsqueda de Planes - Recupera Consulta

¿Consulta planes de salud por primera vez?

☐ Sí ☒ No

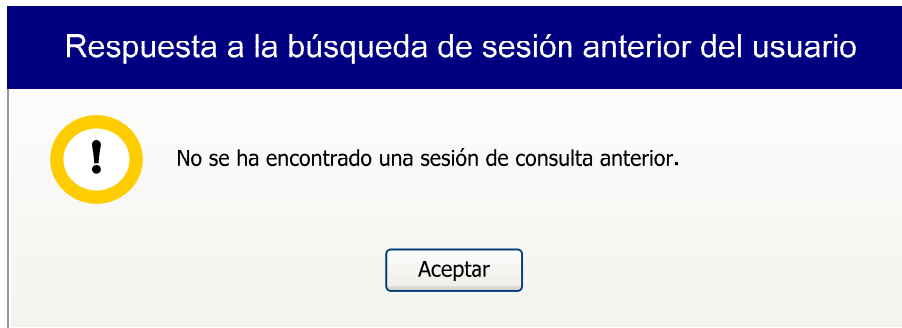
¿Desea recuperar su última sesión de consulta?

☒ Sí ☐ No

Para recuperar su consulta anterior ingrese su correo electrónico:

 Recuerde que la sesión sólo se guarda durante el mes en curso.

4.2.2.2. Mensaje de Advertencia cuando no se encuentra sesión



4.2.2.3. Ingreso de parámetros de consulta – Lugar de residencia

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#) > **Lugar de residencia**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud
[Recupera consulta](#)
▶ [Lugar de residencia](#)
[Tipo plan](#)
[Beneficiarios del plan](#)
[Precio plan](#)
[Coberturas de interés](#)

Resultados de la búsqueda

Contáctenos

Ayuda

Búsqueda de Planes - Lugar de Residencia

Seleccione la ciudad donde vive

Lugar de Residencia

Seleccione una ciudad

La ciudad nos permitirá entregarle planes de cobertura en las entidades de salud cerca de donde vive

Siguiente

Salir

[> Contáctenos](#)

Pasa a la pantalla de contacto con la IS para consultas, sugiere solicitud agente venta

317

4.2.2.4. Ingreso de parámetros de consulta – Tipo de plan

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Tipo de Plan

CONSULTA PLANES DE SALUD

► **Consulta Planes de Salud**
Recupera Consulta
Lugar de Residencia
Tipo plan
Beneficiarios del Plan
Precio Plan
Coberturas de Interés
Resultados de la Búsqueda
Contáctenos
Ayuda

Búsqueda de Planes - Tipo de Plan

> [contáctenos](#)

Indique el Tipo de Plan que desea consultar

Seleccione un Tipo de Plan:

☒	Individual	Planes donde sólo hay una persona que cotiza, la cual puede o no tener cargas.
☒	Individual Compensado (Ej. Matrimoniales)	Planes donde 2 cotizantes aportan para financiar un plan de salud.

[Salir](#) [Volver](#) [Siguiente](#)

4.2.2.5. Ingreso Beneficiarios del plan Individual y Compensado

En tipo de beneficiario, además del Cotizante, se deben considerar los siguientes: Carga legal, Carga médica (opcional), Carga legal con aporte y Carga Médica con aporte (opcional).

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Beneficiarios del Plan

CONSULTA PLANES DE SALUD

- Consulta Planes de Salud
- Recupera Consulta
- Lugar de Residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del Plan**
- Precio Plan
- Coberturas de Interés
- Resultados de la Búsqueda
- Contáctenos
- Ayuda

Búsqueda de Planes - Beneficiarios del Plan

> [contáctenos](#)

Ingrese Beneficiarios del Plan

Nº	Tipo Beneficiario	Género	Fecha Nacimiento	Eliminar
	Cotizante	☐ Femenino ☒ Masculino	10 / 01 / 1970	
1	Carga legal	☐ Femenino ☒ Masculino	dd / mm / aaaa	
2	Carga legal	☒ Femenino ☐ Masculino	dd / mm / aaaa	

[Agregar Beneficiarios](#)

[Salir](#) [Volver](#) [Siguiente](#)

4.2.2.6. Ingreso Precio del plan Individual y con aportes

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Precio Plan

CONSULTA PLANES DE SALUD

► **Consulta Planes de Salud**
Recupera Consulta
Lugar de Residencia
Tipo plan
Beneficiarios del Plan
Precio Plan
Coberturas de Interés

Resultados de la Búsqueda
Contáctenos
Ayuda

Búsqueda de Planes - Precio del Plan

[> contáctenos](#)

Cuanto desea pagar por su plan

	Remuneración Líquida Aproximada		
Cotizante:	500.000	☒ Pesos = \$ 35.000	Cotización legal obligatoria + Compensación
Aporte adicional:	1,00	☐ U.F. ☐ Pesos = \$ 35.000	
Aporte carga:	1,00	☐ U.F. ☐ Pesos = \$ 35.000	
Total cotización:			

Para el efecto del cálculo de las UF se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta.

4.2.2.7. Ingreso Precio del plan Individual Compensado y con aportes

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Precio Plan

CONSULTA PLANES DE SALUD

► **Consulta Planes de Salud**
Recupera Consulta
Lugar de Residencia
Tipo plan
Beneficiarios del Plan
Precio Plan
Coberturas de Interés

Resultados de la Búsqueda

Contáctenos

Ayuda

Búsqueda de Planes - Precio del Plan

> [contáctenos](#)

Cuanto desea pagar por su plan

	Remuneración Líquida Aproximada		
Cotizante:	500.000	☒ Pesos = \$ 35.000	Cotización legal obligatoria
Aporte adicional:	1,00	☐ U.F. ☐ Pesos = \$ 35.000	
Aporte carga:	1,00	☐ U.F. ☐ Pesos = \$ 35.000	
Compensación:		☐ U.F. ☐ Pesos	
Total cotización:			

Para el efecto del cálculo de las UF se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta.

4.2.2.8. Ingreso de Coberturas de interés

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Coberturas de Interés

CONSULTA PLANES DE SALUD

► **Consulta Planes de Salud**
Recupera Consulta
Lugar de Residencia
Tipo plan
Beneficiarios del Plan
Precio Plan
Coberturas de Interés
Resultados de la Búsqueda
Contáctenos
Ayuda

Búsqueda de Planes - Coberturas de Interés

> [contáctenos](#)

Seleccione un Prestador de su gusto

Clínica o Centro Médico:

Seleccione Cobertura de Interés

☐ Prefiere menor cobertura de parto

Su plan lo quiere con Cobertura ☐ Nacional e Internacional
☒ Sólo Nacional

Prefiere renunciar a la cuenta corriente de excedentes ☒ Sí ☐ No
La renuncia a los excedentes sólo es aplicable a los planes individuales compensados

El usuario al pasar el cursor por la palabra indicada en azul, “excedentes”, se deberá desplegar la definición legal de este concepto.

4.2.2.9. Listado Completo de Clínicas y Centros Médicos

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Coberturas de Interés

CONSULTA PLANES DE SALUD

► **Consulta Planes de Salud**
Recupera Consulta
Lugar de Residencia
Tipo plan
Beneficiarios del Plan
Precio Plan
Coberturas de Interés
Resultados de la Búsqueda
Contáctenos
Ayuda

Búsqueda de Planes - Coberturas de Interés

[> contáctenos](#)

Seleccione un Prestador de su gusto

Selección	Prestador Médico	Ciudad
☐	Megasalud S.A.	Iquique
☐	Clínica Avansalud Providencia	Santiago
☐	Clínica Indisa	Santiago
☐	Hospital Clínico Universidad de Chile	Santiago
☐	Clínica Alemana de Puerto Varas	Puerto Montt

4.2.2.10. Salida de la consulta de planes

En el botón “Salir” debe indicarse lo siguiente: Sale de la consulta y guarda sesión como usuario anónimo; en el botón “Aceptar” debe indicarse lo siguiente: Sale de la consulta y guarda la sesión de consulta asociada al mail y RUT del usuario.

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Recupera Consulta

CONSULTA PLANES DE SALUD

- ▶ Consulta Planes de Salud
- Recupera Consulta
- Lugar de Residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del Plan
- Precio Plan
- Coberturas de Interés
- Resultados de la Búsqueda
- Contáctenos
- Ayuda

Búsqueda de Planes

¿Quiere guardar su sesión de Consulta de Planes?

☒ Sí ☐ No

Ingrese su correo electrónico, para asociarlo a su sesión de búsqueda

Ingrese su RUT, para asociarlo a su sesión de búsqueda

 Recuerde que la sesión sólo se guarda durante el mes en curso.

4.2.3. Resultado de la Búsqueda

4.2.3.1. Resultado y Planes Alternativos (ver próxima hoja)

Usted está aquí: [Resultados de la Búsqueda](#) > Planes Resultantes

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud
 Recupera Consulta
 Lugar de Residencia
 Tipo plan
 Beneficiarios del Plan
 Precio Plan
 Coberturas de Interés

► **Resultados de la Búsqueda**
 Planes Resultantes
 Beneficios Adicionales
 Selección Final

Contáctenos
Ayuda

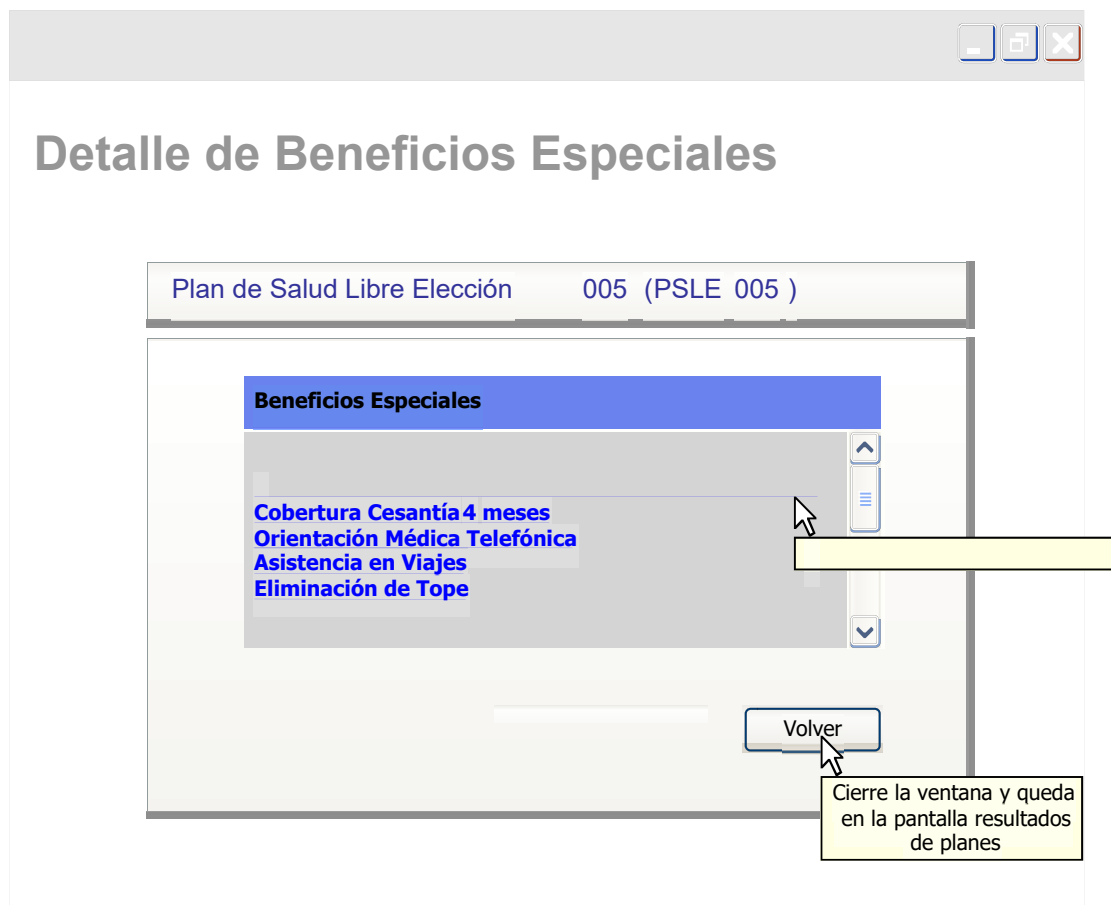
Resultado de la Búsqueda - Planes Resultantes [> continúa](#)

Seleccione un Prestador de su gusto

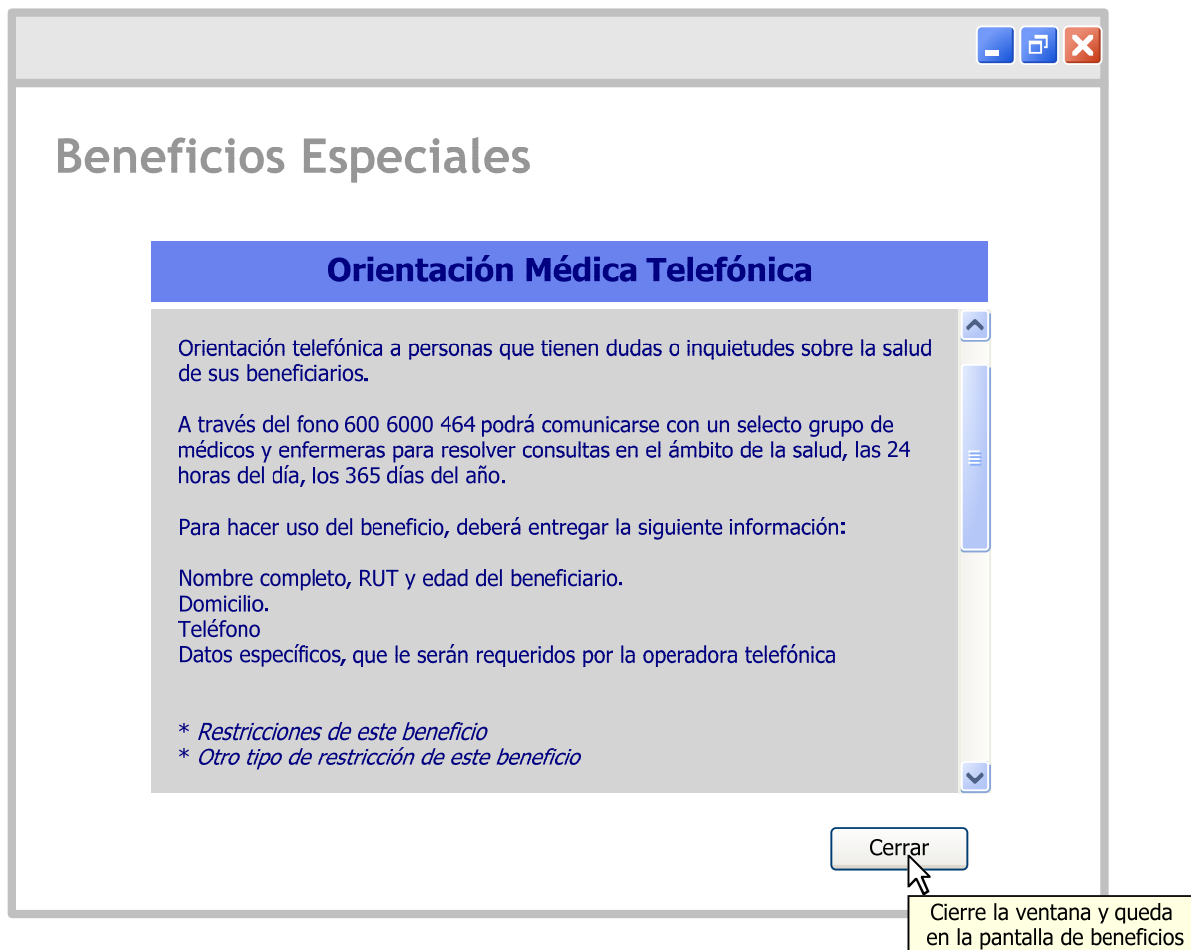
	Selección	Planes	Cotización	Beneficios Especiales	Coberturas de Interés	Plan	SPV	por Precio	Pre
Planes Cerrados	☐	PSC001-CERRADO 001	4,99 UF	Ver Detalle beneficios	Cobertura normal por parto			☒	
Planes por Prestador Preferente	☐	PSPP002-PRESTADOR PREFERENTE 002	5,35 UF	Ver Detalle beneficios	Sólo Nacional			☒	
	☐	PSPP003-PRESTADOR PREFERENTE 003	5,50 UF	Ver Detalle beneficios	Cobertura normal por parto Sólo Nacional				
Planes Libre Elección	☐	PSLB004-LIBRE ELECCIÓN 004	5,62 UF	Ver Detalle beneficios	Nacional e Internacional			☒	
	☐	PSLB005-LIBRE ELECCIÓN 005	9,77 UF	Ver Detalle beneficios	Cobertura normal por parto Nacional e Internacional				

¿Quiere modificar los datos ingresados y obtener otros planes? ☐ Sí ☒ No [Siguiente](#)

4.2.3.2. Beneficios Especiales del Plan



4.2.3.3. Descripción de Beneficios Especiales



4.2.3.4. Layout Impresión de Resultados

ISAPRE

Folio Oferta de planes: **123456**

Fecha: dd/mm/aaaa

OFERTA DE PLANES DE SALUD

Esta oferta de planes de salud, para 1 cotizante hombre de X años con 1 carga mujer de X años y 1 carga hombre de X años, se mantiene vigente hasta el 29/08/2007.

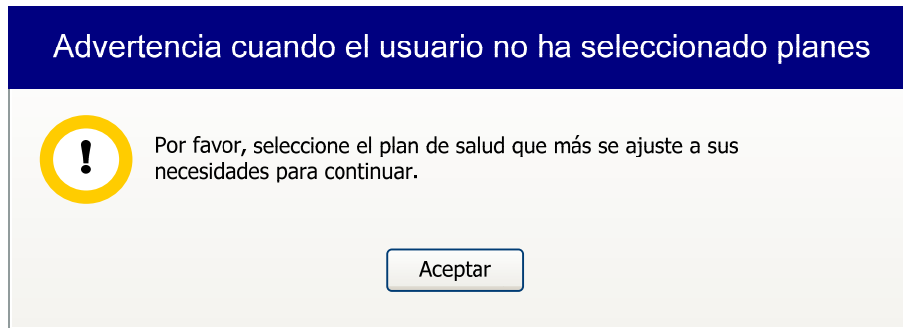
Planes Cerrados	Planes	Cotización	Sus Coberturas de Interés
	PSC001 - CERRADO 001	4,99 U.F.	Cobertura normal por parto
Planes con Prestador Preferente	PSPP002 - PRESTADOR PREFERENTE 002	5,35 U.F.	Sólo Nacional
	PSPP003 - PRESTADOR PREFERENTE 003	8,50 U.F.	Cobertura normal por parto Sólo Nacional
Planes Libre Elección	PSLE004 - LIBRE ELECCIÓN 004	5,62 U.F.	Nacional e Internacional
	PSLE005 - LIBRE ELECCIÓN 005	10,77 U.F.	Cobertura normal por parto Nacional e Internacional

Notas:

- Valor GES 0,16 U.F. mensual por beneficiario, incluido en la cotización del plan.

- Para efectos del cálculo de las UF, se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta.

4.2.3.5. Mensaje de Advertencia cuando No Selección de planes



Beneficios Adicionales (ver próxima página)

Usted está aquí: [Consulta planes](#) [Resultados de la Búsqueda](#) [Planes alternativos](#) [Beneficios Adicionales](#) [Selección Final](#)

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud

- [Recupera consulta](#)
- [Lugar de residencia](#)
- [Tipo plan](#)
- [Beneficiarios del plan](#)
- [Precio plan](#)
- [Coberturas de interés](#)

Resultados de la búsqueda

- [Planes alternativos](#)
- [Beneficios adicionales](#)
- [Selección final](#)

Contáctenos

[Ayuda](#)

Selección Final : debe seleccionar una opción de planes

[> Contáctenos](#)

Esta oferta de planes de salud para 1 cotizante hombre de X años con carga mujer de X años y 1 carga hombre de X años se mantiene vigente hasta el 29/08/2007.

Selección	Planes	Cotización	Cotización Beneficios Adicionales	Beneficios Especial	Beneficios Adicionales	Sus Coberturas de Inter-	Ver
							Plan Cartilla
☐ Opción 1	PSP003- PRESTADOR PREFERENTE	8,50 U.F.	1,53 U.F.	Ver Detalle Beneficios	Ver Beneficios Adicionales	Cobertura normal por par	
☐ Opción 2	PSLB04- LIBRE ELECCIÓN 004	5,62 U.F.	1,53 U.F.	Ver Detalle Beneficios	Ver Beneficios Adicionales	Sólo Nacional	
						Nacional e Internacional	

Despliega el detalle de los beneficios incluidos en el plan

Pasa a la pantalla de beneficios adicionales

Valor **GE\$0.16 U.F.** mensual por beneficiario incluido en la cotización del plan. Para efectos del cálculo de las GE\$ considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta.

Garantías Explícitas en Salud

¿Desea continuar el proceso de Afiliación? ☐ Si ☐ No

Salir

Seguir con proceso de afiliación

Sale de la consulta de planes y guarda la sesión

Imprimir Resultados

4.2.3.6. Layout Impresión de Beneficios Adicionales

ISAPRE

Fecha: dd/mm/aaaa

BENEFICIOS ADICIONALES

Cobertura Dental

Bonificación de 70% y 80% sobre el arancel del Colegio de Odontólogos de Chile.

- Más de 150 prestaciones cubiertas por este beneficio.
- No se requiere evaluación de riesgo previa para acceder a este beneficio adicional.
- Tope anual de \$500.000 para el 70% y \$600.000 para el 80% por cada beneficiario al año.
- Atención Exclusiva en los Centros *Equis*.
- Exclusivo para planes comercializados en la Región Metropolitana.

Cobertura Óptica

Visite cualquier local de Ópticas Rotter & Krauss de Santiago o regiones, presente su receta médica y credencial de beneficiario de Consalud y obtenga automáticamente los siguientes descuentos:

- 24% en óptica: Armazones, cristales y tratamientos para cristales, por compras al contado.
- 15% en óptica: Armazones, cristales y tratamientos para cristales, por compras a plazo hasta 5 cheques o pago con tarjeta de crédito.
- 10% en lentes de contacto, audífonos y lentes de sol por su compra al contado.
- 6% en lentes de contacto, audífonos y lentes de sol por su compra a plazo hasta 3 cheques o pago con tarjeta de crédito.
- 5% en óptica y armazones por pago hasta 10 cheques.

Farmacia Opción

Este beneficio de farmacia consiste en un reembolso de medicamentos ambulatorios curativos, permitiendo facilitar el acceso y financiamiento de los medicamentos.

El Beneficio Especial de Medicamentos Ambulatorios otorga coberturas de hasta 80% de reembolso en medicamentos recetados, exclusivamente en forma ambulatoria por un MÉDICO CIRUJANO o CIRUJANO DENTISTA con Título reconocido por el Ministerio de Salud de Chile y adquiridos en la RED de Farmacias AHUMADA.

Asistencia en Urgencias

Ante la ocurrencia de un accidente dentro del territorio nacional continental, se coordinará el traslado de urgencia al centro asistencial más cercano.

Además, el acompañante podrá optar a un servicio de taxi que lo llevará al mismo centro asistencial, a cargo para el beneficiario.

También se incluye dentro del beneficio el traslado desde el centro asistencial al domicilio habitual del beneficiario accidentado al ser dado de alta (correspondiente a la primera atención recibida en caso de accidente).

Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas

4.2.3.7. Selección Final de planes – Más de 1 plan seleccionado

Usted está aquí

Consulta planes

> Resultados de búsqueda

de

Planes alternativos

> Beneficios Adicionales

> Selección Final

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud

Sección de

Logística

Atención

Beneficiarios del Plan

Coberturas de interés

Resultados de la búsqueda

Beneficios

Selecciones finales

Contáctenos

Asistencia

Ayuda

Acerca de

Selección Final

: debe seleccionar una opción de planes

> Contáctenos

Esta oferta de planes de par 1 cotizante hombre de X1 carga mujer de X1 carga hombre de X1 se mantiene vigente 2 / 0 / 200.

ValoGE 01 UF.mensual

Garantías Explícitas

Salud

incluido en la cotización

plan

los efectos del cálculo

se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta

¿Desea continuar el proceso de Afiliación?

☐ SI ☐ NO

Imprimir Resultados

Sale de la consulta de planes guarda la sesión

Seguir con proceso de afiliación

4.2.3.8. Selección Final de planes – Selecciona un plan (ver próxima página)

Capítulo VII Información que los seguros deben proporcionar o mantener a disposición de los cotizantes, beneficiarios, empleadores, usuarios y público en general

CONSULTA PLANES DE SALUD

> Contácteno

Contáctenos
Ayud
a

¿Desea continuar con la afiliación?

Sale de la consulta de
planes y guarda la
sesión

333

4.2.3.9. Ayuda CAEC

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes alternativos**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud

- Recupera consulta
- Lugar de residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del plan
- Precio plan
- Coberturas de interés

Resultados de la búsqueda

- ▶ Planes alternativos
- Beneficios adicionales
- Selección final

Contáctenos
Ayuda

CAEC–Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas

La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas es un beneficio complementario de salud que las Isapres ofrecen a sus afiliados y beneficiarios y 100% de cobertura para los gastos que superen el deducible

¿Qué se entiende por enfermedades catastróficas

Una enfermedad catastrófica es todo diagnóstico médico, enfermedad o patología por la cual los gastos de salud que el beneficiario debe pagar por el beneficiario sean superiores al deducible que le corresponde por esta cobertura.

Requisito básico para utilizar la CAEC

Antes de utilizar la CAEC, el cotizante y/o beneficiario debe ponerse en contacto con la Isapre de tal forma de coordinar el uso de los prestadores de la RED. El no cumplimiento de este requisito, salvo el caso de urgencias comprobadas, excluirá al beneficiario de esta cobertura.

[Obtenga más información sobre el beneficio CAEC](#)

Volver

Vuelve a la pantalla de detalle de beneficios

Red de Atención CAEC

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes resultantes**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud

[Recupera consulta](#)
[Lugar de residencia](#)
[Tipo plan](#)
[Beneficiarios del plan](#)
[Precio plan](#)
[Coberturas de interés](#)

Resultados de la búsqueda

▶ [Planes resultantes](#)
[Beneficios adicionales](#)
[Selección final](#)

Contáctenos

Ayuda

Consulta Red de Atención CAEC

Prestadores de la Red de Atención CAEC

Prestador	Dirección	Ciudad	Especialidad
Clínica Hospital del Profesor	Lib.Bdo. O'Higgins4860	Santiago	Alta Complejidad
Hospital Clínico Universidad de Chile	Santos Dumont999	Santiago	Alta Complejidad
Hospital de Copiapó	Los Carrera1320	Copiapó	Mediana Complejidad
Hospital Herminia Martín	Francisco Ramírez10	Chillán	Alta Complejidad
Hospital Luis Calvo Mackenna	Antonio Varas360	Santiago	Pediatría
Hospital Regional	Argentina1962	Antofagasta	Alta Complejidad

Volver

Vuelve a la pantalla de ayuda acerca de CAEC

4.2.3.10. GES

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes resultantes**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud

- [Recupera consulta](#)
- [Lugar de residencia](#)
- [Tipo plan](#)
- [Beneficiarios del plan](#)
- [Precio plan](#)
- [Coberturas de interés](#)

Resultados de la búsqueda

- ▶ [Planes resultantes](#)
- [Beneficios adicionales](#)
- [Selección final](#)

Contáctenos

Ayuda

GES- Garantías Explícitas en Salud

El AUGE o GES (Garantías Explícitas en Salud), es el derecho que otorga la Ley a todos los afiliados a Fonasa e Isapres y a sus respectivas cargas para ser atendidos en condiciones de calidad, oportunidad y protección financiera en cualquiera de los problemas de salud garantizados definidos por el Ministerio de Salud.

[Obtenga más información sobre GES](#)

[Consulte la Red de Atención GES](#)

[Volver](#)

Vuelve a la pantalla de detalle de beneficios

Pasa a página de información de la Isapre

4.2.3.11. Red de Atención GES

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes resultantes**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud
Recupera consulta
Lugar de residencia
Tipo plan
Beneficiarios del plan
Precio plan
Coberturas de interés

Resultados de la búsqueda
▶ [Planes resultantes](#)
[Beneficios adicionales](#)
[Selección final](#)

Contáctenos
Ayuda

Consulta Red de Atención GES

Prestadores de la Red de Atención GES

Problema de Salud INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL			
Prestador	Dirección	Ciudad	Tipo Intervención Sanitaria
Hospital Clínico Universidad de Chile	Santos Dumont999	Santiago	Tratamiento
Centro de Diálisis del Maule	Constitución123	Constitución	Transplante renal
Clínica Dávila	Av. Recoleta464	Santiago	Tratamiento
Clínica Iquique	Av. Ramirez123	Iquique	Tratamiento y Transplante renal
Farmacias Ahumada		A nivel nacional	

Volver

Vuelve a la pantalla de ayuda acerca de GES

4.2.3.12. Contacto

Usted está aquí

Contáctenos

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud

Recupera consulta

Lugar de residencia

Tipo plan

Beneficiarios del plan

Precio plan

Coberturas de interés

Resultados de la búsqueda

Planes resultantes

Beneficio Adicionales

Selección Final

▶ Contáctenos

Ayuda

Contáctenos

Para contactarse con nosotros agradeceremos llenar el siguiente formulario

Datos Personales

Nombre Completo

RUT

Preferencia de Contacto

Correo electrónico

Teléfonos

☐

Háganos llegar sus consultas

↑

↓

Volver

Enviar Datos

Envía una solicitud para ser contactado por la Isapre

5. Anexos

5.1. Definiciones

Estas definiciones serán las utilizadas en el Buscador de Planes al momento que el usuario pase el cursor por dichos conceptos, desplegando su significado.

5.1.1.1 Afiliado

Es la persona que suscribe un contrato de salud con una Isapre, es decir el titular. Tendrán calidad de afiliados al sistema:

- Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado
- Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión
- Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios
- Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía

El Afiliado es el cliente final de las Isapres y principal consumidor de los productos que ésta comercializa. Interactúa con las Isapres de 2 formas:

- Deposita la cotización obligatoria en la Isapre, para el caso de los afiliados independientes y paga la cotización a través de su empleador, para el caso de afiliados dependientes.
- Se beneficia con las prestaciones de salud pactadas en el plan de salud complementario.

5.1.1.2 Empleador

Para nuestros efectos el empleador es la entidad que:

- Se encarga del pago de la remuneración, en el caso de los trabajadores dependientes, y descuenta las cotizaciones de la remuneración del trabajador y las paga en la isapre.
- Es la entidad encargada del pago de la pensión, en el caso de los pensionados, y descuenta las cotizaciones de la pensión del pensionado y las paga en la isapre.
- Puede participar en la negociación de²⁰² los planes colectivos o grupales con la Isapre, para sus trabajadores dependientes.

²⁰² Frase reemplazada por Circular IF N° 418, de 28.12.2022.

5.1.1.3 Prestadores de salud

Son las entidades de salud, profesionales médicos, paramédicos que se encuentran autorizados para otorgar prestaciones de salud, tales como: hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio consulta, consultorio, y otros de cualquier naturaleza, incluidas ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria.

Los prestadores de salud son las entidades por medio de las cuales, la Isapre entrega las prestaciones de salud y beneficios pactados a sus afiliados. Los prestadores se pueden agrupar en 3 tipos:

- Prestadores Institucionales. Clínicas, hospitales, centros médicos, etc.
- Profesionales Médicos.
- Red de Prestadores. Conjunto de prestadores de salud que en virtud de la ley o convenio entregan las prestaciones, a los beneficiarios de las Isapres.

5.1.1.4 Afiliación

Se materializa en un *contrato de salud privado* donde afiliado e isapre acuerdan libremente los beneficios y condiciones generales y específicas dentro de un marco reglamentario establecido. Los contratos de salud tienen carácter individual, los planes de salud pueden ser individuales, individuales compensados o grupales.

5.1.1.5 Contrato de salud

Un Contrato de Salud Previsional es el acuerdo entre una isapre y una persona que desea afiliarse a ella. Se expresa mediante un instrumento formal donde se establecen los derechos, las obligaciones, los beneficios y el precio. El contrato es de duración indefinida y sus beneficios comienzan a regir a partir del mes subsiguiente de la suscripción. Para obtener estos beneficios, la isapre entregará una credencial de salud, que es personal e intransferible.

Forman parte integrante del Contrato de Salud Previsional, además de la normativa legal y administrativa, los siguientes antecedentes:

- Las Condiciones Generales del Contrato
- El Formulario Único de Notificación (F.U.N.)
- El Formulario de Declaración de Salud
- El Plan de salud complementario
- Selección de Prestaciones Valorizadas
- Las Garantías Explícitas en Salud (GES)
- Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)
- Arancel de Prestaciones

5.1.1.5.1 Condiciones Generales del Contrato

Las condiciones generales del contrato incluyen, entre otros aspectos:

- Las modalidades para el otorgamiento de los beneficios (Ej.: libre elección, convenios, visación de documentos por parte de la isapre, plazos de boletas, programas médicos, etc.), plazos, etc.
- Las prestaciones mínimas obligatorias y mecanismo para su otorgamiento
- Las exclusiones y restricciones a la cobertura
- Los mecanismos de ajuste del precio del plan
- La reajustabilidad del arancel de prestaciones
- Las causales y procedimientos del término del contrato
- Las normas relativas a la adecuación anual del contrato
- Las obligaciones del afiliado y sus cargas
- La cláusula de fiscalización y arbitraje

5.1.1.5.2 Formulario Único de Notificación (F.U.N.)

Documento en el cual se detalla toda la información requerida respecto del afiliado y sus beneficiarios, del empleador, el nombre del plan pactado, el precio, etc.

Es importante destacar que cuando se registre el domicilio del afiliado, en la sección B del formulario, éste sea efectivamente el lugar donde reside y no la dirección del empleador, dado que a esta dirección la isapre enviará la correspondencia de la revisión anual del contrato, entre otras. Además, esta dirección determinará la COMPIN que le corresponderá para efectos de reclamos sobre licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral.

El afiliado debe avisar a la isapre los cambios de domicilio de él y de su empleador (los cambios de domicilio quedan registrados en otros documentos creados para tal efecto, por lo que es importante que el cotizante verifique su domicilio actualizado en el FUN último suscrito por él).

En el FUN la notificación correspondiente se tipifica con un número, siendo: el 1 utilizado para la notificación de la suscripción del contrato; el 2 para el término del contrato por parte de la isapre; y del 3 al 9 para notificar modificaciones al contrato vigente.

5.1.1.5.3 Formulario de Declaración de Salud

Las enfermedades o condiciones de salud preexistentes deberán ser registradas fidedignamente por el afiliado en el documento denominado Declaración de Salud, junto con los demás antecedentes de salud que requiera la Isapre. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del Contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Sólo en este documento se podrán convenir las restricciones de cobertura. La Declaración de Salud forma parte esencial del Contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la Isapre renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

En ella se deben consignar en forma veraz, todas las enfermedades o patologías, cirugías, secuelas de accidentes y malformaciones tanto del afiliado como de sus cargas beneficiarias y diagnosticadas médicamente, con anterioridad a la firma del contrato, así como otros antecedentes médicos que solicite la isapre cuyo diagnóstico sea conocido por el afiliado.

²⁰³En el caso de incorporación de un nuevo beneficiario, el afiliado deberá completar la declaración de salud del beneficiario que se incorpora, ya que en la mayoría de los casos se trata de un menor de edad. Cuando se trata de un recién nacido, no es necesario dicho trámite. Para incorporarlo basta con realizar su inscripción entre el 7° mes de embarazo y el primer mes de vida, según estipule cada isapre. La cotización correspondiente al recién nacido se devengará como máximo a contar del mes anterior al nacimiento.

Las Isapres cubren ciertas preexistencias de acuerdo a las normas internas de cada institución, pero también pueden establecer determinadas restricciones a la cobertura de las prestaciones que se derivan de tales enfermedades, las que, en todo caso, deben ser explicitadas por la isapre en la declaración de salud correspondiente.

La Isapre podrá, durante un período de hasta 18 meses, otorgar una bonificación menor por atención derivada de estas enfermedades; el período anterior puede llegar a 36 meses siempre que el afiliado lo solicite y la Isapre lo califique. La cobertura no podrá ser inferior al 25% de la establecida en el plan de salud complementario. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el FONASA asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley N°19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud.

Transcurrido este plazo, todas las enfermedades declaradas deben ser cubiertas de acuerdo al plan de salud complementario.

La Isapre no está obligada a pagar las atenciones médicas de enfermedades preexistentes no declaradas. Incluso está facultada para poner término al contrato si comprueba esta omisión, acreditando que ésta no obedeció a justa causa de error.

Transcurrido un período de cinco años, la isapre está obligada a dar cobertura, según el plan de salud complementario contratado, a menos que demuestre que durante este período la enfermedad requirió atención y el afiliado lo ocultó a sabiendas de esta disposición legal.

5.1.1.5.4 Plan de salud complementario

En el Plan de Salud Complementario, se estipulan en forma detallada las prestaciones y beneficios a cuyo financiamiento se obliga la Isapre, su precio y las demás condiciones particulares que correspondan.

El Plan de Salud Complementario puede contener alguna de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios, cuyos requisitos y efectos regula la ley:

²⁰³ Se eliminó tercer párrafo a través de Circular IF/N° 234 de 2014.

- a) Plan libre elección
- b) Plan cerrado
- c) Plan con prestadores preferentes

Tratándose de planes cerrados o con prestadores preferentes, se identificará en el Plan de Salud Complementario el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias, así como los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Tratándose de atenciones de urgencia, además, deberán mencionarse los procedimientos para acceder a los prestadores, y la cobertura que se otorgará a esas atenciones, sea que éstas se realicen por dichos prestadores o por otros distintos. En todo caso, con ocasión de una emergencia y habiendo ingresado a un prestador distinto a los señalados en el Plan de Salud Complementario, el afiliado tendrá derecho a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan y la Isapre, por su parte, a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las reglas señaladas en el artículo 189 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Cualquiera sea la modalidad convenida, el Plan de Salud Complementario no podrá contemplar una cobertura inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el FONASA asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley N°19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud.

5.1.1.5.5 Selección de Prestaciones Valorizadas

Es un instrumento que tiene por finalidad facilitar a las personas la comparación entre los diferentes planes ofrecidos por las Isapres. Está constituido por un conjunto de prestaciones médicas que han sido seleccionadas por la Superintendencia de Salud 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 dichas prestaciones se les otorgue en los planes de salud con que cuentan las referidas instituciones, señalando además, el porcentaje de bonificación y los topes de bonificación para cada una de ellas en un determinado plan.

Para la valorización de la Selección de Prestaciones Valorizadas se establece lo siguiente:

- Los montos máximos de bonificación (topes) de las prestaciones contenidas en la selección de prestaciones valorizadas correspondientes a cada plan, deberán estar expresados en pesos, independiente de las unidades que utilice cada Isapre en la determinación de las bonificaciones de sus planes.
- 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 a una fecha determinada.

5.1.1.5.6 Garantías Explícitas en Salud (GES)

Documento que contiene las Condiciones para acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud. **Auge** La sigla Auge significa Acceso Universal a Garantías Explícitas, la cual fue reemplazada por las Garantías Explícitas en Salud (GES) y se traducen en asegurar Acceso, Calidad, Oportunidad y Protección Financiera a un conjunto de Enfermedades definido por la Ley.

5.1.1.5.7 Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC)

Es el financiamiento del 100% de los copagos originados por enfermedades catastróficas que superen el deducible. El deducible siempre debe ser financiado por el afiliado.

Las Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) es el documento que señala las características de este beneficio y su procedimiento de acceso.

La Red Cerrada de Prestadores es el listado de centros asistenciales establecido por la Isapre en donde se otorgará este beneficio adicional.

5.1.1.5.8 Arancel de Prestaciones

El Arancel de Prestaciones es un catálogo valorizado que contempla, a lo menos, todas las prestaciones del Arancel del Fondo Nacional de Salud en su modalidad de libre elección. El Arancel será utilizado para determinar las prestaciones comprendidas en el Contrato de Salud y la cobertura que a éstas corresponda, y será reajustado en la forma y condiciones que señale el Plan de Salud Complementario. Dicho Arancel deberá ser identificado en el Plan de Salud Complementario contratado, indicándose, además, la unidad en que se expresa.

La Isapre podrá crear y establecer Normas Técnico-Administrativas, para los efectos de interpretar su Arancel. Dichas normas no formarán parte del presente Contrato y, en ningún caso, podrán imponer a los afiliados restricciones o limitaciones de ninguna especie a los derechos emanados del Contrato de Salud.

5.1.1.6 Plan de salud complementario

El Plan de salud complementario está regulado por normativa legal y administrativa que establece la estructura de los planes y regulan los métodos de cálculo para determinar el precio de los planes.

El Plan de salud complementario es el documento que contiene la información necesaria para determinar el nivel de cobertura de las prestaciones consignadas en el arancel de referencia de la Isapre y otros beneficios que se hayan pactado.

Las prestaciones consignadas en el plan de salud complementario están contenidas en dos grandes grupos que son:

- **Ambulatorias**, como por ejemplo, consultas, exámenes, etc.
- **Hospitalarias**, como por ejemplo, día cama, honorarios médicos quirúrgicos, etc.

Existe un tercer grupo que contiene otros beneficios, como por ejemplo, atención dental, óptica, traslados, prótesis y órtesis, etc.

La Bonificación o cobertura para las prestaciones del plan de salud, puede ser el valor total de la prestación o puede expresarse en un porcentaje de esta prestación. Generalmente, está asociada a un tope de bonificación:

- Tope de bonificación por prestación y por evento: es el monto máximo que la isapre bonificará por cada prestación de salud. Puede estar expresado en \$, UF, o Veces Arancel.
- Tope de bonificación por grupo de prestaciones por año de contrato: es el monto máximo que la isapre bonificará por una o un grupo de prestaciones de salud a cada beneficiario en un año de contrato. Pueden estar expresadas en pesos o UF. Este tope se aplica generalmente a prestaciones fonoaudiológicas, psiquiátricas, psicológicas y de kinesiterapia.
- Tope general anual de bonificación por beneficiario: es el monto máximo que la isapre bonificará por beneficiario anualmente para el total de prestaciones: Puede estar expresado en \$ o UF. Ejemplo: tope anual por beneficiario UF 3.000.

La diferencia que se produce entre el valor cobrado por las prestaciones cubiertas por el plan de salud complementario pactado y la bonificación efectiva que otorga dicho plan **se denomina Copago y es** el monto que le corresponde pagar al afiliado.

A diferencia de los demás documentos integrantes del contrato de salud que son iguales para todos los cotizantes de una misma Isapre, el contenido del formulario plan de salud complementario será diferente según el plan que el afiliado contrate, dentro de la variedad de planes que la Isapre tenga para ofrecer (con diferentes coberturas, topes, etc.).

3.1.1.6.1 Precio del Plan de salud complementario

El precio deberá constar en el Plan de Salud Complementario y se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país. En el caso de Planes de Salud Complementarios grupales y los Contratos de salud que celebren las personas con una isapre cuyo objeto sea financiar prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa (inciso final del artículo 200 del DFL N° 1, de 2005, de Salud), el precio podrá expresarse en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.

El precio final del Plan de Salud Complementario se obtiene de la multiplicación del “precio base”, que corresponde al asignado por la Isapre al respectivo plan y que es idéntico para todas las personas que lo contraten, por los factores que correspondan al afiliado y a los beneficiarios, de conformidad a la tabla de factores por sexo, edad y condición de cotizante o carga contenida en el Plan de Salud Complementario, que el afiliado o beneficiario declara conocer y aceptar. Esta tabla no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al plan, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores,

total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia de Salud. Dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

El precio final del Plan de Salud Complementario podrá variar por los siguientes motivos:

- a) Por revisión y adecuación del Contrato de Salud conforme al inciso tercero del artículo 197 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.
- b) Por variación del número de beneficiarios, aplicando la Tabla de Factores contenida en el Plan de Salud Complementario. En este caso, el nuevo precio regirá a partir del mes siguiente de efectuada la modificación.
- c) Por el aumento o reducción del factor que corresponda al afiliado o beneficiario en razón de su edad, según la Tabla de Factores antes referida. El precio del Plan de Salud Complementario variará desde el mes siguiente en que se cumpla la anualidad.
- d) Por reajuste anual, una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, tratándose de planes pactados en pesos. El índice de variación que utilizará y la fecha de su aplicación deberán consignarse en el Plan de Salud Complementario.

3.1.1.6.2 Cotización de Salud

La cotización para salud del afiliado, corresponderá a la suma del precio del Plan de Salud Complementario, calculado en la forma indicada en el artículo anterior; más el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC), si corresponde; más el precio que la Isapre cobre por el aseguramiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES); y, más el precio de los beneficios adicionales contratados por el afiliado, si corresponde, todos los cuales se detallan en el F.U.N. respectivo. La cotización para salud del afiliado, deberá ser declarada y pagada por el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o imponente voluntario, según sea el caso, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquél en que se hayan devengado las remuneraciones, pensiones y rentas correspondientes, plazo que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo. Sin embargo, cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones, a través de un medio electrónico, el plazo se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aún cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo. El pago deberá efectuarse en las oficinas de atención de público de la Isapre o en las entidades o instituciones recaudadoras autorizadas por ella. Para tales efectos, el valor de la unidad de fomento será el del último día del mes anterior al del pago de la cotización.

En caso de no pago de la cotización pactada para salud, la Isapre deberá informar tal circunstancia al afiliado, sea cotizante dependiente, pensionado, independiente, voluntario o cesante, dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización.

La falta de pago de la cotización por parte del empleador o por parte de la entidad encargada del pago de la pensión, no faculta a la Isapre para poner término al Contrato, ni para suspender el otorgamiento de los beneficios y prestaciones. En el evento que el cotizante dependiente perdiera su calidad de tal por cualquier causa, será considerado para los efectos de este Contrato, como afiliado en situación de cesantía, y en tal caso, será el obligado directo del pago de la cotización para salud.

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, señalada en el

párrafo anteprecedente, además, impedirá a la Isapre poner término al Contrato por no pago de la cotización y cobrar intereses, reajustes y multas.

5.1.1.6.2.1 Cotización Mínima Obligatoria

Es el monto mínimo del aporte que por disposición de la ley deben efectuar para fines de salud previsual, los trabajadores dependientes e independientes y los pensionados²⁰⁴.

5.1.1.6.3 Tipos de Planes

Si bien la celebración del contrato es de carácter individual es posible negociar un plan en forma grupal, compensar un plan u optar a planes matrimoniales, con el fin de obtener mejores beneficios que con una cotización individual. Así tenemos que, el Plan de salud complementario puede ser **Individual** o **Grupal**. Los planes individuales pueden ser, a su vez, **Compensados**.

5.1.1.6.3.1 Individuales

Los planes individuales con aquellos donde sólo hay una persona que cotiza, la que puede o no tener cargas.

5.1.1.6.3.2 Individuales Compensados

Los planes compensados son aquellos donde un afiliado adscribe a un plan de salud complementario cuyo precio es superior a su cotización individual de salud, caso en el cual su precio final será financiado, además, con la compensación efectuada voluntariamente por otro afiliado de la Isapre. Si la compensación es efectuada entre cónyuges, el plan pasa a llamarse **Matrimonial**.

5.1.1.6.3.3 Grupales

Este tipo de plan, también denominado colectivo, es aquél suscrito por una persona cotizante, producto de una negociación conjunta entre la isapre y cotizantes que pertenecen a una misma empresa o grupo de dos o más trabajadores, o, excepcionalmente, dos o más pensionados que han tenido relación laboral con una empresa o institución cuyos trabajadores sean destinatarios exclusivos de los beneficios de dicha isapre, y cuya finalidad es el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener el o la cotizante con la sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia, lo que deberá constar expresamente en el plan de salud.²⁰⁵

5.1.1.6.4 Modalidades de Planes

El Plan de salud complementario puede contener alguna de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios:

²⁰⁴ Modificado por Circular IF/N° 283, 25.4.17.

²⁰⁵ Definición reemplazada por Circular IF N° 418, de 28.12.2022 y modificada por Resolución IF N° 513, de 7.8.2023.

5.1.1.6.4.1 Plan libre elección

Es aquél en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Isapre.

5.1.1.6.4.2 Plan cerrado

Es aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

5.1.1.6.4.3 Plan con prestadores preferentes

Es aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

5.1.1.6.5 Beneficiarios del Plan de salud complementario

Se entiende como beneficiarios tanto la persona que se afilia a una isapre como a las cargas que esta incluya en su plan de salud (hijos, esposa, abuelos).

Son beneficiarios del Contrato:

- 1) El cotizante;
- 2) Las Carga legales: Familiares beneficiarios del cotizante (ej. esposa, hijos), y que, respecto del cotizante, cumplen con las calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar, sea que la perciban o no; y
- 3) Las cargas médicas: Personas que sin ser cargas legales, son aceptadas por la isapre (ej. Padre del cotizante, hermano del cotizante) y cuya aceptación es realizada expresamente por la Isapre.

Las cargas legales y cargas médicas pueden ser Beneficiarios con Aporte, es decir que, sin ser titulares de un contrato, aportan su cotización obligatoria a la isapre en calidad de beneficiario.

Todos los beneficiarios del presente Contrato deberán ser consignados en el Formulario Único de Notificación (F.U.N.).

Consideraciones respecto de la Calidad de Familiar Beneficiario: Se distinguen dos casos

- a) Adquisición y pérdida de la calidad de familiar beneficiario: Por el sólo ministerio de la ley, se extenderán los efectos del Contrato a todo nuevo familiar beneficiario que declare el cotizante, suscribiendo el F.U.N. respectivo, y se extinguirán respecto de quienes pierdan dicha condición.

Cuando se adquiera o pierda la calidad de familiar beneficiario, el cotizante deberá informarlo y acreditarlo en la Isapre, a la brevedad posible, para incorporar o excluir a dicho beneficiario mediante el F.U.N. respectivo.

Si la Isapre toma conocimiento de la pérdida de la condición de familiar beneficiario podrá retirarlo del Contrato emitiendo el F.U.N. correspondiente desde ese momento y hasta el vencimiento de la próxima anualidad del Contrato. En caso de no hacerlo, se entiende que la Isapre optó por mantenerlo como carga médica.

b) Familiar beneficiario recién nacido: El familiar beneficiario recién nacido del cotizante será beneficiario del presente Contrato desde su nacimiento, si es inscrito en la Isapre antes de cumplir un mes de vida. Cumplida esta condición, los beneficios se otorgarán desde su nacimiento, los que se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior del nacimiento, sin necesidad de llenar una Declaración de Salud.

Si la inscripción del familiar beneficiario se realiza después de cumplido un mes de vida y antes de los 90 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 a la Isapre y se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior a aquel en que se produzca la referida inscripción y en este caso se deberá llenar una Declaración de Salud.

5.2. Definiciones, Siglas y Abreviaciones

5.2.1. Siglas

AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
CAEC	Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile
CU	Casos de Uso
FUN	Formulario Único de Notificación
GES	Garantías Explícitas de Salud
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
RUN	Rol Único Nacional
RUT	Rol Único Tributario
SIS	Superintendencia de Salud
UML	Lenguaje Unificado de Modelado

5.2.2. Abreviaciones

MINSAL	Ministerio de Salud
Modelo	Buscador de Planes, nombre de la solución propuesta.
Régimen	Régimen de Prestaciones de Salud
Superintendencia	Superintendencia de Salud
SuperSALUD	Superintendencia de Salud

5.3. Ciudades de Chile

La **Ciudad** no es una división político-administrativa de Chile, por lo que no existe una definición de ciudad y designación de las ciudades del país reguladas por norma. Para efectos de determinar las ciudades de Chile, se usa la definición e información que entrega el INE, que define según diversas características de población a los centros poblados como ciudades, pueblos o aldeas. Se tomó como referencia la publicación actualizada²⁰⁶ "Chile: Ciudades, Pueblos, Aldeas y Caseríos, Censo 2002".

En el punto 3.5.2.9.2 se presenta el listado de ciudades que debe ser considerado por las Isapres al momento de implementar el Buscador de Planes, además de algunos conceptos geográficos que ayudan a entender cómo se determina cada ciudad de la lista.

- **Ciudad:** Desde el punto de vista sociológico, la ciudad puede ser definida como un establecimiento relativamente grande, denso y permanente de individuos socialmente heterogéneos. Para efectos del Censo, en Chile es la **entidad urbana que posee más de 5.000 habitantes**.
- **Ciudades Mayores:** Son ciudades capitales regionales o provinciales, que cuentan con una población entre 100.001 y 500.000 habitantes.
- **Grandes Áreas Urbanas:** Son áreas macrourbanas, que reúnen entidades de diversas comunas y que por procesos de conurbación han conformado una gran área urbana, sin apreciarse límites de separación entre ellas. El monto poblacional de estas áreas en su conjunto, supera los 500.000 hasta 1.000.000 de habitantes.
- **Metrópolis:** Es la mayor representación urbana que tiene un país; concentra más de un millón de habitantes que corresponden a un elevado porcentaje de la población total nacional.
- **Entidad Urbana:** Conjunto de viviendas concentradas con más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes, con el 50% o más de su población económicamente activa, dedicada a actividades secundarias y/o terciarias. Excepcionalmente, los centros poblados que cumplen funciones de turismo y recreación con más de 250 viviendas concentradas y que no alcanzan el requisito de población se consideran urbanos.

²⁰⁶ Período de la información: 2005, Publicación Decenal. Fecha de Publicación junio de 2005.

Título VI: Instrucciones sobre límite máximo imponible

1. Información sobre límite máximo imponible²⁰⁷

Las isapres y el Fonasa deberán velar porque la información sobre límite máximo imponible que fije la Superintendencia de Pensiones mediante Resolución Exenta, en virtud de lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 16 del DL N° 3.500, de 1980, esté disponible en sus sitios Web, en sus sucursales de atención de público a lo largo de todo el país y en los teléfonos que dispongan para asistencia a empleadores, entidades encargadas del pago de la cotización y cotizantes²⁰⁸.

2. Información que se remite a la Superintendencia

La información que las isapres remitan a la Superintendencia en virtud de las instrucciones sobre remisión de archivos maestros y de cualquier otra información y que se refiera al mes de enero de 2010 en adelante deberá contemplar la modificación al tope imponible reajustado.

²⁰⁷ La Superintendencia de Pensiones dictó la Resolución Exenta N° 23, de fecha 07.01.2014, mediante la cual estableció, a contar de 1 de enero de 2014, un nuevo límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento.

²⁰⁸ El Oficio Circular IF N°3 de 15.01.2014, informó que el nuevo tope imponible para las cotizaciones de salud es de 5,061 U.F. a contar del 1 de enero de 2014.

Título VII: Instrucciones sobre conexión al portal web de la Superintendencia de Salud

Con el propósito de mantener a los beneficiarios del sistema debidamente informados y aprovechar la información disponible en el portal web de la Superintendencia de Salud, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud ha estimado altamente conveniente que las Instituciones Fiscalizadas que dispongan de una página web, habiliten un enlace que permita acceder al portal www.supersalud.cl, conexión que ya se encuentra operando en el sitio web del Fonasa.

Aquellas isapres que no cuenten con esta herramienta comunicacional, deberán utilizar un medio alternativo para poner en conocimiento de las personas afiliadas y de la ciudadanía, la dirección del portal web de la Superintendencia de Salud.

Título VIII: Instrucciones sobre el servicio continuo de atención telefónica²⁰⁹

1. Requisitos mínimos del servicio

Las isapres deberán contar con un servicio telefónico que funcionará las 24 horas del día, los siete días de la semana, cuyo objeto será entregar a sus beneficiarios la información que requieran para el acceso a los beneficios que derivan del contrato de salud, en el contexto de una necesidad de orientación inmediata, derivada de un evento de salud.

Dicho medio, ofrecerá la orientación acerca de los prestadores a través de los cuales el paciente podrá hacer uso de los distintos beneficios que contempla el contrato de salud o la ley²¹⁰ y la indicación de las gestiones que permitan el ingreso, así como las condiciones previstas para el otorgamiento de los beneficios en el prestador respectivo, como por ejemplo, tipo de habitación, médico de staff, etc.

La información entregada deberá ser clara y suficiente, para que el usuario pueda actuar de manera informada frente a un determinado evento. En tal sentido, deberá orientar al solicitante, de acuerdo a las necesidades particulares del paciente.

El o los números telefónicos de urgencia, deberán difundirse por todos los medios de que la isapre disponga, como por ejemplo, sitio web, sucursales, folletos, cartas que envíe al afiliado por cualquier causa, correos electrónicos y otros. Además, deberán ser informados y actualizados ante esta Superintendencia.

Podrán hacer uso de este servicio todos los beneficiarios, por sí o por medio de cualquier persona que actúe en su nombre.

Al efecto, el solicitante deberá señalar el RUT del beneficiario o, en su defecto, el nombre y cualquier otro dato que permita su identificación. En caso de que el solicitante sea una persona distinta del beneficiario, deberá indicar su nombre y RUT y su relación con aquél. A su vez, el operador telefónico deberá expresar su nombre.

La conversación deberá ser grabada -advirtiéndose de ello al solicitante-, para verificar que la información entregada fue correcta, conservándose dicho registro por un tiempo mínimo de dieciocho meses. Además, el operador del servicio telefónico deberá asignar a la llamada un número de atención que informará al solicitante, el que servirá de constancia de la misma, además de facilitar la recuperación del registro de audio.

El servicio telefónico de urgencia podrá ser operado por personal de la isapre o mediante un servicio externo, debiendo la Isapre velar para que su acceso sea permanente y expedito.

El operador deberá evitar exigencias dilatorias innecesarias, entregando en el acto, toda la información que sea pertinente para hacer posible el acceso oportuno a los beneficios requeridos.

El servicio podrá contar complementariamente con un sistema de respuesta de voz interactivo (IVR), para la entrega de información de tipo general y uniforme y/o para la guía de la llamada hacia los operadores respectivos, siempre que ello no entorpezca la asistencia al usuario.

²⁰⁹ Título agregado por la Circular IF/N° 169, de 19 de abril de 2012.

²¹⁰ Expresión insertada mediante Circular IF N°258, del 11 de enero de 2016

En caso de que la solicitud de información no cumpla las condiciones de necesidad de orientación inmediata, la Isapre deberá dar a conocer los medios idóneos de que disponga para satisfacer el requerimiento.

2. Información mínima que deben entregar las isapres a través del servicio

El servicio telefónico continuo deberá contemplar, a lo menos, la información relativa a redes de prestadores, coberturas involucradas y mecanismos de acceso a los distintos beneficios, según el caso particular. Ello no obsta a la obligación de la isapre de entregar toda la información requerida por sus beneficiarios dentro del horario hábil, por los medios de que disponga para ese objeto.

La información que se entregue mediante el servicio continuo de atención telefónica deberá guardar relación con el evento comunicado por el solicitante y adecuarse a los antecedentes que se den a conocer en ese acto al operador del servicio.

Dicha información deberá proporcionar la orientación necesaria para que el beneficiario o quien lo represente, pueda tomar una decisión informada entre las alternativas con que cuenta, en función de la necesidad de atención de salud.

Esta información mínima es la que se indica a continuación:

2.1. Beneficios derivados de las Garantías Explícitas en Salud (GES)

- Individualización de los prestadores que conforman la Red GES, distinguiendo entre especialidades, de acuerdo al problema de salud garantizado que motiva la consulta, en caso de que le sea comunicado, haciendo hincapié en que el ingreso a la red es un requisito esencial para que opere el beneficio. Asimismo, deberá informarse al solicitante, la obligación del prestador de notificar al paciente en caso de tratarse de un problema de salud GES.
- Orientación acerca de los límites dentro de los cuales opera la cobertura GES. Ello implica, a lo menos, la indicación de que cubre sólo las prestaciones que se encuentran valorizadas y contenidas en una canasta, y el porcentaje de copago respecto de éstas, operando sobre el resto de las prestaciones el plan de salud; la acumulación de un deducible para que opere la cobertura financiera adicional y el monto de éste o, en su defecto, el número de cotizaciones con las que se calcula.
- Asimismo, la circunstancia de que el beneficio puede complementarse con la CAEC, por medio de la GES-CAEC, la forma en que ello opera y que ante un problema GES no aplica la CAEC por sí sola.

2.2. Beneficio CAEC

- Individualización de los prestadores que conforman la Red CAEC, haciendo hincapié en que el ingreso a la red es un requisito esencial para que opere el beneficio.
- Para los casos en que la isapre ha definido prestadores especializados para algunas prestaciones que tengan relación con la consulta formulada y los antecedentes aportados en ella, deberá informarlos.

- Orientación acerca de los límites dentro de los cuales opera la cobertura CAEC. Ello implica, a lo menos, la indicación de la necesidad de completar un deducible anual para acceder a la cobertura adicional y el monto de éste o, en su defecto, el número de cotizaciones con las que se calcula, como asimismo, que dicho deducible se completa con los copagos generados por aplicación de la cobertura del plan.

En caso de tratarse de prestaciones excluidas de la CAEC, deberá informarse de ello al solicitante, indicándole la exclusión pertinente a la consulta efectuada, de entre aquéllas detalladas en el número 6 de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile.

2.3. Beneficios derivados del plan complementario de salud

- Individualización de los prestadores preferentes o cerrados y prestadores derivados, según el plan de salud contratado.
- Tratándose de prestadores derivados, deberá indicarse las circunstancias en las que corresponde acudir a éstos, como es la situación de insuficiencia, ya sea física o técnica.
- En caso de planes cerrados, deberá destacarse la circunstancia de que el plan de salud entrega cobertura sólo en los prestadores individualizados en el mismo.
- Orientación acerca de porcentajes de cobertura y topes, o copagos fijos en su caso, contenidos en el plan de salud, diferenciando entre los prestadores en caso de tratarse de un plan con prestadores preferentes. Ello, circunscrito a los requerimientos del solicitante.
- Información acerca de los requisitos que se deben cumplir en caso de haberse pactado alguna cobertura diferenciada en el plan de libre elección, y prestadores vigentes con quienes opera, en su caso.

2.4. Acceso a los beneficios

- Procedimiento de acceso a los beneficios del plan de salud, GES o CAEC.

Ello implica la descripción de las gestiones necesarias frente al prestador y aquéllas posteriores de tipo administrativo que resulten necesarias para hacer efectivos los beneficios.

2.5. Beneficios derivados de la Ley de Urgencia

- Indicación del procedimiento de acceso a los beneficios de la denominada Ley de Urgencia, de la necesidad de que se certifique el carácter de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²¹¹ de la atención y advertencia de que los beneficios cesan al certificarse la estabilización.

²¹¹ Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.2023

- Asimismo, que la Ley no otorga gratuidad, sino un préstamo automático que deberá ser devuelto a la isapre. En dicha situación, deberá hacerse hincapié en la necesidad de ingreso a un prestador del plan, de la Red GES o CAEC, según el caso, para obtener la cobertura elegida. En caso de no ser posible, la necesidad de traslado a éste una vez estabilizado el paciente, a menos que opte por la modalidad de libre elección contenida en el plan de salud.
- Sin perjuicio, de la orientación e información entregada, ante un aviso que corresponda a una situación de urgencia o emergencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave, la isapre deberá realizar las gestiones pertinentes, en los términos previstos en el Reglamento vigente para la certificación de estado de emergencia o urgencia, del Ministerio de Salud.²¹²

2.6. Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que otorga el Fonasa²¹³

- Existencia del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.
- Circunstancia de que la cobertura del Sistema es otorgada por el Fonasa.
- Los diagnósticos y prestaciones que contempla el Sistema, conforme a las necesidades del beneficiario.
- La inexistencia de copagos para el financiamiento de las prestaciones garantizadas.
- Deber de atenderse en la red de prestadores aprobados por el Ministerio de Salud, para acceder al sistema, y la individualización de los que sean pertinentes a las necesidades del beneficiario. Esta obligación será exigible al publicarse la lista de prestadores en el sitio web del Fonasa, debiendo mantener la isapre actualizado cualquier cambio que se produzca sobre ellos.²¹⁴
- Orientación acerca del funcionamiento del Sistema.

3. Notificaciones a través del servicio continuo de atención telefónica

El servicio deberá, además, permitir que el beneficiario o quien actúe en su nombre, notifique o dé aviso del ingreso a un prestador determinado.

Ello no obsta a la obligación del afiliado, o quien lo represente, de cumplir en la oportunidad establecida en la normativa que rige los respectivos beneficios, con la formalización de los trámites requeridos para la solicitud del que corresponda, obligación que deberá serle informada.

²¹² Párrafo incorporado por Circular IF/N°450, de 13.12.2023

²¹³ Incorporado por la Circular IF/N°258, del 11 de enero de 2016

²¹⁴ Expresión, a continuación del punto seguido, agregada por Resolución Ex. SS/N° 476, de 13 de abril de 2016

4. Excepciones a la obligatoriedad de contar con el servicio

Quedan eximidas de la obligación de contar con el servicio establecido en la presente circular, las isapres señaladas en el inciso cuarto del artículo 200 del DFL N°1, de 2005, de Salud, que ejecuten permanentemente una política de difusión y orientación a sus afiliados de las materias fundamentales de sus contratos de salud y de los beneficios que otorgan éstos o la ley²¹⁵, a través de la empresa en que éstos laboran y/o de los prestadores respectivos, con el objeto de que los beneficiarios dispongan de la información y orientación que requieran ante una necesidad de orientación inmediata derivada de un evento de salud, sin perjuicio de la obligación de la isapre de mantener dicha información en sus propias oficinas.

Además, será requisito para que opere la exención antes referida, que dichas isapres cuenten con uno o más mecanismos para que los beneficiarios o quienes actúen por ellos, notifiquen o den aviso del ingreso en días u horas inhábiles a un prestador determinado.

Título IX: Normas sobre instrumentos de pago pendientes de cobro^{216 217}

1. Definición

Para efecto del presente título, entiéndase por "instrumento de pago" todo documento sustituto del dinero en efectivo utilizado por la isapre para pagar una obligación, ya sea cheque, vale vista y algún otro que en un futuro se utilice como tales.

2. Información sobre los instrumentos de pago que no han sido presentados a cobro

La isapre estará obligada a informar a sus beneficiarios y empleadores, según corresponda, acerca de los instrumentos de pago emitidos a su favor, y que se encuentren pendientes de cobro, referidos a conceptos tales como, reembolsos, subsidios por incapacidad laboral de licencias médicas de tipo curativas, cotizaciones en exceso, reliquidaciones con ocasión de una fiscalización, u otro tipo.

Esta información deberá ser entregada por la isapre al momento que el beneficiario o empleador concurra a realizar algún trámite en la institución. Además, podrá ser obtenida directamente por los interesados, a través de un equipo de autoservicio o computador de libre acceso en las sucursales de atención de público de la isapre. En este último caso, bastará que ingresen su RUN o RUT para hacer la consulta, según corresponda, sin necesidad de clave alguna.

Asimismo, la isapre deberá implementar en su portal web institucional, en un lugar destacado y de fácil acceso, la consulta que permita informarse sobre los instrumentos de pago que se encuentren pendientes de cobro y/o caducados para cada afiliado y empleador.

El detalle de la información que se deberá entregar será de, a lo menos, el documento pendiente de cobro, el motivo que originó el pago y la forma cómo se puede solicitar que éste se emita nuevamente, en caso que haya caducado.

²¹⁵ Expresión insertada mediante Circular IF/N°258, del 11 de enero de 2016

²¹⁶ Título incorporado por la Circular IF/N° 215, de 29 de abril de 2014.

²¹⁷ Las disposiciones del presente título entrarán en vigencia el 1 de septiembre de 2014.

La isapre deberá permitir el acceso de esta Superintendencia al sistema de consulta para fines de fiscalización.

Título X: Información sobre la obligación de los trabajadores independientes de efectuar cotizaciones para salud y los derechos que de ella se derivan²¹⁸

Las isapres y el Fonasa deberán informar a sus afiliados, beneficiarios y público en general, sobre las normas para la incorporación de los trabajadores independientes a los regímenes de protección social, quienes estarán obligados a efectuar cotizaciones en el Fondo Nacional de Salud o en la Institución de Salud Previsional, según sea el caso.

Asimismo, deberán informar que las cotizaciones provendrán, en primer lugar, de las sumas que retendrá el Servicio de Impuestos Internos de la Operación Renta respectiva, siendo la primera la del año 2019, y que, en caso de existir un saldo negativo, éste deberá ser pagado directamente por el cotizante en la institución a la que se encuentre afiliado.

La referida información deberá estar disponible en sus sitios web, en sus sucursales de atención de público a lo largo de todo el país, en sus servicios de orientación telefónica, correos electrónicos y en los demás medios que estimen pertinentes.

Sin perjuicio de lo anterior, las instituciones deberán disponer en sus sitios web de un enlace a la siguiente dirección provista por la Subsecretaría de Previsión Social del Ministerio del Trabajo: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/ley-honorarios/>.

²¹⁸ Título incorporado mediante la Circular IF/N° 324 de 5 de febrero, de 2019.

Título XI: Información mínima sobre la liquidación de cobros por prestaciones de salud²¹⁹

Las isapres deben proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados respecto a las materias fundamentales de sus contratos, siendo parte de éstas la referida a las bonificaciones de las prestaciones de salud otorgadas a sus afiliados y beneficiarios, conforme al contrato de salud suscrito.

Para estos efectos, se entenderá por "liquidación" aquel documento emitido en favor del afiliado o beneficiario, en el contexto del otorgamiento de una o más atenciones de salud, en el cual la isapre informa los cobros emitidos por el prestador de salud y las bonificaciones respectivas, de acuerdo al contrato de salud.

Esta liquidación no será necesaria en aquellos casos en que la información aludida esté perfectamente descrita en el bono u orden de atención, entregado al beneficiario, con las características que se indican a continuación en este título.

En el documento "liquidación", la isapre debe pronunciarse claramente sobre todos y cada uno de los cobros que contiene el instrumento emitido por el prestador, que da cuenta de las atenciones de salud recibidas por el beneficiario.

La liquidación deberá individualizar cada monto cobrado, con indicación del nombre de la prestación y su código, y podrá agruparse sólo cuando correspondan a una misma prestación y código, registrándose, a su vez, la cantidad o número de veces que se otorgó. Los cobros relativos a insumos o medicamentos podrán presentarse en forma agregada en cada uno de estos grupos, según al que pertenezcan, debiendo siempre la isapre contar con el detalle de aquéllos.

En la liquidación se deberá ordenar la referida pormenorización de los cobros de las prestaciones, según su especie (como por ejemplo, honorarios médicos, exámenes, etc.); y consignar el valor bonificado para cada una de las prestaciones y el copago correspondiente, permitiendo su verificación.

Las prestaciones que no tuvieron derecho a bonificación, deberán presentarse en forma separada, indicando, brevemente, la causa por la cual no fueron bonificadas. Para este efecto, deberá utilizar notas explicativas al costado de la prestación correspondiente, por ejemplo, "Prestación no Arancelada". El tamaño de la letra de estas notas no podrá ser inferior al utilizado en la liquidación.

Tratándose de la aplicación de cobertura proporcional de parto, deberá indicarse esta circunstancia respecto de cada prestación afectada, en los términos del párrafo anterior, así como el porcentaje de bonificación aplicado. Igualmente, deberá informar el hecho de haber aplicado la cobertura mínima legal, si fuera el caso, y su causa.

²¹⁹ Título incorporado mediante la Circular IF/N°319, de 15 de noviembre de 2018, modificada por la Resolución Exenta IF/N° 520 del 19 de diciembre de 2018, y la Resolución Exenta IF/N° 641, de 10 de julio de 2019. Su vigencia se inició el 3 de junio de 2019.

Capítulo VIII Instrucciones sobre las obligaciones de los prestadores de salud de proporcionar información que permita dar cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud

Título I: Instrucciones sobre la obligación de los prestadores de salud de proporcionar información que permita acreditar el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud

1. Obligación de los prestadores de salud de informar respecto a casos asociados a un problema de salud garantizado

El N° 7 del artículo 115 del DFL N° 1 señala expresamente como una de las atribuciones de la Superintendencia de Salud, requerir a los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios.

Por su parte, la Ley N° 19.966, en su artículo 29, indica que la Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos e instrumentos que deberán implementar los aseguradores para que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen de, a lo menos, las materias que indica y que se refieren a las Garantías Explícitas en Salud.

Sin perjuicio de los requerimientos de información que ha establecido la citada disposición legal, el artículo 21 del Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, señala, en el párrafo VI: “De la información y de los procedimientos de registro para la aplicación de la cobertura financiera adicional” que, para que los aseguradores establezcan los sistemas de información o el manejo de la misma, los prestadores deberán registrar -por cada beneficiario o afiliado- antecedentes tales como:

- Nombre completo del paciente
- Domicilio, incluyendo ciudad y comuna
- Cédula Nacional de Identidad
- Situación previsional en materia de salud
- Motivo de la consulta
- Diagnóstico probable
- Fecha y hora de la atención

Esta información deberá ser ingresada a la Ficha Clínica, a la hoja de atención u otro documento similar que sea habitualmente usado para dichos fines.

2. Mecanismo para informar

Con el propósito que los prestadores cumplan con la obligación de informar el cumplimiento de las GES a esta Superintendencia, se instruye que éstos proporcionen directamente al Fonasa y a las isapres los antecedentes clínicos y administrativos que les sean requeridos por estos últimos y que obedecen específicamente a las instrucciones que la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

ha impartido a los aseguradores respecto al tipo de información que deben recabar y sus registro, para efectos del monitoreo, gestión y evaluación de los casos asociados a un problema de salud garantizado.

Lo señalado, sin perjuicio de los requerimientos que directamente la Superintendencia efectúe, en el ejercicio de sus atribuciones legales, a los prestadores de salud, las isapres o el Fonasa, respecto de Fichas Clínicas u otros antecedentes de orden médico que sean necesarios con motivo de la acreditación del cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud y la resolución de los reclamos respectivos, presentados ante dicho Organismo.

Se instruye a los organismos, tanto públicos como privados, adoptar las medidas pertinentes, con el fin de asegurar que la información requerida por la Superintendencia a través de los aseguradores, sea proporcionada de manera fiel y oportuna.

3. Solicitud de información que formulen los aseguradores a los prestadores

Cuando los aseguradores requieran información detallada de los prestadores de salud, respecto de un caso asociado a un problema de salud garantizado, en observancia a las disposiciones que les han sido impartidas por la Superintendencia, respecto a los datos asociados al proceso de recepción y resolución de las solicitudes de acceso a las GES, las prestaciones, grupo de prestaciones o eventos administrativos que correspondan a los hitos asociados a las distintas garantías de oportunidad de los problemas de salud, la fecha de ocurrencia de las mismas, los antecedentes de los copagos y los documentos vinculados a estos últimos y, en general, las materias contenidas en los ya citados artículos 29 de la Ley N° 19.966 y 21 del Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, deberán solicitarlo formalmente, explicitando que tal solicitud se efectúa “En conformidad con las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud, invocando las instrucciones contenidas en este Título.

El manejo de los datos a que se refiere el párrafo precedente quedará sujeto a las disposiciones de la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

4. Incumplimiento de los prestadores

Los incumplimientos en la entrega de información por parte de los prestadores de salud deberán ser informados al Departamento de Control y Fiscalización de la Superintendencia de Salud, quien analizará los antecedentes y procederá a su evaluación.

Título II: Instrucciones sobre la página electrónica de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave relacionada a una condición de salud garantizada explícitamente^{220 221}

Conforme lo dispone el artículo 9° de la Ley N°19.966, los establecimientos que reciban personas que se hallen en situación de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave²²², respecto de una condición de salud garantizada explícitamente deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, dentro de las 24 horas siguientes, a través de la página electrónica habilitada al efecto, quedando dicha información inmediatamente disponible para ser consultada por el Fonasa y las isapres. En caso de desconocer la identificación del paciente al momento del ingreso, el establecimiento deberá ejercer todas las medidas a su alcance para obtener dicha información en el menor tiempo posible. El establecimiento responsable deberá acreditar ante esta Superintendencia las acciones ejecutadas con el fin antes señalado.

1. La Superintendencia mantiene habilitada una aplicación informática en el sitio web www.superdesalud.gob.cl denominada: "Notificación y gestión de pacientes en urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto"²²³, que permite a las isapres y al Fonasa consultar la información relativa a los casos GES.

Para acceder a dicha información se debe utilizar la identificación de usuario (nombre de usuario) y la contraseña de acceso (clave) que le fue asignada por esta Superintendencia para ingresar a la Extranet.

Estos elementos de seguridad y acceso son únicos y confidenciales por lo que deberán ser administrados con el cuidado que corresponda.

2. Se ha dispuesto para la consulta del Fonasa y las isapres, además de la identificación del paciente señalada en el artículo 9 de la Ley N°19.966, los contenidos que a continuación se informan y que pretenden facilitar la administración de los pacientes que requieran de hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o aquél designado por la Institución de Salud:

Información del paciente

- Nombre del paciente
- Rut paciente
- Edad paciente
- Fecha y hora Emergencia o Urgencia
- Situación previsional en materia de salud
- Apreciación Diagnóstico Emergencia o Urgencia
- Problema de salud

Información del Establecimiento de Atención de Salud

- Nombre y/o razón social del establecimiento de salud

²²⁰ Título modificado por Circular IF/N° 260 de 2016 y Circular IF/N° 281 del 03.01.2017.

²²¹ Título modificado por Circular IF/N°450, de 13.12.2023

²²² Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.2023

²²³ Id.

- Rut del establecimiento de salud
- Domicilio
- N° telefónico del establecimiento de salud
- Región

Cabe hacer presente que en virtud de la Ley N°19.628, la Superintendencia no expondrá los contenidos denominados 'Apreciación Diagnóstico Urgencia/Emergencia' y 'Problema de Salud'.

Dicha información sólo podrá ser accesada una vez que sea seleccionado el paciente del listado clasificado por isapre, digitando la opción "Recibir". Sólo a partir de ese instante y una vez que el Fonasa o la isapre correspondiente reconozcan al beneficiario, se podrá acceder a la información antes citada.

En este sentido, y para el resguardo de la privacidad de dicha información es de suma importancia que los contenidos de esta página sólo sean consultados por personal autorizado por Fonasa y las isapres.

Párrafo eliminado

Fonasa y las isapres podrán identificar a sus afiliados mediante el Nombre del Paciente y su RUT. Adicionalmente se incluirá la situación previsional del cotizante, antecedente informado por el Establecimiento de Salud respectivo.

Es responsabilidad del Fonasa y las Isapres consultar diariamente, en modalidad 24/7, el listado denominado "Pacientes no asignados", en caso que el prestador no haya informado correctamente el campo "Situación previsional en materia de salud", o lo haya omitido, con el objeto de reconocer y recibir a sus beneficiarios y garantizar el rescate oportuno de ellos.

Capítulo IX Información sobre detalle de deudas con empleadores públicos por subsidios por licencias médicas curativas, maternales o por enfermedad grave del hijo menor de un año

En razón de requerimiento efectuado por la Contraloría General de la República, se instruye a las isapres enviar semestralmente a dicho organismo un informe detallado de los subsidios de incapacidad laboral de licencias médicas curativas, maternales y enfermedad grave de hijo menor de un año, reembolsados por las isapres a las Municipalidades de la Región Metropolitana como a sus Departamentos de Educación y Salud. Además, se solicita un informe acerca de los subsidios por licencias médicas no recuperados por tales entidades públicas.

I. Confección de Archivos Computacionales

Las isapres deberán confeccionar los archivos computacionales con los campos y las especificaciones técnicas que se detallan:

1. Archivo con el detalle de los subsidios por incapacidad laboral de licencias médicas curativas, maternales y enfermedad grave de hijo menor de un año, reembolsados por a las Municipalidades y sus respectivos Departamentos de Educación y Salud de la Región Metropolitana y que hayan sido efectivamente cobrados por dichos destinatarios.

Dicho archivo computacional deberá contener los campos, con las especificaciones técnicas que se indican:

Campo	Descripción	
1	Código aseguradora	Campo de tipo numérico de largo 3, distinto de cero.
2	Nombre aseguradora	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
3	RUT Municipalidad	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
4	Dígito verificador RUT Municipalidad	Campo de tipo alfanumérico, de largo 1
5	Nombre Municipalidad	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
6	RUT trabajador	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
7	Dígito verificador RUT trabajador	Campo de tipo alfanumérico, de largo 1
8	Nombre trabajador	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
9	Número de licencia médica	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
10	Tipo de licencia	Campo de tipo numérico, de largo 1, cuyo valor corresponde a los siguientes:

		1 Enfermedad o accidente común 3 Licencia maternal pre y post natal 4 Enfermedad grave hijo menor 1 año 7 Patología del embarazo
11	Fecha emisión licencia	Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero, de largo 8, con formato AAAAMMDD
12	Total a pagar por licencia	Campo de tipo numérico, de largo 10, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero. Corresponde a la suma de los valores por concepto de subsidio, AFP y salud
13	Número de cheque	Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.
14	Monto del cheque	Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.
15	Fecha emisión cheque	Campo de tipo numérico de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero con formato AAAAMMDD
16	Nombre banco	Campo de tipo alfanumérico, de largo 50
17	Identificación área de trabajo de funcionario	Campo de tipo alfanumérico, de largo 25, cuya glosa debe corresponder a las siguientes: - Municipalidad - Departamento de Salud - Departamento de Educación En caso de no disponer de la información debe indicar "Municipalidad".

2. Archivo con el detalle de los subsidios por incapacidad laboral de licencias médicas curativas, maternales y enfermedad grave de hijo menor de un año, no recuperados por las Municipalidades y sus respectivos Departamentos de Educación y Salud de la Región Metropolitana.

Dicho archivo computacional deberá contener los campos, con las especificaciones técnicas que a continuación se indican:

Campo	Descripción	
1	Código aseguradora	Campo de tipo numérico de largo 3, distinto de cero.

2	Nombre aseguradora	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
3	RUT Municipalidad	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
4	Dígito verificador RUT Municipalidad	Campo de tipo alfanumérico, de largo 1
5	Nombre Municipalidad	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
6	RUT trabajador	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
7	Dígito verificador RUT trabajador	Campo de tipo alfanumérico, de largo 1
8	Nombre trabajador	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
9	Número de licencia médica	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
10	Tipo de licencia	Campo de tipo numérico, de largo 1, cuyo valor corresponde a los siguientes: 1 Enfermedad o accidente común 3 Licencia maternal pre y post natal 4 Enfermedad grave hijo menor 1 año 7 Patología del embarazo
11	Fecha emisión licencia	Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero, de largo 8, con formato AAAAMMDD
12	Total a pagar por licencia	Campo de tipo numérico, de largo 10, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero. Corresponde a la suma de los valores por concepto de subsidio, AFP y salud
13	Estado del pago de la licencia	Campo de tipo alfanumérico, de largo 35, cuya glosa debe corresponder a las siguientes: -Licencia sin solicitud de cobro -Cheque entregado y no cobrado -Cheque no entregado
14	Identificación área de trabajo de funcionario	Campo de tipo alfanumérico, de largo 25, cuya glosa debe corresponder a las siguientes: - Municipalidad - Departamento de Salud - Departamento de Educación En caso de no disponer de la información debe indicar "Municipalidad".

II. Períodos de información y plazos de envío

Los archivos antes señalados deberán confeccionarse en planillas electrónicas Excel y remitirse en dispositivos magnéticos al Jefe de la Subdivisión Auditoría e Inspección – División de Municipalidades, de acuerdo a los períodos de información y plazos que se detallan:

Período de información	Plazo de envío
Primer semestre de cada año	Último día hábil de julio de cada año
Segundo semestre de cada año	Último día hábil de enero de cada año

Capítulo X Subsidio al Empleo de la Ley N°20.338: Imparte instrucciones a las isapres respecto de la información a entregar sobre el pago de cotizaciones [Eliminado]²²⁴:

²²⁴ Derogado por la Circular IF/N° 159, de 12 de octubre de 2011.

Capítulo XI Envío a las COMPIN de los antecedentes de las Licencias Médicas²²⁵.

A) Establece procedimiento para el envío de información sobre las Licencias Médicas reducidas y rechazadas, según Ley 20585

En virtud de lo establecido en el Artículo 3°, inciso tercero, de la Ley N° 20.585, de 2012, del Ministerio de Salud, en caso que la Institución de Salud Previsional determine la reducción o rechazo de una licencia médica, deberá hacer llegar los antecedentes que fundamentan la decisión a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, quien podrá ratificar o denegar la modificación de la licencia médica.

1. Envío de la información.

La ISAPRE deberá remitir a la COMPIN o Subcomisión, correspondiente al domicilio que el cotizante haya fijado en el contrato de salud, a través de la Plataforma Informática disponible en la página web <https://isa.milicenciamedica.cl/>, conforme al Anexo “Instructivo para usuario de ISAPRE”, la siguiente información en relación a las licencias médicas reducidas y rechazadas:

- 1) Copia digitalizada por ambos lados de la licencia médica o de la licencia médica electrónica con el diagnóstico médico incluido y el fundamento de la decisión.
- 2) Copia digitalizada de los documentos y antecedentes relevantes que respalden la decisión de la contraloría médica de la ISAPRE, en caso de que éstos existan.

Para estos efectos, la Plataforma Informática considera un sistema de integración basado en la interoperabilidad a través de Web Service (WS) entre los sistemas de las ISAPRES y COMPIN. Como alternativa a éste, se dispone de una herramienta de digitación directa.

2. Periodicidad.

Los antecedentes indicados en el número 1 anterior deberán ser ingresados por las ISAPRES en la Plataforma Informática dentro del plazo de 3 días hábiles²²⁶, contados desde la notificación al trabajador de la reducción o rechazo de la licencia médica, según instructivo contenido en Anexo.

3. Resolución COMPIN

La COMPIN o Subcomisión deberá emitir una resolución escrita dentro del plazo de 10 días hábiles no fatales, contados desde la fecha de ingreso de la licencia médica a la Plataforma Informática por parte de la ISAPRE, ratificando o denegando lo obrado por la Institución de Salud Previsional, decisión que quedará disponible en la referida Plataforma para su cumplimiento.

²²⁵ Capítulo modificado por Circular conjunta con la Subsecretaría de Salud Pública IF/N° 366, de 12.08.2020, con vigencia a partir del 01.09.2020. Sin perjuicio del plazo de implementación establecido en las Resoluciones Exentas IF/N°828, de 16.11.2020 e IF/N°16 de 19.01.2021.

²²⁶ Plazo modificado a contar del 1.1.2021.

4. Obligatoriedad de las Resoluciones de la COMPIN

Las ISAPRES deberán dar cumplimiento a lo dispuesto por la COMPIN y Subcomisiones, a todo evento, modificando el pronunciamiento en los casos que corresponda, en el plazo y condiciones que se establezcan en la resolución. El plazo se contará desde el día siguiente a la fecha en que la resolución de la COMPIN se publique en la plataforma.

B) Establece procedimiento para el envío a las COMPIN de los antecedentes sobre las licencias médicas, en conformidad con el Decreto N°3, de 1984, del Ministerio de Salud

PROCEDIMIENTO

Las isapres deberán enviar información de todas las licencias médicas de las cuales se pronuncien, mediante la plataforma destinada para tal efecto. Asimismo, la COMPIN notificará, a través de dicha plataforma, la existencia de un reclamo y solicitará a la isapre antecedentes que respalden su pronunciamiento.

1. Envío de la información.

La isapre deberá remitir a la COMPIN o Subcomisión correspondiente al domicilio que el cotizante haya fijado en el contrato de salud, a través de la plataforma informática disponible en la página web <https://isa.milicenciamedica.cl>, conforme al Anexo “Instructivo para usuarios de ISAPRE”, la siguiente información:

- a) Los datos básicos de todas las licencias médicas resueltas (aprobadas, rechazadas y modificadas) en formulario papel o en forma electrónica, señalados en el Anexo sección 5.1.2.

Plazo: Dichos antecedentes deben ser ingresados por la isapre en la plataforma el día hábil siguiente de notificado el pronunciamiento al trabajador. Estos antecedentes se dispondrán en la plataforma al cotizante para identificar correctamente la licencia a reclamar, isapre y Compin correspondiente.

Los datos básicos son:

RUN cotizante, tipo de formulario, folio licencia, tipo de licencia, número de días otorgados, fecha de emisión, fecha inicio de reposo, comuna, Compin competente, RUT profesional, fecha de resolución, días autorizados, resolución isapre, diagnóstico Cie10, causal de rechazo, continuidad.

- b) Respecto de las licencias médicas de beneficiarios de isapres reclamadas en la COMPIN:

- i) Copia digitalizada por ambos lados de la licencia médica, emitida en formulario papel o en forma electrónica, con el diagnóstico médico incluido y fundamento del pronunciamiento de la licencia médica reclamada.

- ii) Copia digitalizada de documentos y antecedentes relevantes que respalden el pronunciamiento de la contraloría médica de la isapre, en caso de tenerlos.

- iii) Copia digitalizada de la base de cálculo del subsidio de incapacidad laboral, de requerirse ésta.

Plazo: Dichos antecedentes deben ser ingresados por la isapre en la plataforma, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes a la comunicación recibida desde la Compin acerca de la presentación del reclamo de la licencia, bajo apercibimiento que, en caso que la isapre respectiva no presente los antecedentes en el plazo indicado, la Compin se pronunciará únicamente con la información disponible.

2. Resolución COMPIN.

Una vez remitidos los antecedentes indicados en el punto II.1.b precedente a través de la plataforma informática, la COMPIN o Subcomisión correspondiente al domicilio que el cotizante haya fijado en el contrato de salud, emitirá dentro del plazo de 10 (diez) días hábiles no fatales, contados desde la fecha de ingreso del reclamo de la licencia médica a la plataforma informática por parte del cotizante de la isapre, una resolución escrita, Acogiendo, Acogiendo Parcialmente o Rechazando el reclamo interpuesto por el trabajador. Dicha resolución será notificada mediante servicio web a la isapre y quedará disponible en la plataforma para su cumplimiento.

3. Obligatoriedad de las Resoluciones COMPIN.

Las isapres deberán dar cumplimiento a lo dispuesto por la COMPIN y Subcomisiones, modificando el pronunciamiento en los casos que corresponda y cuando se ordene, pagar el correspondiente subsidio, en caso de cumplir con los requisitos de dicho beneficio, en un plazo no mayor a 7 (siete) días hábiles.

ANEXO

INSTRUCTIVO PARA USUARIO DE ISAPRE

INGRESO DE LICENCIAS MÉDICAS MODIFICADAS, CONSULTAS DE DICTAMENES, INGRESO RESPUESTA CONTRA RECLAMO POR DECRETO SUPREMO N°3 Y CONSULTAS DE NOTIFICACIONES EN EL SISTEMA DE INTEGRACIÓN ENTRE ISAPRES/COMPIN

TABLA DE CONTENIDOS

1	DESCRIPCIÓN DE LA PLATAFORMA DE ENVÍO Y TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES DE LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.	376
2	ACCESO A LA PLATAFORMA DE ENVÍO, TRAMITACIÓN Y RECLAMOS CONTRA LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.	380
2.1	PANTALLA DE INGRESO.....	380
2.2	CONTRASEÑA	381
2.3	MENÚ DE INICIO ASOCIADOS AL ROL ISAPRE.-	383
•	<i>Menú (ISAPRE) Las opciones se presentan en:</i>	<i>384</i>
•	<i>Información del Usuario conectado.....</i>	<i>385</i>
3	PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE LICENCIAS MÉDICAS Y ANTECEDENTES.....	386
3.1	PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN.....	388
3.1.1	<i>Web Services envió información LM.....</i>	<i>388</i>
3.1.2	<i>Web Services Consulta de Eventos Asociados LM.....</i>	<i>392</i>
3.1.3	<i>WEB SERVICES CONSULTA DE DICTAMEN LM MODIFICADA.</i>	<i>394</i>
3.1.4	<i>WEB SERVICES NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN LM MODIFICADA.....</i>	<i>395</i>
3.2	WEB SERVICE DE SISTEMA	398
3.3	WEB SERVICE DE ISAPRE	402
4	OPCIÓN DE DIGITACIÓN PARA ENVÍO DE LM MODIFICADAS DE LAS ISAPRES.....	405

ANEXO

4.1.1	Filtros Generales.....	406
4.1.2	Filtro Lista.....	407
4.1.3	Filtro por columnas	407
4.1.4	Agregar una LM modificada por la Isapre.	407
4.1.5	Sección Datos de la Licencia.....	409
4.1.6	Sección Identificación del Cotizante.....	409
4.1.7	Sección Datos Profesional	410
4.1.8	Sección Datos Resolución	411
4.1.9	Sección Documentos adjuntos (Documentos Fundantes).....	412
4.1.10	Validación de los datos digitados	415
4.1.11	Editar la LM digitada.....	417
4.1.12	Eliminar la LM digitada.....	417
4.1.13	Enviar a Tramitación Contraloría.....	417
4.2	CONSULTA DICTAMEN.....	419
4.2.1	Filtros Generales.....	420
4.2.2	Filtro Lista.....	420
4.2.3	Filtro por columnas	421
4.2.4	Consultar LM Modificada 	421
4.2.5	VISUALIZAR DICTAMEN 	421
5	PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS CONTRA ISAPRE Y ENVÍO DE ANTECEDENTES DE LAS LICENCIAS MÉDICAS	423
5.1	PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN NOTIFICACIÓN Y RESPUESTA A RECLAMO DS3	425
5.1.1	Web Services para suscripción de notificaciones de ISAPRE.....	425
5.1.2	Web Services envío información básica LM.....	426
5.1.3	Web Services para Notificación Isapre	428
5.1.4	Web Services Solicitud de Información Reclamo.....	431
5.1.5	Web Services Notificación de Dictamen Reclamo contra ISAPRE.....	432
5.1.6	Web Services Consulta estado de Tramite Reclamo contra ISAPRE	433
5.1.7	Web Services de registro de antecedentes adicionales de reclamo contra ISAPRE.....	435
5.1.8	Web Services consulta estado de dictamen de reclamo contra ISAPRE	437
5.2	WEB SERVICES DE SISTEMA DE RECLAMO	440
5.2.1	WEB SERVICE DE ISAPRE	440
5.2.2	WEB SERVICE DE COMPIN.....	444
6	FUNCIONALIDADES DE SISTEMA ISAPRE/COMPIN DS3	451
6.1	OPCIÓN DE ENVÍO DE ANTECEDENTES CONTRA RECLAMOS LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.	451
6.1.1	Filtros Generales.....	452
6.1.2	Filtro Lista.....	453
6.1.3	Filtro por columnas	453
6.1.4	Enviar a Tramitación Contraloría.....	458
6.2	CONSULTA RECLAMO DS3	459
6.2.1	Filtros Generales.....	460
6.2.2	Filtro Lista.....	461
6.2.3	Filtro por columnas	461

6.2.4	Añadir antecedentes adicionales 	461
6.2.5	Consultar LM reclamada 	461
6.2.6	VISUALIZAR DICTAMEN 	462
7	GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS	464
7.1	TÉRMINOS	464
7.2	ABREVIATURAS	464

1 DESCRIPCIÓN DE LA PLATAFORMA DE ENVÍO Y TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES DE LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.

Este instructivo está enmarcado en el desarrollo de un sistema de Integración entre ISAPRES/COMPIN/SC, para la tramitación de licencias médicas modificadas de Isapre y de los reclamos de cotizantes ISAPRE denominado “Sistema Integrado de LM ISAPRE”, de acuerdo al Marco Legal del DS N° 3 de 1984 y de la Ley 20.585 que señalan lo siguiente:

- Ley 20585: Sobre otorgamiento y uso de Licencias Médicas. Ministerio de Salud. Fecha de Publicación y vigencia 11/05/2012.
 - Artículo 1°. La presente ley tiene por objeto establecer regulaciones que permitan asegurar el otorgamiento, uso correcto de la licencia médica y una adecuada protección al cotizante y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, mediante la aplicación de medidas de control y fiscalización, y de sanciones respecto de las conductas fraudulentas, ilegales o abusivas relacionadas con dicho instrumento.
 - Artículo 3° (Inciso 3). En caso que la Institución de Salud Previsional determine la reducción o rechazo de una licencia médica, deberá remitir los antecedentes que fundamentan la decisión a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, quien podrá ratificar o denegar la modificación de la licencia médica.
- Decreto N°3.: APRUEBA REGLAMENTO DE AUTORIZACION DE LICENCIAS MEDICAS POR LAS COMPIN E INSTITUCIONES DE SALUD Fecha de Publicación y vigencia 04/01/1984.
 - Artículo 39°. - En caso que una ISAPRE rechace o modifique la licencia médica, el trabajador, o sus cargas familiares podrán recurrir ante la Compin que corresponda. El mismo derecho tendrá el empleador respecto de las licencias médicas que hayan autorizado las ISAPRE, cuando estime que dichas licencias no han debido otorgarse o sean otorgadas por un período superior al necesario.
 - Artículo 42.- Recibido el reclamo la Compin requerirá informe a la Isapre reclamada remitiéndole copia del reclamo. La Isapre deberá informar, a más tardar dentro de los tres primeros días hábiles siguientes al requerimiento. Transcurrido el plazo de 10 días hábiles, contados desde la fecha de presentación del reclamo, la Compin emitirá su resolución con o sin el informe de la Isapre reclamada.
 - Artículo 43°. - La Compin conocerá del reclamo en única instancia y su resolución será obligatoria para las partes. Ella se notificará al reclamante y a la ISAPRE para su cumplimiento en el plazo, condiciones y modalidades que fije la misma resolución. Copia de la resolución se enviará a la Superintendencia de Salud, para su conocimiento y efectos legales procedentes.
 - Artículo 45°. - Corresponderá a la Superintendencia de Salud de acuerdo a sus atribuciones velar por la correcta aplicación por parte de las ISAPRE del presente reglamento y fiscalizar la forma como ellas hacen uso de la facultad de autorizar las licencias médicas que se someten a su trámite.
 - Artículo 47°. - Los trabajadores o sus cargas de familia, que consideren que el monto del subsidio por licencia médica obtenido de la ISAPRE es inferior a lo establecido en la ley N° 18.469, podrán reclamar ante la Compin correspondiente al domicilio que el trabajador haya fijado en el contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 35 de la ley N° 18.933.
 - El reclamo deberá ser presentado por escrito, detallando su naturaleza, acompañado del formulario de licencia, de la liquidación del subsidio, del contrato celebrado con la

ANEXO

ISAPRE y de los otros antecedentes que se estimen pertinentes.

- El trabajador tendrá un plazo de quince días hábiles, contados desde la fecha del rechazo de cancelación del subsidio o de su pago insuficiente, para elevar el reclamo ante la Compín.

Las funcionalidades asociadas a los usuarios de las ISAPRES que se explican en el instructivo son las siguientes:

- Integración vía Web Service ISAPRE/Compín

El esquema de operación a implementar para la automatización del proceso de traspaso de la información de las Licencias Médicas reclamadas en COMPIN con las ISAPRE considera la implementación y utilización de un sistema de integración basada en la interoperabilidad a través de Web Service (WS) entre los sistemas de ambas instituciones. COMPIN publica su WS en <https://isa.milicenciamedica.cl/wsminsal/Wsminsallicmod?wsdl> para ser consumido desde la aplicación de la ISAPRE, cuyo uso tiene como objetivo principal enviar los antecedentes asociados a una licencia reclamada para que sea Acogida o Rechazada por parte del COMPIN/SC de acuerdo con lo definido en la ley.

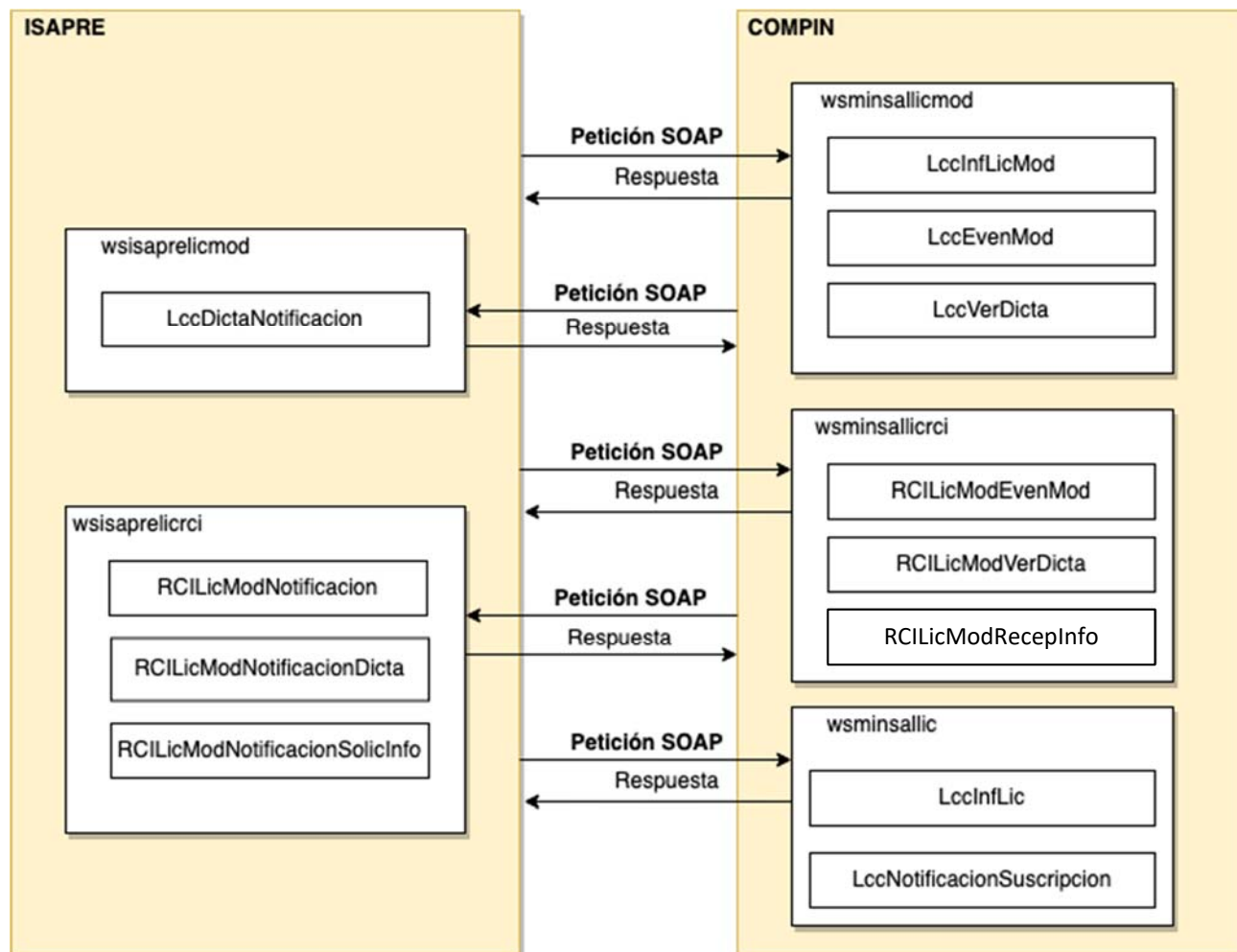
El uso del ws permitirá a las ISAPRE enviar la licencia médica y los antecedentes o documentos fundantes al sistema de COMPIN donde serán distribuidos a las unidades administrativas correspondientes; consultar el estado del trámite y; consultar el dictamen y visualizar la resolución de respuesta de COMPIN o Subcomisión, la cual incorpora Firma Electrónica Avanzada.

Registro de Licencia Médica	El objetivo del Web Service es informar los antecedentes básicos asociados a una Licencia Médica para ser potencialmente utilizados por el COMPIN.
Registro de Licencia Médica Modificada	El objetivo del Web Service es informar los antecedentes asociados a una licencia modificada para que sea ratificado o Denegado por parte de la COMPIN
Consulta de estado de trámite LM Modificada	El objetivo de este método publicado por Sistema ISA-201585 y consumidos por las Entidades Encargadas del Pago es informar todos los Eventos que se han registrado en la fecha de Consulta.
Consulta de detalle de dictamen LM Modificada	El objetivo de este Web Service publicado por el sistema ISA-201585 y consumido por las ISAPRES es entregar el detalle del dictamen emitido por la COMPIN/SC y el documento firmado digitalmente.
Consulta de estado de trámite de reclamo	Este esquema debe estar disponible para que la ISAPRE consulte el estado de los trámites de reclamo (RCI) y recurso de reposición (RR RCI) que tiene vinculados. Los estados visibles para las ISAPRE son "En trámite", cualquier estado diferente a "Finalizado".
Registro de antecedentes adicionales para reclamo	El objetivo de este Web Service publicado por el sistema ISA-20585 y consumido por las ISAPRES es entregar antecedentes adicionales a un reclamo ingresado por un cotizante.
Consulta de detalle de dictamen de reclamo	El objetivo de este Web Service publicado por el sistema ISA-201585 y consumido por las ISAPRES es entregar el detalle del dictamen de reclamos (RCI o RR RCI) emitido por la COMPIN/SC y el documento firmado digitalmente.

Por su parte las ISAPRE disponibilizará sus propios WS para la recepción de notificaciones relevantes provenientes desde el COMPIN.

Notificación de Dictamen LM	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir el detalle del dictamen de una licencia médica modificada (LMM) emitido por la COMPIN/SC inmediatamente luego de ser firmado digitalmente.
Notificación a la ISAPRE sobre los reclamos presentados	El objetivo de este Web Service publicado las ISAPREs es recibir la notificación de que existe un reclamo presentado por el cotizante en COMPIN por Decreto Supremo N°3.
Notificación de Dictamen LM Reclamada.	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir el detalle del dictamen de un reclamo contra ISAPRE (RCI) o un recurso de reposición de RCI (RR RCI) emitido por la COMPIN/SC inmediatamente luego de ser firmado digitalmente.
Notificación de solicitud de Información para reclamo	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir la notificación de la solicitud de envío de antecedentes con lo que la Isapre dio sustento a la modificación de la Licencia Médica del Cotizante.

El siguiente diagrama resume la interacción entre ISAPRE y COMPIN realizadas a través de los servicios web (WS):



2 ACCESO A LA PLATAFORMA DE ENVÍO, TRAMITACIÓN Y RECLAMOS CONTRA LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.

2.1 PANTALLA DE INGRESO

La funcionalidad presenta como los usuarios de las ISAPRE acceden al Sistema LM Isapre.

La pantalla de ingreso es la siguiente:

SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
Departamento de Coordinación Nacional COMPIN

Acceso al sistema

INGRESE SUS CREDENCIALES

Ingresar

[¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?](#)

Mac Iver 541, Santiago, Chile - Teléfono: (+56 2) 2 5740 100

Seguridad de la información | HTML5 | CSS 3

Para ingresar al sistema se debe ingresar el usuario y contraseña



: Se ingresa el usuario del sistema.



: Se ingresa la contraseña del sistema.



: Opción de visualización de contraseña.

Nota: La creación de los usuarios está definido por los administradores del sistema quienes otorgarán dichas credenciales.

Botones	Descripción
	Al presionar este botón se accede al sistema una vez digitado los datos de usuario y contraseña.

Consideraciones:

2.2 CONTRASEÑA

En caso de olvidar su contraseña se debe presionar el botón ¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA? Y el sistema preguntará por la pregunta secreta:

SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN

Departamento

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Acceso al sistema

Recuperación de contraseña

PREGUNTA SECRETA: Primera mascota

RESPUESTA: Respuesta

Enviar Volver

77777777-7

Ingresar

¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?

Si la respuesta es válida el sistema LM Modificadas entrega una contraseña por pantalla sin fecha de expiración

SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN

Departamento

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Acceso al sistema

Reseteo de Contraseña

Su nueva contraseña es 1227

Cerrar

INGRESE SUS CREDENCIALES

77777777-7

Ingresar

¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?

En caso de que se requiera cambiar la contraseña (se solicitará el cambio la primera vez que se conecte a la aplicación), el sistema le mostrará una ayuda sensible con los requisitos de la nueva contraseña)

The screenshot shows a web interface for changing a password. The main form has the following fields: RUN, CONTRASEÑA(*) (password), REPITA LA CONTRASEÑA (confirm password), PREGUNTA SECRETA (Secret Question: Primera mascota), and RESPUESTA (Answer). A 'Requisitos Contraseña' (Password Requirements) box lists: Al menos una minúscula, Al menos una mayúscula, Al menos un número, and Debe contener 8 caracteres. There are 'Guardar' (Save) and 'Cancelar' (Cancel) buttons. A link for '¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?' (Forgot your password?) is also visible.

Las preguntas secretas definidas son:

- Primera Mascota
- Color Favorito
- Segundo Apellido de la madre

El botón **Guardar** registra los antecedentes ingresados dejando los antecedentes precargados en la pantalla de ingreso.

El botón **Cancelar** se vuelve a la pantalla anterior.

Si la respuesta es inválida existe la alternativa de solicitar la clave al administrador del sistema.

2.3 MENÚ DE INICIO ASOCIADOS AL ROL ISAPRE.-

Al ingresar al sistema, se mostrará la pantalla de inicio desplegando en la barra de tareas, las opciones de Menú a seleccionar conforme al rol asociado al usuario conectado (ISAPRE).



En la barra de tarea, es posible distinguir 4 secciones, las cuales se describen a continuación:

- **MENÚ (ISAPRE)**

LAS OPCIONES SE PRESENTAN EN:

- **Digitación modificación LM:** Accede a la funcionalidad de ingreso manual de las LM Modificadas de las ISAPREs
- **Consulta Dictamen Modificación:** Accede a la funcionalidad para consultar el estado de trámite de las LM modificadas de las isapres.
- **Envío de Ant. Reclamo DS3:** Accede a la funcionalidad de ingreso manual del envío de antecedentes de las licencias reclamadas por los beneficiarios en las COMPIN.
- **Consulta reclamo:** Accede a la funcionalidad de consultar el histórico de notificaciones enviadas hacia la Isapre y el estado actual.

- **INFORMACIÓN DEL USUARIO CONECTADO**



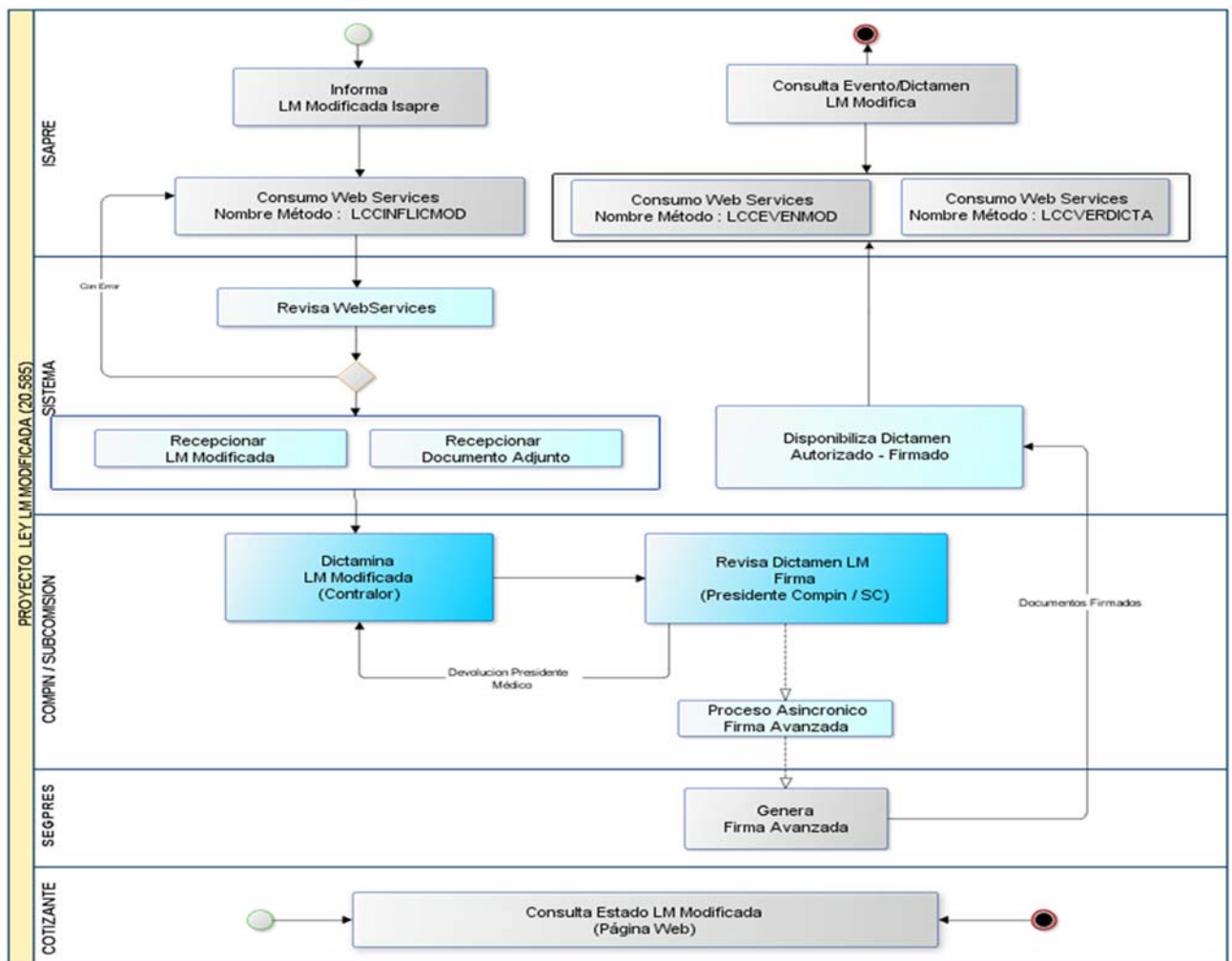
Esta sección muestra:

- El nombre del usuario ()
- Botón de cambio de contraseña () ([ver 2.1.1](#))

3 PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE LICENCIAS MÉDICAS Y ANTECEDENTES

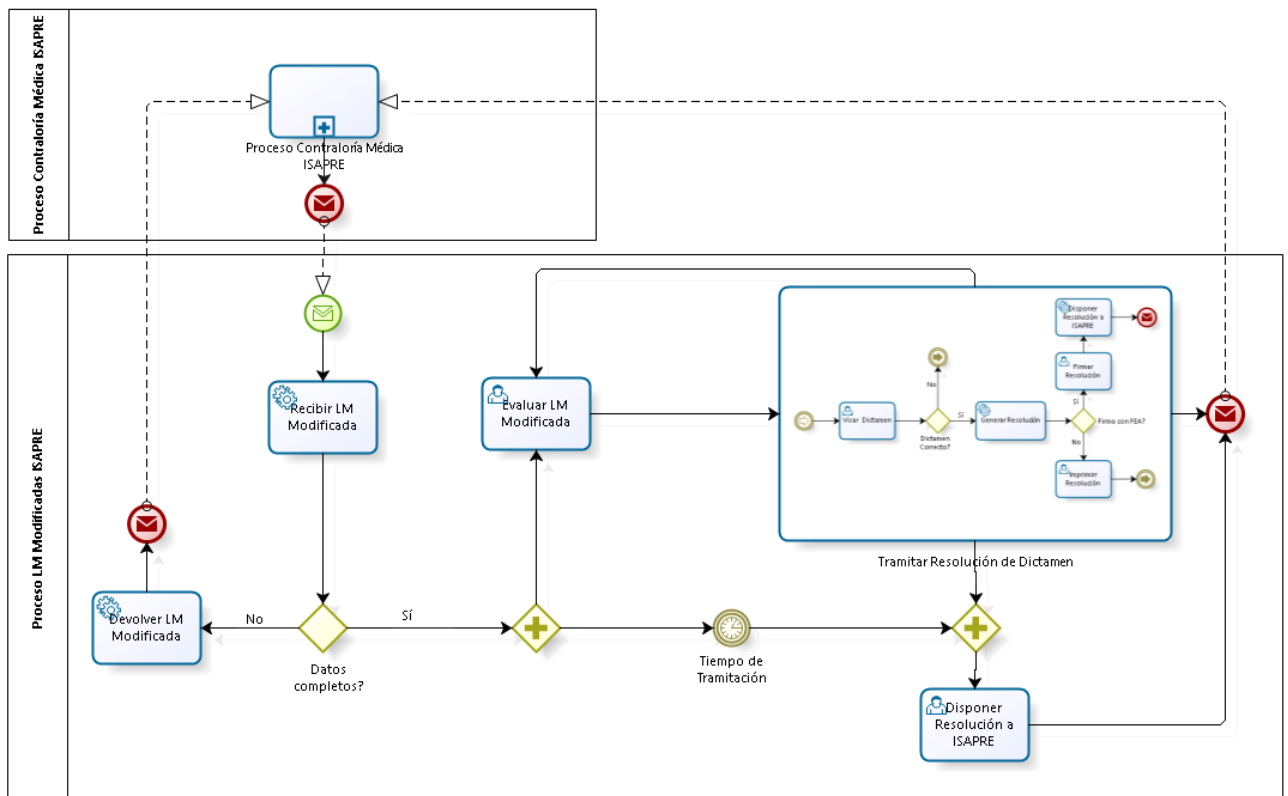
Para el envío electrónico de la información que las ISAPREs deben hacer llegar a la COMPIN o Subcomisión (CPMPIN/SC) en relación a las licencias médicas reducidas o rechazadas, se definió un modelo que permite apoyar electrónicamente el proceso de revisión, resolución y entrega de los Dictámenes sobre los rechazos y reducciones de las Isapres, desde las COMPIN y las Subcomisiones, agilizando la resolución del proceso, mantener la información completa de los trámites por reducción y rechazo de licencias médicas por parte de las ISAPRES y generar reportes estructurados sobre el proceso, para la evaluación y toma de decisiones.

El siguiente diagrama describe el proceso definido, en el cual se hace referencia a los elementos de integración requeridos.

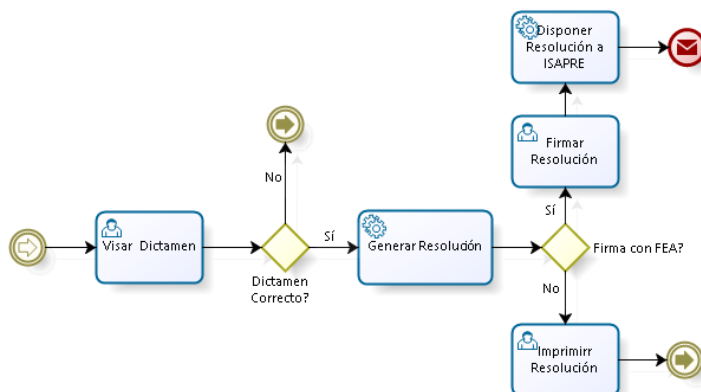


Para el proceso expuesto en el diagrama anterior se contemplan las siguientes integraciones, las cuales se describen en el presente documento:

- Proceso de intercambio de información automatizado entre ISAPRES y COMPIN.
- Generación de Trazabilidad de Licencias Médicas modificadas: Eventos, Fechas, Responsables.
- Funcionalidad para Evaluación de Licencias Unidad, Contraloría COMPIN / SC.
- Funcionalidad para Tramitación de Resolución de Dictámenes
- Funcionalidad para comunicar resoluciones a ISAPRES.
- Funcionalidad para disponibilizar Resoluciones.
- Generación de Información del Proceso



Proceso de Resolución de Licencias Médicas Modificadas por ISAPRE



Sub Proceso de Firma de Dictamen

PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN

3.1.1 WEB SERVICES ENVIÓ INFORMACIÓN LM.

Nombre Método: LCCINFLICMOD

Contenido Datos de Entrada

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Asignado por MINSAL
Clave	Char(30)	Input	Asignada por MINSAL
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio Licencia Medica
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1:Publico 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
NumCedTra	Num(10)	Input	Numero Cedula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Digito Verificador Cedula Trabajador
ApellidoPaterno	Char(120)	Input	Apellido Paterno Trabajador
ApellidoMaterno	Char(120)	Input	Apellido Materno Trabajador
NombreTrabajador	Char(150)	Input	Nombre del Trabajador
EdadTrabajador	Num(03)	Input	Edad del Trabajador
SexoTrabajador	Char(2)	Input	Los valores posibles son: 01: Hombre

			02: Mujer 03: Intersex (Indeterminado) 99: Desconocido
Mail	Char(100)	Input	Mail del Trabajador
Celular	Num(10)	Input	Numero Celular Trabajador
Fono	Num(10)	Input	Numero teléfono Fijo Trabajador
FechaEmision	Date	Input	Fecha de Emisión de la Licencia
FechaInicioReposo	Date	Input	Fecha Inicio de Reposo Otorgado
DiasOtorgados	Num(03)	Input	Días Otorgados
NumCedMed	Num(10)	Input	Numero Cedula Medico Emisor LCC
DigCedMed	Char(01)	Input	Digito Verificador Cedula Medico Emisor LCC
PaternoMedico	Char(120)	Input	Apellido Paterno Medico
MaternoMedico	Char(120)	Input	Apellido Materno Medico
NombreMedico	Char(150)	Input	Nombre del Medico
ProfMedico	Num(02)	Input	Profesión Medico 1:Medico 2:Dentista 3:Matrona
FecResoluc	Date	Input	Fecha Resolución LCC x Isapre
TipoLmeResuelta	Num(02)	Input	1:Enfermedad o accidente común 3:Licencia maternal pre y post natal 4:Enfermedad grave niño menor de 1 año 7:Patología del Embarazo
DiasAutorizados	Num(03)	Input	Días Autorizados de la licencia
FecAutdesde	Date	Input	Fecha Autorización desde
FecAutHasta	date	Input	Fecha Autorización Hasta
TipResolución	Num(02)	Input	Resolución de la Licencia de acuerdo a tabla legal 2:Rechácese 4:Redúcese
PrimeContinua	Num(02)	Input	Si la Licencia es primera o continuación 1 = Primera 2 = Continuación
CodCausaRechazo	Num(02)	Input	Causa de Rechazo según tabla legal

			1:Reposo injustificado 2:Diagnóstico irre recuperable 3:Fuera de Plazo 4:Incumplimiento reposo 5:Otro
GloCausaRechazo	Char(500)	Input	Otra Causa de Modificación o Rechazo
CodComuna	Char(05)	Input	Código Comuna Contrato del Trabajador
CodCie10	Char(10)	Input	(Opcional) Código de diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
DescDiag	Char(250)	Input	(Opcional) Descripción de diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
DctoFundante	Lista	Input	Lista de documentos fundantes

La variable DctoFundante contiene el detalle de los documentos que fundamentan la resolución por parte de la Isapre.

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
TipDcto	Num(03)	Input	Tipo Documento Fundante
DctoFund	base64Binar y	Input	Documento codificado en base64 de acuerdo a contenido con imagen del documento

Contenido de la Respuesta

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0:Sin error. 1:Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

Nota: Cuando sea consumido por la Isapre y el web services esté correctamente informado, el sistema grabará el registro de la LM Modificada con la fecha de recepción al día siguiente del consumo y en estado del evento de la tramitación de Licencia “Asignada al COMPIN/SC”.

XML de ejemplo de solicitud:

```
<s11:Envelope xmlns:s11='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <s11:Body>
    <ns1:LccInfLicModRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminsalllicmod/'>
      <Codigolsapre>?999?</Codigolsapre>
      <Usuario>?999?</Usuario>
      <Clave>?XXX?</Clave>
      <NumLicencia>?999?</NumLicencia>
      <TipFormu>?999?</TipFormu>
      <NumCedTra>?999?</NumCedTra>
      <DigCedTra>?XXX?</DigCedTra>
      <ApellidoPaterno>?XXX?</ApellidoPaterno>
      <ApellidoMaterno>?XXX?</ApellidoMaterno>
      <NombreTrabajador>?XXX?</NombreTrabajador>
      <EdadTrabajador>?999?</EdadTrabajador>
      <SexoTrabajador>?999?</SexoTrabajador>
      <Mail>?XXX?</Mail>
      <Celular>?999?</Celular>
      <Fono>?999?</Fono>
      <FechaEmision>2008-12-31</FechaEmision>
      <FechaInicioReposo>2008-12-31</FechaInicioReposo>
      <DiasOtorgados>?999?</DiasOtorgados>
      <NumCedMed>?999?</NumCedMed>
      <DigCedMed>?XXX?</DigCedMed>
      <PaternoMedico>?XXX?</PaternoMedico>
      <MaternoMedico>?XXX?</MaternoMedico>
      <NombreMedico>?XXX?</NombreMedico>
      <ProfMedico>?999?</ProfMedico>
      <FecResoluc>2008-12-31</FecResoluc>
      <TipoLmeResuelta>?999?</TipoLmeResuelta>
      <DiasAutorizados>?999?</DiasAutorizados>
      <FecAutDesde>2008-12-31</FecAutDesde>
    </ns1:LccInfLicModRequest>
  </s11:Body>
</s11:Envelope>
```

```

<FecAutHasta>2008-12-31</FecAutHasta>
<TipResolucion>?999?</TipResolucion>
<PrimeContinua>?999?</PrimeContinua>
<CodCausaRechazo>?999?</CodCausaRechazo>
<GloCausaRechazo>?XXX?</GloCausaRechazo>
<CodComuna>?XXX?</CodComuna>
<CodCie10>?XXX?</CodCie10>
<DescDiag>?XXX?</DescDiag>
<ListaDctofundante>
  <Dctofundante>
    <TipDcto>?999?</TipDcto>
    <DctoFund>?XXX?</DctoFund>
  </Dctofundante>
</ListaDctofundante>
</ns1:LccInfLicModRequest>
</s11:Body>
</s11:Envelope>
    
```

3.1.2 WEB SERVICES CONSULTA DE EVENTOS ASOCIADOS LM.

Nombre Método: LCCEVENMOD

Propósito	Web Services Consulta de Eventos Asociados LM.		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por Sistema Isa20585 y consumidos por las Isapres es informar todos los Eventos que se han registrado en la fecha de Consulta para licencias modificadas.		
<u>Web Services Consulta de Eventos Asociados LM</u>			
Nombre Método : LCCEVENMOD			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Asignado por COMPIN/SC
Clave	Char(30)	Input	Asignada por COMPIN/SC
FecDesde	Date	Input	Fecha Desde consulta.
FecHasta	Date	Input	Fecha Hasta Consulta.

Contenido de la Respuesta			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0:Sin error. 1>Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado
ListaEvenLCC	Lista	Output	
La variable ListaEvenLCC contiene el listado de las los Eventos que afectaron a las Licencias Modificadas.			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
NumLicencia	Num(10)	Output	Folio LME parte Numérica
TipoFormu	Num(01)	Output	Tipo Formulario 1:Publico 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
NumCedTra	Num(10)	Output	Número Cédula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Output	Digito Verificador Cédula Trabajador
FecEve	Date	Output	Fecha del Evento
CodEvento	Num(01)	Output	Código del Evento

XML de ejemplo de solicitud:

```
<s11:Envelope xmlns:s11='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <s11:Body>
    <ns1:LccEvenModRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminsalllicmod/'>
      <Codigolsapre>?999?</Codigolsapre>
      <Usuario>?999?</Usuario>
      <Clave>?XXX?</Clave>
      <FecDesde>2008-12-31</FecDesde>
      <FecHasta>2008-12-31</FecHasta>
    </ns1:LccEvenModRequest>
  </s11:Body>
</s11:Envelope>
```

</s11:Envelope>

3.1.3 WEB SERVICES CONSULTA DE DICTAMEN LM MODIFICADA.

Nombre Método: LCCVERDICTA

Propósito	Web Services Consulta de Dictamen LM Modificada.		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por Sistema Isa20585 y consumidos por las Isapres es informar el detalle del Dictamen emitido por la COMPIN/SC.		
<u>Web Services Consulta de Dictamen LM Modificada.</u>			
Nombre Método : LCCVERDICTA			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Asignado por COMPIN/SC
Clave	Char(30)	Input	Asignada por COMPIN/SC
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
NumCedTra	Num(10)	Input	Número cédula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito Verificador Cédula Trabajador
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1:Público 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
Contenido de la Respuesta			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0:Sin error. 1>Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado
NumCedTra	Num(10)	Output	Número Cédula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Output	Digito Verificador Cédula Trabajador

NumResol	Num(12)	Output	Número de Resolución
FecResol	Date	Output	Fecha de Resolución
CodCompin	Num(05)	Output	Código COMPIN/SC
Dictamen	Num(01)	Output	1:Ratifica 2:Deniega 3:No se Pronuncia
FecPago	Date	Output	Plazo Máximo de Pago en caso de Deniega
DctoDictamen	base64Binary	Output	Certificado PDF del Dictamen codificado en base64

XML de ejemplo de solicitud:

```
<Envelope xmlns='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <Body>
    <ns1:LccVerDictaRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminalslicmod/'>
      <Codigolsapre>?999?</Codigolsapre>
      <Usuario>?999?</Usuario>
      <Clave>?XXX?</Clave>
      <NumLicencia>?999?</NumLicencia>
      <NumCedTra>?999?</ NumCedTra >
      <DigCedTra>?XXX?</ DigCedTra >
      <TipoFormu>?999?</TipoFormu>
    </ns1:LccVerDictaRequest>
  </Body>
</Envelope>
```

3.1.4 WEB SERVICES NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN LM MODIFICADA.

Nombre Método: LCCDICTANOTIFICACION

Propósito	Web Services de notificación de dictamen de LM Modificada
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir el detalle del dictamen de una licencia médica modificada (LMM) emitido por la COMPIN/SC inmediatamente luego de ser firmado digitalmente.
Web Services Notificación de Dictamen LM Modificada.	

Nombre Método: LCCDICTANOTIFICACION			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Token	Char(32)	Input	Identificador único de validacion de origen, asignado por el COMPIN/SC
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1:Público 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
NumCedTra	Num(10)	Input	Número Cédula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito Verificador Cédula Trabajador
NumResol	Num(12)	Input	Número de Resolución
FecResol	Date	Input	Fecha de Resolución
CodCompin	Num(05)	Input	Código COMPIN/SC
Dictamen	Num(01)	Input	1:Deniega 2:Ratifica 3:No se Pronuncia
FecPago	Date	Input	Plazo Máximo de Pago en caso de Deniega
DctoDictamen	base64Binary	Input	Certificado PDF del Dictamen codificado en base64
Contenido de la Respuesta			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0:Sin error. 1>Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

3.2 WEB SERVICE DE SISTEMA

El Web Service disponible contiene los tres métodos descritos en las fichas anteriores. A continuación, se muestra la definición del WSDL disponible en la URL:

<https://isa.milicenciamedica.cl/wsminal/Wsminallicmod?wsdl>

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?><wsdl:definitions
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
  xmlns:tns="http://www.example.org/Wsminallicmod/"
xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
  xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" name="Wsminallicmod"
  targetNamespace="http://www.example.org/Wsminallicmod/">
<wsdl:types>
  <xsd:schema targetNamespace="http://www.example.org/Wsminallicmod/">
    <!-- LccInfLicMod -->
    <xsd:element name="LccInfLicModRequest">
      <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
          <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipFormu" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="ApellidoPaterno" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="ApellidoMaterno" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="NombreTrabajador" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="EdadTrabajador" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="SexoTrabajador" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Mail" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="Celular" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Fono" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FechaEmision" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="FechaInicioReposo" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="DiasOtorgados" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="NumCedMed" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="DigCedMed" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="PaternoMedico" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="MaternoMedico" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="NombreMedico" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="ProfMedico" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FecResoluc" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="TipoLmeResuelta" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="DiasAutorizados" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FecAutDesde" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="FecAutHasta" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="TipResolucion" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="PrimeContinua" type="xsd:int"/>
        </xsd:sequence>
      </xsd:complexType>
    </xsd:element>
  </xsd:schema>
</wsdl:types>
```

```

        <xsd:element name="CodCausaRechazo" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="GloCausaRechazo" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="CodComuna" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="ListaDctofundante" type="tns:ArrayOfListaDctofundante"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:complexType name="ArrayOfListaDctofundante">
    <xsd:sequence>
        <xsd:element minOccurs="1" maxOccurs="unbounded" name="Dctofundante"
type="tns:ListaDctofundanteEntity"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>
<xsd:complexType name="ListaDctofundanteEntity">
    <xsd:sequence>
        <xsd:element name="TipDcto" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="DctoFund" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>

<xsd:element name="LccInfLicModResponse">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>

<!-- LccEvenMod -->
<xsd:element name="LccEvenModRequest">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="CodigoIsapre" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="FecDesde" type="xsd:date"/>
            <xsd:element name="FecHasta" type="xsd:date"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="LccEvenModResponse">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="ListaEvenLcc" type="tns:ArrayOfListaEvenLcc"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>

```

```
</xsd:element>
<xsd:complexType name="ArrayOfListaEvenLcc">
  <xsd:sequence>
    <xsd:element minOccurs="0" maxOccurs="unbounded" name="EvenLcc"
type="tns:ListaEvenLccEntity"/>
  </xsd:sequence>
</xsd:complexType>
<xsd:complexType name="ListaEvenLccEntity">
  <xsd:sequence>
    <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
    <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
    <xsd:element name="TipoTramite" type="xsd:int"/>
    <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
    <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
    <xsd:element name="FecEve" type="xsd:dateTime"/>
    <xsd:element name="CodEvento" type="xsd:int"/>
  </xsd:sequence>
</xsd:complexType>

<!-- LccVerDicta -->
<xsd:element name="LccVerDictaRequest">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="LccVerDictaResponse">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="FecEnvio" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="NumResol" type="xsd:long"/>
      <xsd:element name="FecResol" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="CodCompin" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="Dictamen" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="FecPago" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="DctoDictamen" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
```



```
</xsd:element>
</xsd:schema>
</wsdl:types>

<wsdl:message name="LccInfLicModRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccInfLicModRequest" name="LccInfLicModRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccInfLicModResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccInfLicModResponse" name="LccInfLicModResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:message name="LccEvenModRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccEvenModRequest" name="LccEvenModRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccEvenModResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccEvenModResponse" name="LccEvenModResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:message name="LccVerDictaRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccVerDictaRequest" name="LccVerDictaRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccVerDictaResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccVerDictaResponse" name="LccVerDictaResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:portType name="Wsminsalllicmod">
  <wsdl:operation name="LccInfLicMod">
    <wsdl:documentation>Envío de antecedentes de licencias modificadas.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccInfLicModRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccInfLicModResponse" />
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="LccEvenMod">
    <wsdl:documentation>Consulta de eventos asociados a licencias modificadas.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccEvenModRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccEvenModResponse" />
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="LccVerDicta">
    <wsdl:documentation>Entrega de detalle de dictamen licencia modificada.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccVerDictaRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccVerDictaResponse" />
  </wsdl:operation>
</wsdl:portType>

<wsdl:binding name="WsminsalllicmodSOAP" type="tns:Wsminsalllicmod">
  <soap:binding transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
  <wsdl:operation name="LccInfLicMod">
    <soap:operation soapAction="urn:LccInfLicMod" style="document"/>
```

```
<wsdl:input>
  <soap:body use="literal" />
</wsdl:input>
<wsdl:output>
  <soap:body use="literal" />
</wsdl:output>
</wsdl:operation>

<wsdl:operation name="LccEvenMod">
  <soap:operation soapAction="urn:LccEvenMod" style="document"/>
  <wsdl:input>
    <soap:body use="literal" />
  </wsdl:input>
  <wsdl:output>
    <soap:body use="literal" />
  </wsdl:output>
</wsdl:operation>

<wsdl:operation name="LccVerDicta">
  <soap:operation soapAction="urn:LccVerDicta" style="document"/>
  <wsdl:input>
    <soap:body use="literal" />
  </wsdl:input>
  <wsdl:output>
    <soap:body use="literal" />
  </wsdl:output>
</wsdl:operation>
</wsdl:binding>

<wsdl:service name="Wsminsalllicmod">
  <wsdl:port binding="tns:WsminsalllicmodSOAP" name="WsminsalllicmodSOAP">
    <soap:address location="https://test20585.minsal.cl/desarrolloTide/wsminsall/Wsminsalllicmod" />
  </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>
```

3.3 WEB SERVICE DE ISAPRE

El web service contiene un método de los descritos en las fichas anteriores (3.1). A continuación, se muestra la definición del WSDL disponible en la URL:

<https://isa.milicenciamedica.cl/wsminsall/Wsisaprelicmod?wsdl>

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?><wsdl:definitions
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
  xmlns:tns="http://www.example.org/Wsisaprelicmod/"
xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
```

```

    xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" name="Wsisaprelimod"
    targetNamespace="http://www.example.org/Wsisaprelimod/">
<wsdl:types>
  <xsd:schema targetNamespace="http://www.example.org/Wsisaprelimod/">
    <!-- LccDictaNotificacion -->
    <xsd:element name="LccDictaNotificacionRequest">
      <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
          <xsd:element name="Token" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="NumResol" type="xsd:long"/>
          <xsd:element name="FecResol" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="CodCompin" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Dictamen" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FecPago" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="DctoDictamen" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="FecEnvio" type="xsd:date"/>
        </xsd:sequence>
      </xsd:complexType>
    </xsd:element>
    <xsd:element name="LccDictaNotificacionResponse">
      <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
          <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
        </xsd:sequence>
      </xsd:complexType>
    </xsd:element>
  </xsd:schema>
</wsdl:types>

<wsdl:message name="LccDictaNotificacionRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccDictaNotificacionRequest" name="LccDictaNotificacionRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccDictaNotificacionResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccDictaNotificacionResponse" name="LccDictaNotificacionResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:portType name="Wsisaprelimod">
  <wsdl:operation name="LccDictaNotificacion">
    <wsdl:documentation>Notificación de dictamen de licencia médica reclamada.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccDictaNotificacionRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccDictaNotificacionResponse" />
  </wsdl:operation>
</wsdl:portType>

```

```
<wsdl:binding name="WsisaprelicmodSOAP" type="tns:Wsisaprelicmod">
  <soap:binding transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
  <wsdl:operation name="LccDictaNotificacion">
    <soap:operation soapAction="urn:LccDictaNotificacion" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>
</wsdl:binding>

<wsdl:service name="Wsisaprelicmod">
  <wsdl:port binding="tns:WsisaprelicmodSOAP" name="WsisaprelicmodSOAP">
    <soap:address location="https://test20585.minsal.cl/desarrolloTide/wsminsal/Wsisaprelicmod" />
  </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>
```

4. OPCIÓN DE DIGITACIÓN PARA ENVÍO DE LM MODIFICADAS DE LAS ISAPRES

La opción permite al usuario la digitación manual de las LM Modificadas por las isapres y el correspondiente envío de dichas licencias.

Dependerá de los filtros utilizados por el usuario, las LM que se desplieguen.



SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
 Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▼
 CONSALUD
NEW-QA-ISAPRE SONDA
Cambiar contraseña
Salir

Ingreso Manual Licencias Modificadas

DATOS DE BÚSQUEDA

RUN PACIENTE

N° LICENCIA MÉDICA

RANGO DE FECHAS DE INGRESO
 a

ETAPA PROCESO

Buscar
Limpiar

LISTA DE LICENCIAS (Total de trámites: 2)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS

	N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	TL	FECHA INICIO	DÍAS OTORGADOS	DÍAS AUTORIZADOS	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
☐	1-1999901	99999999-9	ADMINISTRADOR QA-SONDA	1	04/04/2020	20	10	09/04/2020	Ingreso	
☐	1-1999990	88888888-8	Presidente dos COMPIN(medico) AYSEN y MAGALLANES	1	03/04/2020	15	0	09/04/2020	Validada	

Mostrando página 1 de 1 de un total de 2 licencias
 Primero
Anterior
1
Siguiente
Último
Enviar
Agregar

Botones	Descripción
	Permite la búsqueda de los registros, conforme a los criterios indicados en la ventana.
	Permite Limpiar los criterios de la ventana.
	Permite enviar a tramitación de contraloría de las LM Tramitadas digitada por la ISAPRE.
	Permite Agregar una nueva LM modificada por la isapre
	Esta acción permite editar la LM Modificada en los estados ingresados y validados.

	Esta acción permite eliminar (física) la LM Modificada en los estados ingresados y validados.
Consideraciones: Al ingresar a la ventana presentará las LM Modificadas digitadas en estado “Validado” ordenados desde el más antiguo hasta el más reciente. Las columnas que presentan son las siguientes: • N° LICENCIA: Corresponde al Número de Licencia • RUN: Corresponde al Run del Cotizante • NOMBRE COTIZANTE: Corresponde al Nombre Completo del Cotizante • TIPO DE LICENCIA: Corresponde al tipo de Licencia informada por LM modificada. • FECHA INICIO: Fecha desde la licencia informada por LM. • DIAS OTORGADOS: corresponde a los días otorgados informada por LM. • DIAS AUTORIZADOS: corresponde a los días autorizados informada por LM. • FECHA INGRESO: Corresponde a la fecha de digitación de la Isapre a la licencia • ETAPA: Corresponde a las etapa de validación. • Acciones: Esta columna presenta las acciones que tiene el usuario. 4.1.1 FILTROS GENERALES Los filtros definidos de la ventana son los siguientes: RUN PACIENTE • : Permite ingresar el número de RUN del paciente. N° LICENCIA MÉDICA • : Permite ingresar el tipo de formulario y el número de licencia. • RANGO DE FECHAS DE INGRESO • 13/03/2020 a 13/04/2020 : Permite ingresar el rango de fechas a revisar las licencias digitadas no enviadas a la tramitación de contraloría. • ETAPA PROCESO • Validada : Permite seleccionar las etapas del proceso de digitación. Los estados son los siguientes: • • Etapa Proceso Ingresado: La LM modificada se encuentra ingresada con errores o falta de datos. • • Etapa Proceso Validad: La LM modificada se encuentra ingresada validada y lista para ser despachadas a la tramitación de la contraloría de COMPIN/SC.	

Los filtros se aplican cuando se presiona el botón

Buscar

4.1.2 FILTRO LISTA

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación como se muestran:

- Por Caracteres
- Por Números

LISTA DE LICENCIAS (Total de trámites: 2)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS

BUSCAR: 199999

	N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	TL	FECHA INICIO	DÍAS OTORGADOS	DÍAS AUTORIZADOS	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
☐	1-1999901	99999999-9	ADMINISTRADOR QA-SONDA	1	04/04/2020	20	10	09/04/2020	Ingreso	 
☐	1-1999990	88888888-8	Presidente dos COMPIN(medico) AYSEN y MAGALLANES	1	03/04/2020	15	0	09/04/2020	Validada	 

Mostrando página 1 de 1 de un total de 2 licencias

Primero Anterior 1 Siguiente Último

Enviar + Agregar

4.1.3 FILTRO POR COLUMNAS

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación en las columnas de datos que lo permitan:

LISTA DE LICENCIAS (Total de trámites: 2)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS

BUSCAR:

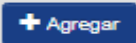
	N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	TL	FECHA INICIO	DÍAS OTORGADOS	DÍAS AUTORIZADOS	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
☐	1999990									
☐	1-1999990	88888888-8	Presidente dos COMPIN(medico) AYSEN y MAGALLANES	1	03/04/2020	15	0	09/04/2020	Validada	 

Mostrando página 1 de 1 de un total de 1 licencias

Primero Anterior 1 Siguiente Último

Enviar + Agregar

4.1.4 AGREGAR UNA LM MODIFICADA POR LA ISAPRE.

Al presionar el botón () se desplegará la ventana 'Ingreso Manual Licencias Modificadas' la cual consta de una serie de secciones que deben ser completadas por el usuario con el fin de traspasar la información de la Licencia Médica al sistema y una sección para asociar documentos digitalizados (documentos fundantes).



SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE 

CONSALUDNEW-QA-ISAPRE SONDACambiar contraseñSalir

Ingreso Manual Licencias Modificadas

DATOS DE LA LICENCIA

TIPO	N° LICENCIA	FECHA EMISIÓN	INICIO REPOSO	DÍAS OTORGADOS
1				

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD
				Desconocido	
EMAIL	CELULAR	FONO	COMUNA	COMPIN/SC	
			ALGARROBO	Subcomisión Valparaíso	

DATOS PROFESIONAL

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PROFESIÓN
				DENTISTA

DATOS RESOLUCIÓN

TIPO LICENCIA	DÍAS AUTORIZADOS	FECHA AUTORIZACIÓN DESDE	FECHA AUTORIZACIÓN HASTA
Enfermedad o accidente común			
TIPO RESOLUCIÓN	PRIMERA/CONTINUA	FECHA RESOLUCIÓN	
Redúcese	PRIMERA		
CAUSA RECHAZO	DESCRIPCIÓN CAUSA RECHAZO		
Reposo injustificado	Máximo 250 caracteres		
CIE-10	DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO		

DOCUMENTOS ADJUNTOS

LICENCIAS MEDICAS

Seleccionar archivo No se eligió archivo

Solo formato PDF máximo 1MB

Adjuntar

Documento Adjunto	Nombre Archivo	Fecha creación	Acciones

VolverLimpiarGuardar

Mac Iver 541, Santiago, Chile - Teléfono: (+56 2) 2 5740 100

Seguridad de la información | HTML5 | CSS 3

Botones	Descripción
 Adjuntar	Permite Subir los adjuntos del LM Modificadas por las isapres.
 Guardar	Permite Guardar y permite validar la información ingresadas por las isapres.
 Volver	Permite volver a la pantalla anterior.
 Limpiar	Limpiar los datos entregados.

Descripción de las secciones de la ventana:

4.1.5 SECCIÓN DATOS DE LA LICENCIA.

DATOS DE LA LICENCIA

TIPO	N° LICENCIA	FECHA EMISIÓN	INICIO REPOSO	DÍAS OTORGADOS
1	1999901	02-04-2020	04-04-2020	20

- N° LICENCIA: Ingresar el Número de Licencia. Dato obligatorio.
- FECHA EMISION: Ingresar Fecha de emisión de la licencia médica. Dato obligatorio.
- INICIO REPOSO: Ingresar Fecha de inicio de reposo. Dato obligatorio.
- DIAS OTORGADOS: ingresar los días otorgados de licencia. Dato obligatorio.

4.1.6 SECCIÓN IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD
99999999-9	QA-SONDA		ADMINISTRADOR	Hombre	30
EMAIL	CELULAR	FONO	COMUNA	COMPIN/SC	
alberto.melo@sonda.com	654321547	123456789	ALGARROBO	Subcomisión Valparaíso	

- N° RUN: Ingresar RUN del cotizante con LM Modificada. Dato obligatorio.
- PRIMER APELLIDO: Ingresar primer apellido del cotizante. Dato obligatorio.
- SEGUNDO APELLIDO: Ingresar segundo apellido del cotizante.
- NOMBRES: Ingresar nombres del cotizante. Dato obligatorio.
- SEXO: Seleccionar sexo del cotizante. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

SEXO

Desconocido ▼

Desconocido

Hombre

Intesex (Indeterminado)

Mujer

- EDAD: Ingresar la edad del cotizante. Dato obligatorio.
- EMAIL: Ingresar el email del cotizante.
- CELULAR: Ingresar celular del cotizante.
- FONO: Ingresar teléfono particular del cotizante.
- COMUNA: Seleccionar la Comuna del trabajador. Dato obligatorio.
- Los valores de acuerdo a tabla de parámetros INE:

AISÉN

ALGARROBO

ALHUÉ

ALTO BIOBÍO

ALTO DEL CARMEN

ALTO HOSPICIO

ANCUD

ANDACOLLO

ANGOL

ANTÁRTICA

ANTOFAGASTA

ANTUCO

ARAUCO

ARICA

BUIN

BULNES

CABILDO

CABO DE HORNO (EX-NAVARINO)

CABRERO

CALAMA

- COMPIN/SC: Se obtiene de acuerdo a la COMPIN/SC asociada en la tabla de comuna.

4.1.7 SECCIÓN DATOS PROFESIONAL

DATOS PROFESIONAL

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PROFESIÓN
78787878-4	SONDA		NEW-QA-ISAPRE	DENTISTA

- N° RUN: Ingresar RUN del profesional. Dato obligatorio.
- PRIMER APELLIDO: Ingresar primer apellido del profesional. Dato obligatorio.
- SEGUNDO APELLIDO: Ingresar segundo apellido del profesional.
- NOMBRES: Ingresar nombres del profesional. Dato obligatorio.
- PROFESION: Se debe seleccionar el tipo de profesión. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

PROFESION

DENTISTA ▼

DENTISTA

MATRONA

MEDICO

4.1.8 SECCIÓN DATOS RESOLUCIÓN

DATOS RESOLUCIÓN

TIPO LICENCIA
 Enfermedad o accidente común ▼

DÍAS AUTORIZADOS

FECHA AUTORIZACIÓN DESDE

FECHA AUTORIZACIÓN HASTA

TIPO RESOLUCIÓN
 Redúcese ▼

PRIMERA/CONTINUA
 PRIMERA ▼

FECHA RESOLUCIÓN

CAUSA RECHAZO
 Reposo injustificado ▼

DESCRIPCIÓN CAUSA RECHAZO

 Máximo 250 caracteres

CIE-10
 🔍

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO

- **TIPO LICENCIA:** Seleccionar el tipo de licencia. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

TIPO LICENCIA

Enfermedad o accidente común ▼

Enfermedad o accidente común

Licencia maternal pre y post natal

Enfermedad grave niño menor de 1 año

Patología del embarazo

- **DIAS AUTORIZADOS:** Ingresar los días autorizados. Dato obligatorio.
- **FECHA AUTORIZACION DESDE:** ingresar la fecha desde la LM. Dato obligatorio.
- **FECHA AUTORIZACION HASTA:** Se calcula FECHA AUTORIZACION DESDE+DIAS AUTORIZADOS.
- **TIPO RESOLUCION:** Se debe seleccionar el tipo de la resolución. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

TIPO RESOLUCION

Reducece ▼

Rechazase

Reducece

- **PRIMERA/CONTINUA:** Se debe seleccionar si la LM es primera o continua. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

PRIMERA/CONTINUA

PRIMERA

PRIMERA

CONTINUACION

- FECHA RESOLUCION: Ingresar la fecha de resolución de la LM. Dato obligatorio.
- CAUSA RECHAZO: Se debe seleccionar la causa de rechazo de la LM. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

CAUSA RECHAZO

Reposo injustificado

Reposo injustificado

Diagnostico irrecuperable

Fuera de plazo

Incumplimiento reposo

Otro

- DESCRIPCION CAUSA RECHAZO: Ingresar descripción de la causa de rechazo de LM. Dato obligatorio sólo cuando la CAUSA RECHAZO es igual al valor otro.
- CIE-10 y DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO: buscar y seleccionar el diagnóstico desde la ventana emergente que se despliega al pulsar el botón azul del campo CIE-10. Ambos datos son obligatorios.

Nº RUN

DATOS RESOLUCIÓN

TIPO LICENCIA

Enfermedad o accidente

TIPO RESOLUCIÓN

Redúcese

CAUSA RECHAZO

Reposo injustificado

Código de diagnóstico (CIE-10)

CÓDIGO

DESCRIPCIÓN

resf

Buscar

Limpiar

Mostrando 10 REGISTROS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SELECCIONAR
Y55.5	EFFECTOS ADVERSOS DE DROGAS CONTRA EL RESFRIADO COMUN	☐

Mostrando página 1 de 1

Anterior

1

Siguiente

Volver

CIE-10

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO

Máximo 250 caracteres

4.1.9 SECCIÓN DOCUMENTOS ADJUNTOS (DOCUMENTOS FUNDANTES)

Esta sección permite adjuntar la documentación fundante de las LM modificadas por las isapres. Estos archivos deben ser del tipo PFD y el peso máximo por documento es de un 1 MB. Antes de adjuntar algun documento se debe guardar los datos de la licencia.

DOCUMENTOS ADJUNTOS

LICENCIAS MEDICAS Selecionar archivo No se eligió archivo Adjuntar

Solo formato PDF máximo 1MB

DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO	FECHA CREACIÓN	ACCIONES
EXAMENES	LM_1-19999903_3_1.pdf	09/04/2020 04:56:02	 

- **DOCUMENTOS FUNDANTES:** Se debe seleccionar los documentos fundantes. Los tipo de documentos parametrizados son:

LICENCIAS MEDICAS ▼

LICENCIAS MEDICAS

HISTORIAL LICENCIAS MEDICAS

EXÁMENES

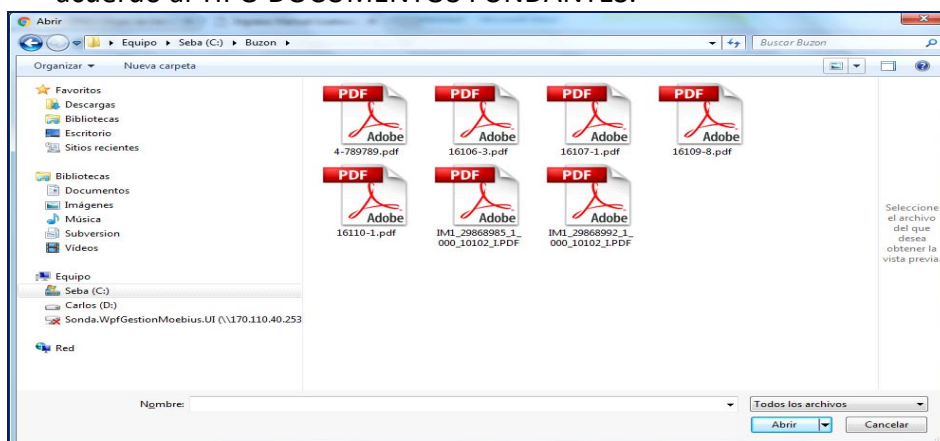
RESULTADO DE PERITAJES

INFORME VISITA DOMICILIARIA

OTROS ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS

OTROS ANTECEDENTES MEDICOS

- El botón Elegir Archivos (Elegir archivos) permite buscar y seleccionar en el PC el archivo adjunto de acuerdo al TIPO DOCUMENTOS FUNDANTES.



(*)Esta ventana no pertenece al sistema es del sistema operativo utilizado.

- Se elige el archivo y se presiona el botón abrir (Abrir) dejando el archivo temporalmente asociado a la página y se ve (LICENCIAS MEDICAS Elegir archivos IM1_29868...102_I.PDF)
- El botón subir (Adjuntar) permite asociar a la LM digitada el documento adjunto previamente seleccionado por el usuario de la ISAPRE.
- Lista de Documento Fundante: Esta lista va mostrando los documentos adjuntos subidos por el usuario. Dónde:

- El botón acción  permite eliminar adjunto asociado.
- El botón acción  visualizar el adjunto asociado.

4.1.10 VALIDACIÓN DE LOS DATOS DIGITADOS

Al presionar el botón guardar () se ejecutará el chequeo de la completitud del ingreso de la información presentándose en color rojo los campos obligatorios.

En el aplicativo se presenta de la siguiente manera:



SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
 Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▾
 CONSALUD
 NEW-QA-ISAPRE SONTA
 [Cambiar contraseña](#)
[Salir](#)

Ingreso Manual Licencias Modificadas

DATOS DE LA LICENCIA

TIPO

N° LICENCIA

FECHA EMISIÓN

Ingrese fecha de emisión

INICIO REPOSO

Ingrese fecha de inicio reposo

DÍAS OTORGADOS

Ingrese días otorgados

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE

N° RUN

Ingrese RUN del cotizante
Ingrese un RUN válido

PRIMER APELLIDO

Ingrese primer apellido cotizante

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

Ingrese nombre cotizante

SEXO

EDAD

Ingrese edad del cotizante

EMAIL

CELULAR

FONO

COMUNA

COMPIN/SC

DATOS PROFESIONAL

N° RUN

Ingrese RUN del profesional
Ingrese un run válido

PRIMER APELLIDO

Ingrese primer apellido de profesional

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

Ingrese nombre de profesional

PROFESIÓN

DATOS RESOLUCIÓN

TIPO LICENCIA

DÍAS AUTORIZADOS

Ingrese días autorizados

FECHA AUTORIZACIÓN DESDE

Ingrese fecha autorización desde

FECHA AUTORIZACIÓN HASTA

TIPO RESOLUCIÓN

PRIMERA/CONTINUA

FECHA RESOLUCIÓN

Ingrese fecha de resolución

CAUSA RECHAZO

DESCRIPCIÓN CAUSA RECHAZO

Máximo 250 caracteres

CIE-10

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO

Seleccione CIE-10

DOCUMENTOS ADJUNTOS

LICENCIAS MEDICAS

Seleccionar archivo No se eligió archivo
Solo formato PDF máximo 1MB

[Adjuntar](#)

DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO	FECHA CREACIÓN	ACCIONES
EXAMENES	LM_1-19999903_3_1.pdf	09/04/2020 04:56:02	Ver Descargar

[Volver](#)
[Limpiar](#)
[Guardar](#)

Mac Iver 541, Santiago, Chile - Teléfono: (+56 2) 2 5740 100
 Seguridad de la información | HTML5 | CSS 3

Nota:

- El usuario puede grabar la LM modificada con campos con errores o datos incompletos y esta quedará en estado **ingresado** pudiendo ser corregida posteriormente utilizando la opción de **edición** del registro que provee el aplicativo.
- Al grabar la LM modificada por la isapre **sin errores**, esta queda en estado **validado** quedando disponible para el **envío** a la tramitación del COMPIN/SC.

4.1.11 EDITAR LA LM DIGITADA

El botón edición (✎) habilitará la ventana de ingreso y permitirá al usuario modificar y agregar datos a la LM seleccionada.

4.1.12 ELIMINAR LA LM DIGITADA

El botón (🗑) permite al usuario eliminar la LM digitada, independiente de si se encuentra en estado 'ingresada' o 'validada'.

La acción de eliminar es **definitiva**, no se guardará registro de la LM eliminada.

4.1.13 ENVIAR A TRAMITACIÓN CONTRALORÍA.

Una vez digitadas las LM modificadas por la isapres y cuando se encuentran en estado **validado** estas pueden ser enviadas a la correspondiente contraloría de la COMPIN/SC para efecto de su revisión y dictaminación.

Para esto se debe seleccionar una, varias o todas las LM modificadas digitadas en el checkbox (☑) como se muestra en la imagen.

LISTA DE LICENCIAS (Total de trámites: 2)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR:

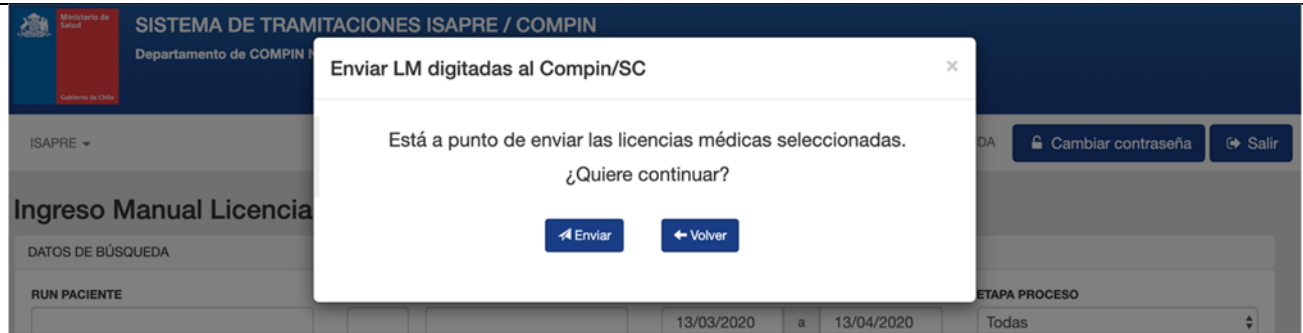
	N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	TL	FECHA INICIO	DÍAS OTORGADOS	DÍAS AUTORIZADOS	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
☒										
☐	1-1999901	99999999-9	ADMINISTRADOR QA-SONDA	1	04/04/2020	20	10	09/04/2020	Ingreso	 
☒	1-1999990	88888888-8	Presidente dos COMPIN(medico) AYSEN y MAGALLANES	1	03/04/2020	15	0	09/04/2020	Validada	 

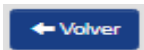
Mostrando página 1 de 1 de un total de 2 licencias

Primero Anterior 1 Siguiente Último

Para el envío se presiona el botón  y el sistema solicita la confirmación de la acción.



- Si se presiona  se procede con el envío a tramitación de la LM modificada.
- Si se presiona  se vuelve a la pantalla anterior.

4.2 CONSULTA DICTAMEN.

Al ingresar a la opción de **consulta dictamen**, se presenta la ventana Lista de las LM Modificadas en la cual el usuario podrá ver y consultar el estado de tramitación.

La pantalla de Consulta de Dictámenes:



SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▾

CONSALUD

NEW-QA-ISAPRE SONDA

Cambiar contraseña

Salir

Consulta de Dictámenes

DATOS BÚSQUEDA

RUN PACIENTE

N° LICENCIA MÉDICA

RANGO DE FECHAS DE DICTAMEN

13/03/2020

a

13/04/2020

DICTAMEN

Todas

Buscar

Limpiar

LISTA DE LICENCIAS MÉDICAS MODIFICADAS (Total de licencias: 1713)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS

BUSCAR:

N° LICENCIA	RUN PACIENTE	NOMBRE	FECHA ENVÍO	N° RESOLUCIÓN	FECHA DICTAMEN	DICTAMEN	ACCIONES
3-36593319	8592676-4	MARCELA ADRIANA FRÍAS LIZANA	02/03/2020	131-20-009434	16/03/2020	DENIEGA	
3-36604005	17421340-2	LAURA FERNANDA CATALÁN SÁNCHEZ	02/03/2020	138-20-017866	13/03/2020	RATIFICA	
3-35547882	17947739-4	JUAN RICARDO TRAIBER ZALAZAR	02/03/2020	131-20-009432	16/03/2020	RATIFICA	
2-58761412	11477529-0	PAULINA DEL CARMEN MANRIQUEZ VALDES	02/03/2020	138-20-017840	12/03/2020	RATIFICA	
4-3057494	12721583-9	GABRIELLA MORALES FIELDHOUSE	02/03/2020	131-20-009433	16/03/2020	DENIEGA	
3-36578043	9897851-8	ANTONIO DAVID ADASME RIVEROS	02/03/2020	138-20-017864	13/03/2020	RATIFICA	
2-58761797	8780367-8	MARIETTA ANGELICA MUÑOZ GOMEZ	02/03/2020	138-20-017865	13/03/2020	RATIFICA	
2-59856438	7583338-5	FRANCISCO ENRIQUE HOYL ROJAS	02/03/2020	131-20-009431	16/03/2020	RATIFICA	
4-3047263	13932334-3	CLAUDIA ALEJANDRA ARAYA CASTILLO	02/03/2020	131-20-009435	16/03/2020	RATIFICA	
3-36483447	17947739-4	JUAN RICARDO TRAIBER ZALAZAR	02/03/2020	131-20-009436	16/03/2020	RATIFICA	

Mostrando página 1 de 172 de un total de 1,713 licencias

Primero

Anterior

1

2

3

4

5

...

172

Siguiente

Último

Botones	Descripción
Buscar	Permite la búsqueda de los registros, conforme a los criterios indicados en la ventana.
Limpiar	Permite Limpiar los criterios de la ventana.

419

	Esta acción permite Consultar la LM Modificada informada por la isapre.
	Esta acción permite visualizar el dictamen en formato PDF firmado por la COMPIN/SC.

Consideraciones:

Al ingresar a la ventana presentará las LM Modificadas de la Isapre tramitadas en un rango de un mes. Las columnas que presenta son:

- N° LICENCIA: Corresponde al Número de Licencia
- N° RUN: Corresponde al Run del Cotizante
- NOMBRE COTIZANTE: Corresponde al Nombre Completo del Cotizante
- FECHA ENVIO: Fecha que se entregó por digitación o por web services a la COMPIN/SC.
- N° RESOLUCION: Corresponde al número de la resolución.
- FECHA DICTAMEN: Fecha del dictamen del presidente de la COMPIN/SC.
- DICTAMEN: corresponde al dictamen de la LM modificada.
- Acciones: Esta columna presenta las acciones que tiene el usuario.

4.2.1 FILTROS GENERALES

Los filtros definidos de la ventana son los siguientes:

- **RUN PACIENTE**
 : Permite ingresar el número de RUN del paciente.
- **N° LICENCIA**
 : Permite ingresar el tipo de formulario y el número de licencia.
- **RANGO DE FECHAS**
 a : Permite ingresar el rango de fechas a revisar las licencias digitadas no enviadas a la tramitación de contraloría.

Los filtros se aplican cuando se presiona el botón .

4.2.2 FILTRO LISTA

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación como se muestras:

- Por Caracteres (Ejemplo RATIFICA)

LISTA DE LICENCIAS MÉDICAS MODIFICADAS (Total de licencias: 1713)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR: MARCELA

Nº LICENCIA	RUN PACIENTE	NOMBRE	FECHA ENVÍO	Nº RESOLUCIÓN	FECHA DICTAMEN	DICTAMEN	ACCIONES
3-36593319	8592676-4	MARCELA ADRIANA FRIAS LIZANA	02/03/2020	131-20-009434	16/03/2020	DENIEGA	 
3-36323406	15677151-1	JESSICA MARCELA ORTIZ SEPULVEDA	03/03/2020	81-20-001066	12/03/2020	DENIEGA	 
3-36629904	18341430-5	NATALIE MARCELA JIMENEZ ARCE	03/03/2020	138-20-017894	13/03/2020	DENIEGA	 

4.2.3 FILTRO POR COLUMNAS

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación en las columnas de datos que lo permitan:

LISTA DE LICENCIAS MÉDICAS MODIFICADAS (Total de licencias: 1713)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR:

Nº LICENCIA	RUN PACIENTE	NOMBRE	FECHA ENVÍO	Nº RESOLUCIÓN	FECHA DICTAMEN	DICTAMEN	ACCIONES
36604							
3 36604 05	17421340-2	LAURA FERNANDA CATALÁN SÁNCHEZ	02/03/2020	138-20-017866	13/03/2020	RATIFICA	 
3 36604 46	26330441-1	WILLIAM ALBERTO ARRIETA TILLERO	28/02/2020	138-20-017812	12/03/2020	DENIEGA	 

4.2.4 CONSULTAR LM MODIFICADA

Esta acción permite visualizar los datos provistos por la isapre.

4.2.5 VISUALIZAR DICTAMEN

La funcionalidad permite visualizar los dictámenes vía PDF.

Al presionar el botón  se presenta la ventana con el dictamen de la LM modificada por la ISAPRE.

1-40101010



SEREMI DE SALUD
REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO
Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

Resolución Exenta N° 134-17-000006
Fecha: 28/07/2017

VISTOS:

Lo dispuesto en el Art. 3° Inciso 3° Ley 20.585; en el DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, en el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y sus SEREMI aprobado por el DS N° 136/04.

CONSIDERANDO:

1°. Que la ISAPRE **FUNDACION** ha resuelto Reducir la Licencia Médica N° 1-40101010 otorgada a Don(a) , RUN , remitiendo a esta COMPIN los antecedentes que fundamentan su decisión.

2°. Que, de la revisión de los antecedentes que se han remitido a esta Comisión, se ha estimado que el pronunciamiento de la Isapre es justificado.

SE RESUELVE:

Ratificar la decisión de la ISAPRE **FUNDACION** respecto de la Licencia Médica precitada, en virtud de los fundamentos señalados por esa Institución.

Lo anterior no restringe el derecho que tiene el trabajador o sus cargas familiares para recurrir ante esta COMPIN, conforme a lo establecido en el artículo 39 del D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud.

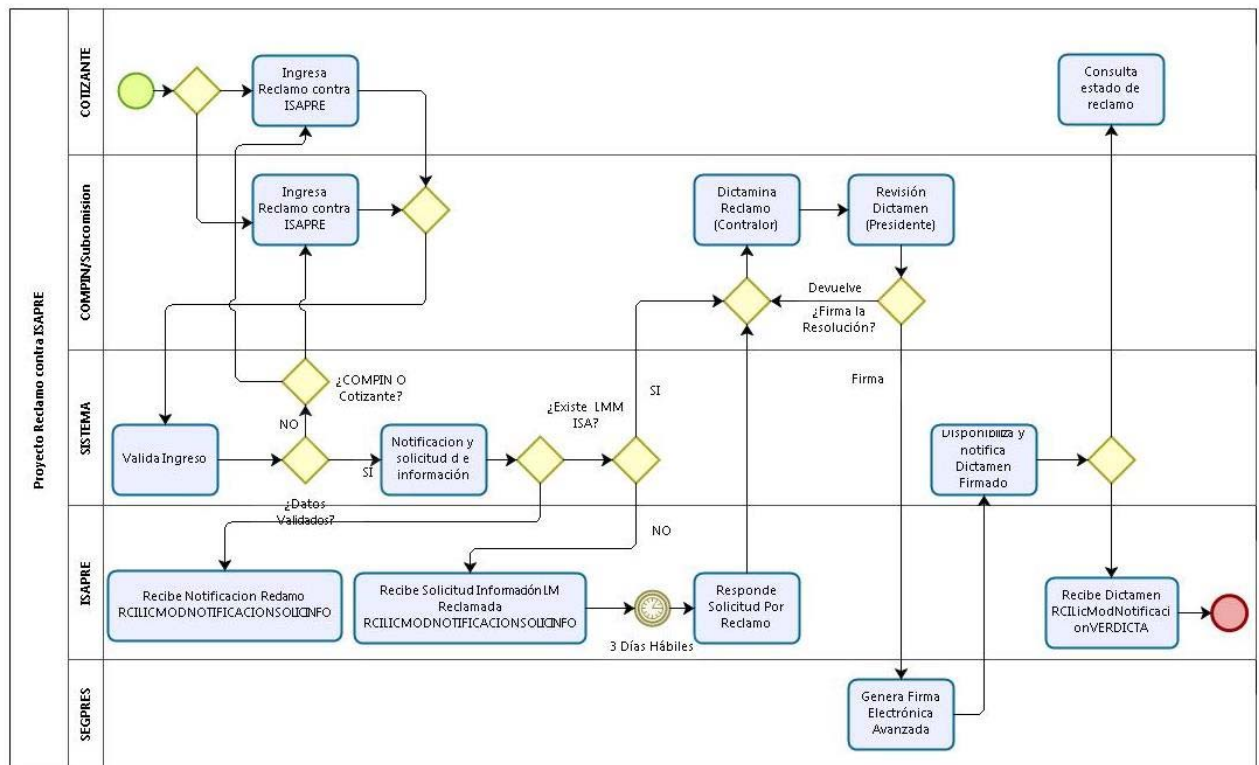
ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

PRESIDENTE QA-SONDA
Presidente Compín

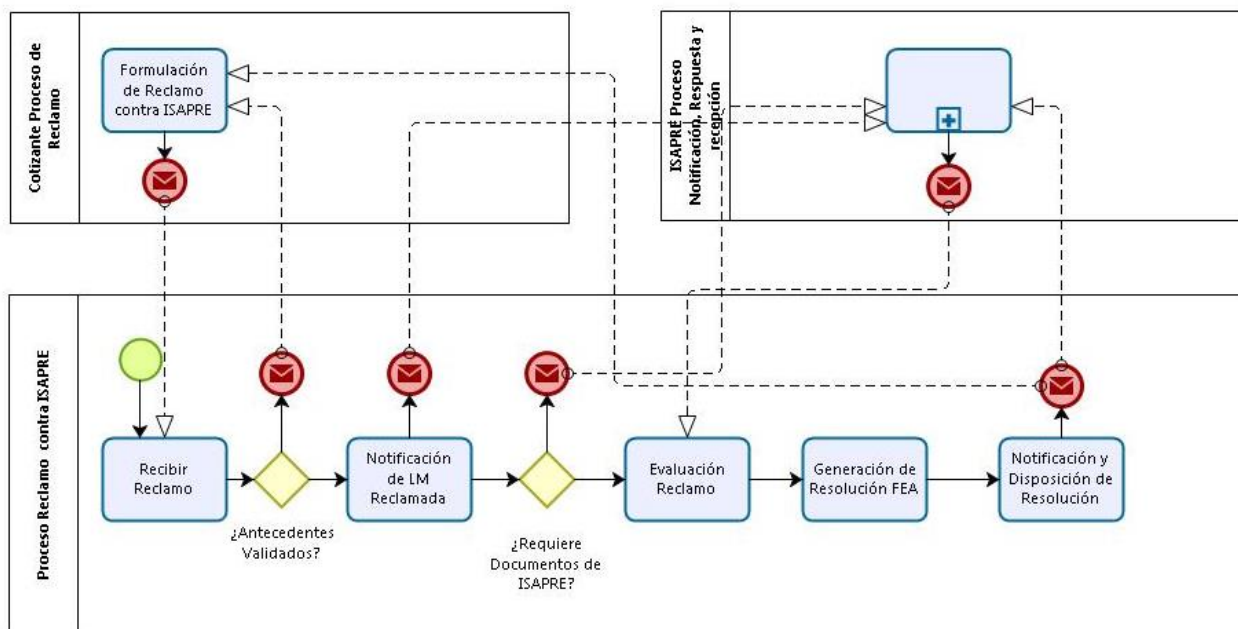
5 PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS CONTRA ISAPRE Y ENVÍO DE ANTECEDENTES DE LAS LICENCIAS MÉDICAS

Para el envío electrónico de la información que las ISAPRES deben hacer llegar a la COMPIN o Subcomisión (COMPIN/SC) en relación a los reclamos presentados por los cotizantes Isapre por decreto supremo N°3, en primera instancia se requiere que el cotizante genere un reclamo ya sea en oficinas presencialmente o electrónicamente en la página de **Milicenciamedica.cl**, se definió un modelo que permite apoyar electrónicamente el proceso de revisión, resolución y entrega de los Dictámenes sobre las licencias medicas ISAPRE reclamadas, agilizando la resolución del proceso, mantener la información completa de los trámites por reclamo de licencias médicas de cotizantes de las ISAPRES.

El siguiente diagrama describe el proceso definido, en el cual se hace referencia a los elementos de integración requeridos.



Para el proceso expuesto en el diagrama anterior se contemplan las siguientes integraciones, las cuales se describen en el presente documento:



5.1 PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN NOTIFICACIÓN Y RESPUESTA A RECLAMO DS3

5.1.1 WEB SERVICES PARA SUSCRIPCIÓN DE NOTIFICACIONES DE ISAPRE

El COMPIN disponibiliza el servicio de suscripción donde cada ISAPRE que desea recibir notificaciones debe registrar la información de sus servicios web mediante el protocolo SOAP. Si la suscripción se realiza de forma correcta, la respuesta del servicio incluirá un token con el que posteriormente se podrá verificar el origen de las notificaciones enviadas por el COMPIN.

Contenido de datos de entrada:

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Nombre de usuario de isapre asignado por Compín
Clave	Char(30)	Input	Contraseña de usuario de isapre asignada por Compín
WslsapreLicModWSDL	Char(2000)	Input	URL de servicio SOAP para envío de notificaciones de LMM
WslsapreLicRciWSDL	Char(2000)	Input	URL de servicio SOAP para envío de notificaciones de RCI y RR RCI

Contenido de datos de respuesta:

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado
Token	Char(32)	Output	Identificador único que se incluirá como parámetro en las peticiones de notificación enviadas por el COMPIN

XML de ejemplo de solicitud:

```
<Envelope xmlns='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <Body>
    <ns1:LccNotificacionSuscripcionRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminsallic/'>
```

```
<Codigolsapre>?999?</Codigolsapre>
<Usuario>?999?</Usuario>
<Clave>?XXX?</Clave>
<WslsapreLicModWSDL>?XXX?</WslsapreLicModWSDL>
<WslsapreLicRciWSDL>?XXX?</WslsapreLicRciWSDL>
</ns1:LccNotificacionSuscripcionRequest>
</Body>
</Envelope>
```

5.1.2 WEB SERVICES ENVÍO INFORMACIÓN BÁSICA LM

Nombre Método: LCCINFLIC

Propósito	Web Service para el envío de información básica de una Licencia Médica.		
Descripción	El objetivo del Web Service publicado por el COMPIN y consumido por las ISAPRES es informar los datos básicos asociados a una Licencia Médica al día hábil siguiente de la notifiaccion al trabajador, ya sea notificado por la pagina web, correo electrónico o carta certificada		
<u>Web Services para ingreso de datos básicos de una LM</u>			
Nombre Método: LCCINFLIC			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Nombre de usuario de isapre asignado por COMPIN
Clave	Char(30)	Input	Contraseña de usuario de ISAPRE asignada por Compin
NumCedTra	Num(10)	Input	Número Cédula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito verificador cédula trabajador
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio Licencia Médica
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1: Público

			2: Privado 3: Electrónica I-Med 4: Electrónica MediPass
TipoLmeResuelta	Num(02)	Input	1: Enfermedad o accidente común 3: Licencia maternal pre y post natal 4: Enfermedad grave niño menor de 1 año 7: Patología del Embarazo
DiasOtorgados	Num(03)	Input	Días Otorgados
FechaEmision	Date	Input	Fecha de Emisión de la Licencia Médica
FechaInicioReposo	Date	Input	Fecha Inicio de Reposo Otorgado
CodComuna	Char(05)	Input	Código Comuna Contrato del Trabajador (Codificación INE)
NumCedMed	Num(10)	Input	Número Cedula Médico Emisor LCC
DigCedMed	Char(01)	Input	Dígito Verificador Cedula Médico Emisor LCC
FecResoluc	Date	Input	Fecha Resolución LCC por ISAPRE
DiasAutorizados	Num(03)	Input	Días Autorizados de la licencia
TipResolución	Num(02)	Input	Resolución de la Licencia de acuerdo a tabla legal 1: Autorizase 2: Rechácese 3: Ampliase 4: Redúcese
CodCie10	Char(10)	Input	Código de diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
PrimeContinua	Num(02)	Input	Si la Licencia es primera o continuación 1: Primera 2: Continuación
CodCausaRechazo	Num(02)	Input	Causa de Rechazo según tabla legal 1:Reposo injustificado 2:Diagnóstico irrecuperable 3:Fuera de Plazo 4:Incumplimiento reposo 5:Otro
SospechaLaboral	Num(01)	Input	Sospecha laboral 0: No 1: Si

Contenido Datos de Respuesta

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

5.1.3 WEB SERVICES PARA NOTIFICACIÓN ISAPRE

Nombre Método: RCILICMODNOTIFICACION

Propósito	Web Service para Notificar a la Isapre sobre los reclamos presentados
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado las ISAPREs es recibir la notificación de que existe un reclamo presentado por el cotizante en COMPIN por Decreto Supremo N°3.

Web Services para Notificación de reclamo presentado

Nombre Método: RCILICMODNOTIFICACION

Contenido Datos de Entrada

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Token	Char(32)	Input	Identificador único de validación de origen
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio Licencia Medica
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1: Publico 2: Privado 3: Electrónica I-Med 4: Electrónica MediPass
TipoTramite	Num(01)	Input	Tipo de RCI: 1: RCI 2: RR RCI

TipoReclamo	Num(01)	Input	Identificación de tipo de reclamo: 1. Rechazo / reducción 2. Error cálculo de subsidio 3. Rechazo / reducción. Y Error cálculo de subsidio
FechaIngreso	Date	Input	Fecha de creación del trámite
NumCedTra	Num(10)	Input	Número cedula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito verificador cedula trabajador
TipoTrabajador	Num(01)	Input	Tipo de trabajador 1: Trabajador dependiente 2: Trabajador independiente NULL
ApellidoPaterno	Char(120)	Input	Apellido Paterno Trabajador
ApellidoMaterno	Char(120)	Input	Apellido Materno
NombreTrabajador	Char(150)	Input	Nombre del Trabajador
EdadTrabajador	Num(03)	Input	Edad del Trabajador
SexoTrabajador	Char(2)	Input	Los valores posibles son: 01: Hombre 02: Mujer 03: Intersex (Indeterminado) 99: Desconocido
Mail	Char(100)	Input	Mail del Trabajador
Celular	Num(10)	Input	Numero Celular Trabajador
FechaInicioReposo	Date	Input	Fecha Inicio de Reposo Otorgado
DiasOtorgados	Num(03)	Input	Días Otorgados
FecResoluc	Date	Input	Fecha Resolución LCC por Isapre
TipoLmResuelta	Num(02)	Input	1: Enfermedad o accidente común 3: Licencia maternal pre y post natal 4: Enfermedad grave niño menor de 1 año 7: Patología del Embarazo
TipResolución	Num(02)	Input	Resolución de la Licencia de acuerdo a tabla legal 2:Rechácese 4: Redúcese

CodComuna	Char(05)	Input	Código Comuna Contrato del Trabajador (Codificación INE)
DctoFundante	Lista	Input	

La variable **DctoFundante** contiene el detalle de los documentos que fundamentan el reclamo.

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
TipDcto	Num(03)	Input	Tipo Documento Fundante 19: Licencias médicas 20: Antecedentes Médicos 21: Peritaje Médico 22: Otros antecedentes administrativos 23: Historial licencias médicas 24: Resolución de Rechazo 25: Informe visita domiciliaria 26: Documentación que acredite fuera de plazo 27: Contrato de Trabajo Actualizado 28: FUN (Contrato Isapre) 29: Certificado histórico de subsidios pagados (con diagnóstico) 30: Liquidaciones de sueldo 3 meses anteriores licencia en cuestion 31: Certificado de Cotizaciones AFP con RUN de la entidad pagadora (12 meses) 32: Certificado de Afiliación AFP 33: Certificado de pago de subsidio por incapacidad laboral
TipUsuario	Char(100)	Input	Tipo de usuario que agrego el documento: FAP COTIZANTE ISAPRE
DctoFund	base64Binary	Input	Documento codificado en base64 de acuerdo a contenido con imagen del documento.

Contenido Datos de Respuesta

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.

GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado	

5.1.4 WEB SERVICES SOLICITUD DE INFORMACIÓN RECLAMO.

Nombre Método: RCILICMODNOTIFICACIONESOLICINFO

Propósito	Web Services Solicitud de Información Reclamo		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir la notificación de la solicitud de envío de antecedentes con lo que la Isapre dio sustento a la modificación de la Licencia Médica del Cotizante.		
<u>Web Services Solicitud de Información Reclamo</u>			
Nombre Método: RCILICMODNOTIFICACIONESOLICINFO			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Token	Char(32)	Input	Identificador único de validación de origen
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1: Publico 2: Privado 3: Electrónica I-Med 4: Electrónica MediPass
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
TipoTramite	Num(01)	Input	Tipo de trámite 1: RCI 2: RR RCI
TipoReclamo	Num(01)	Input	Identificación de tipo de reclamo: 1. Rechazo / reducción 2. Error cálculo de subsidio 3. Rechazo / reducción. Y Error cálculo de subsidio
FecHasta	Date	Input	Plazo máximo de ingreso de nuevos antecedentes
FecIngreso	Date	Input	Fecha de ingreso de reclamo contra ISAPRE

Contenido Datos de Respuesta

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

5.1.5 WEB SERVICES NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN RECLAMO CONTRA ISAPRE

Propósito	Web Services Notificación de Dictamen LM Reclamada
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir el detalle del dictamen de un reclamo contra isapre(RCI) o un recurso de reposición de RCI (RR RCI) emitido por la COMPIN/SC inmediatamente luego de ser firmado digitalmente.

Web Services Notificación de Dictamen LM Reclamada

Nombre Método: RCILICMODNOTIFICACIONDICTA

Contenido Datos de Entrada

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Token	Char(32)	Input	Identificador único de validación de origen
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1: Publico 2: Privado 3: Electrónica I-Med 4: Electrónica MediPass
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
NumCedTra	Num(10)	Input	Número cedula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Digito Verificador Cedula Trabajador

TipoTramite	Num(01)	Input	Tipo de trámite 1: RCI 2: RR RCI
NumResol	Num(12)	Input	Número de la Resolución
FecResol	Date	Input	Fecha de Resolución
CodCompin	Num(05)	Input	Código Compin o Subcomisión
Dictamen	Num(01)	Input	4: Acoge 5: Acoge parcial 6: Rechaza
FecPago	Date	Input	Plazo Máximo de Pago en caso de Deniega
DctoDictamen	base64Binary	Input	Certificado PDF del Dictamen codificado en base64
FecEnvio	Date	Input	Fecha de envío o notificación de la resolución desde el Sistema ISA20585 a la ISAPRE

Contenido de la Respuesta

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

5.1.6 WEB SERVICES CONSULTA ESTADO DE TRAMITE RECLAMO CONTRA ISAPRE

Propósito	Web Services de consulta de estado de trámite
Descripción	Este esquema debe estar disponible para que la ISAPRE consulte el estado de los trámites de reclamo (RCI) y recurso de reposicion (RR RCI) que tiene vinculados. Los estados visibles para las ISAPRE son “En trámite”, cualquier estado diferente a “Finalizado”.
<u>Web Services Notificación de Dictamen LM Reclamada</u>	

Nombre Método: RCILICMODEVENMOD

Contenido Datos de Entrada

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Nombre de usuario de isapre asignado por Compín
Clave	Char(30)	Input	Contraseña de usuario de isapre asignada por Compín
FecDesde	Date	Input	Fecha desde consulta
FecHasta	Date	Input	Fecha hasta consulta

Contenido de la Respuesta

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado
ListaEvenLCC	Lista	Output	

La variable **ListaEvenLCC** contiene los siguientes datos

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
NumLicencia	Num(10)	Output	Folio LME parte Numérica
TipoFormu	Num(01)	Output	Tipo Formulario 1: Publico 2: Privado 3: Electrónica I-Med 4: Electrónica MediPass
TipoTramite	Num(01)	Output	Tipo de RCI 1: RCI 2: RR RCI

NumCedTra	Num(10)	Output	Número cedula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Output	Dígito verificador cedula trabajador
FecEve	Datetime	Output	Fecha del Evento
CodEvento	Num(02)	Output	Códigos de evento: 1: Devuelta por Datos Inválidos 2: En proceso Compín 3: Dictamen Ratifica 4: Dictamen Rechaza 5: No se Pronuncia

5.1.7 WEB SERVICES DE REGISTRO DE ANTECEDENTES ADICIONALES DE RECLAMO CONTRA ISAPRE

Propósito	Registro de antecedentes adicionales para reclamo.		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por el sistema ISA-20585 y consumido por las ISAPREs es entregar antecedentes adicionales a un reclamo ingresado por un cotizante.		
<u>Web Services de Registro de Antecedentes Adicionales de RCI</u>			
Nombre Método : RCILICMODRECEPINFO			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Asignado por COMPIN/SC
Clave	Char(30)	Input	Asignada por COMPIN/SC
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
NumCedTra	Num(10)	Input	Número cédula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito Verificador Cédula Trabajador
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1:Público 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
ListaAntAdicionales	Lista	Input	Lista de antecedentes adicionales
Cada elemento AntAdicional del campo ListaAntAdicionales incluye los campos:			
Campo	Tipo	Descripción	

TipDcto	Num(03)	Tipo Documento Fundante 19: Licencias médicas 20: Antecedentes Médicos 21: Peritaje Médico 22: Otros antecedentes administrativos 23: Historial licencias médicas 24: Resolución de Rechazo 25: Informe visita domiciliaria 26: Documentación que acredite fuera de plazo 27: Contrato de Trabajo Actualizado 28: FUN (Contrato Isapre) 29: Certificado histórico de subsidios pagados (con diagnóstico) 30: Liquidaciones de sueldo 3 meses anteriores licencia en cuestion 31: Certificado de Cotizaciones AFP con RUN de la entidad pagadora (12 meses) 32: Certificado de Afiliación AFP 33: Certificado de pago de subsidio por incapacidad laboral 34: Base de cálculo que utilizó la isapre para el cálculo del SIL 35: Otro
DctoFund	base64Binary	Documento codificado en base64 de acuerdo a contenido con imagen del documento

Contenido de la Respuesta

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código de estado: 0:Sin error. 1:Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

XML de ejemplo de solicitud:

```

<Envelope xmlns='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <Body>
    <ns1:RCILicModSolicInfoRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsmainsallicrci /'>
      <Codigolsapre>?999?</Codigolsapre>
      <Usuario>?999?</Usuario>
      <Clave>?XXX?</Clave>
    </ns1:RCILicModSolicInfoRequest>
  </Body>
</Envelope>
    
```

```

<NumLicencia>?999?</NumLicencia>
<NumCedTra>?999?</NumCedTra>
<DigCedTra>?XXX?</DigCedTra>
<TipoFormu>?999?</TipoFormu>
<ListaAntAdicionales>
  <AntAdicional>
    <TipDcto>?999?</TipDcto>
    <DctoFund>?XXX?</DctoFund>
  </AntAdicional>
</ListaAntAdicionales>
</ns1:RCILicModSolicInfoRequest>
</Body>
</Envelope>
    
```

5.1.8 WEB SERVICES CONSULTA ESTADO DE DICTAMEN DE RECLAMO CONTRA ISAPRE

Propósito	Web Services Consulta de Dictamen de reclamo contra ISAPRE.		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por el sistema ISA-201585 y consumido por las ISAPREs es entregar el detalle del dictamen de reclamos (RCI o RR RCI) emitido por la COMPIN/SC y el documento firmado digitalmente.		
<u>Web Services Consulta de Dictamen de reclamo contra ISAPRE</u>			
Nombre Método : RCILICMODVERDICTA			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Asignado por COMPIN/SC
Clave	Char(30)	Input	Asignada por COMPIN/SC
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
NumCedTra	Num(10)	Input	Número cédula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito Verificador Cédula Trabajador
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1:Público 2:Privado

			3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
TipoRCI	Num(01)	Input	Tipo de RCI 1: RCI 2: RR RCI
Contenido de la Respuesta			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código de estado: 0:Sin error. 1:Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado
NumCedTra	Num(10)	Output	Número Cédula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Output	Dígito Verificador Cédula Trabajador
NumResol	Num(12)	Output	Número de Resolución
FecResol	Date	Output	Fecha de Resolución
CodCompin	Num(05)	Output	Código COMPIN/SC
Dictamen	Num(01)	Output	4: Acoge 5: Acoge parcial 6: Rechaza
FecPago	Date	Output	Plazo Máximo de Pago en caso de Deniega
DctoDictamen	base64 Binary	Output	Certificado PDF del Dictamen codificado en base64

XML de ejemplo de solicitud:

```
<Envelope xmlns='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <Body>
    <ns1:RCILicModVerDictaRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminalslicrci /'>
      <Codigolsapre>?999?</Codigolsapre>
      <Usuario>?999?</Usuario>
      <Clave>?XXX?</Clave>
      <NumLicencia>?999?</NumLicencia>
      <NumCedTra>?999?</NumCedTra>
      <DigCedTra>?XXX?</DigCedTra>
    </ns1:RCILicModVerDictaRequest>
  </Body>
</Envelope>
```

ANEXO

```
<TipoFormu>?999?</TipoFormu>  
<TipoRCI>?999?</TipoRCI>  
</ns1:RCILicModVerDictaRequest>  
</Body>  
</Envelope>
```

5.2 WEB SERVICES DE SISTEMA DE RECLAMO

5.2.1 WEB SERVICE DE ISAPRE

A continuación, se muestra la definición del WSDL disponible en la URL:
<https://isa.milicenciamedica.cl/wsminsal/Wsisaprelirci?wsdl>

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?><wsdl:definitions
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
  xmlns:tns="http://www.example.org/Wsisaprelirci/"
xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
  xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" name="Wsisaprelirci"
  targetNamespace="http://www.example.org/Wsisaprelirci/">
<wsdl:types>
  <xsd:schema targetNamespace="http://www.example.org/Wsisaprelirci/">
    <!-- RCLicModNotificacion -->
    <xsd:element name="RCLicModNotificacionRequest">
      <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
          <xsd:element name="Token" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipFormu" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipoTramite" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipoReclamo" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FechaIngreso" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="TipoTrabajador" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="ApellidoPaterno" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="ApellidoMaterno" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="NombreTrabajador" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="EdadTrabajador" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="SexoTrabajador" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Mail" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="Celular" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FechaInicioReposo" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="DiasOtorgados" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FecResoluc" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="TipoLmResuelta" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipResolucion" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="CodComuna" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="Dctofundante" type="tns:ArrayOfListaDctofundante"/>
        </xsd:sequence>
      </xsd:complexType>
    </xsd:element>
    <xsd:complexType name="ArrayOfListaDctofundante">
      <xsd:sequence>
```



```

        <xsd:element minOccurs="1" maxOccurs="unbounded" name="Dctofundante"
type="tns:ListaDctofundanteEntity"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>
<xsd:complexType name="ListaDctofundanteEntity">
    <xsd:sequence>
        <xsd:element name="TipDcto" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="TipUsuario" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="DctoFund" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>

<xsd:element name="RCLicModNotificacionResponse">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>

<!-- RCLicModNotificacionDicta -->
<xsd:element name="RCLicModNotificacionDictaRequest">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Token" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="TipoTramite" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="NumResol" type="xsd:long"/>
            <xsd:element name="FecResol" type="xsd:date"/>
            <xsd:element name="CodCompin" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Dictamen" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="FecPago" type="xsd:date"/>
            <xsd:element name="DctoDictamen" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="FecEnvio" type="xsd:date"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="RCLicModNotificacionDictaResponse">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>

```

```
</xsd:element>

<!-- RCILicModNotificacionSolicInfo -->
<xsd:element name="RCILicModNotificacionSolicInfoRequest">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Token" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="CodigoIsapre" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipoTramite" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipoReclamo" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="FecIngreso" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="FecHasta" type="xsd:date"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="RCILicModNotificacionSolicInfoResponse">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:schema>
</wsdl:types>

<wsdl:message name="RCILicModNotificacionRequest">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionRequest" name="RCILicModNotificacionRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModNotificacionResponse">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionResponse" name="RCILicModNotificacionResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:message name="RCILicModNotificacionDictaRequest">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionDictaRequest"
name="RCILicModNotificacionDictaRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModNotificacionDictaResponse">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionDictaResponse"
name="RCILicModNotificacionDictaResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:message name="RCILicModNotificacionSolicInfoRequest">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionSolicInfoRequest"
name="RCILicModNotificacionSolicInfoRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModNotificacionSolicInfoResponse">
```

```
<wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionSolicInfoResponse"
name="RCILicModNotificacionSolicInfoResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:portType name="Wsisaprelicrci">
  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacion">
    <wsdl:documentation>Notificación a la Isapre sobre los reclamos presentados</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:RCILicModNotificacionRequest" />
    <wsdl:output message="tns:RCILicModNotificacionResponse" />
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacionDicta">
    <wsdl:documentation>Notificación de dictamen de licencia médica reclamada.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:RCILicModNotificacionDictaRequest" />
    <wsdl:output message="tns:RCILicModNotificacionDictaResponse" />
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacionSolicInfo">
    <wsdl:documentation>Notificación de solicitud de Información para reclamo</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:RCILicModNotificacionSolicInfoRequest" />
    <wsdl:output message="tns:RCILicModNotificacionSolicInfoResponse" />
  </wsdl:operation>
</wsdl:portType>

<wsdl:binding name="WsisaprelicrciSOAP" type="tns:Wsisaprelicrci">
  <soap:binding transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacion">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModNotificacion" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacionDicta">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModNotificacionDicta" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacionSolicInfo">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModNotificacionSolicInfo" style="document"/>
    <wsdl:input>
```

```
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
</wsdl:operation>
</wsdl:binding>

<wsdl:service name="Wsisaprelicrci">
    <wsdl:port binding="tns:WsisaprelicrciSOAP" name="WsisaprelicrciSOAP">
        <soap:address location="http://localhost/wsminal/Wsisaprelicrci" />
    </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>
```

5.2.2 WEB SERVICE DE COMPIN

A continuación, se muestra la definición del WSDL disponible en la URL:
<https://isa.milicenciamedica.cl/wsminal/Wsminallic?wsdl>

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?><wsdl:definitions
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
  xmlns:tns="http://www.example.org/Wsminallic/" xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
  xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" name="Wsminallic"
  targetNamespace="http://www.example.org/Wsminallic/">
  <wsdl:types>
    <xsd:schema targetNamespace="http://www.example.org/Wsminallic/">
      <!-- LccNotificacionSuscripcion -->
      <xsd:element name="LccNotificacionSuscripcionRequest">
        <xsd:complexType>
          <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="WslsapreLicModWSDL" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="WslsapreLicRciWSDL" type="xsd:string"/>
          </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
      </xsd:element>
      <xsd:element name="LccNotificacionSuscripcionResponse">
        <xsd:complexType>
          <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="Token" type="xsd:string"/>
          </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
      </xsd:element>
    </xsd:schema>
  </wsdl:types>
</wsdl:definitions>
```

```

</xsd:element>
<!-- LccInfLic -->
<xsd:element name="LccInfLicRequest">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="CodigoIsapre" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipFormu" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipoLmeResuelta" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="DiasOtorgados" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="FechaEmision" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="FechaInicioReposo" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="CodComuna" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="NumCedMed" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="DigCedMed" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="FecResoluc" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="DiasAutorizados" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipResolucion" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="CodCie10" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="PrimeContinua" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="CodCausaRechazo" type="xsd:int"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="LccInfLicResponse">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:schema>
</wsdl:types>
<wsdl:message name="LccNotificacionSuscripcionRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccNotificacionSuscripcionRequest"
name="LccNotificacionSuscripcionRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccNotificacionSuscripcionResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccNotificacionSuscripcionResponse"
name="LccNotificacionSuscripcionResponse"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccInfLicRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccInfLicRequest" name="LccInfLicRequest"/>
</wsdl:message>

```

ANEXO

```

<wsdl:message name="LccInfLicResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccInfLicResponse" name="LccInfLicResponse" />
</wsdl:message>
<wsdl:portType name="Wsminsalllic">
  <wsdl:operation name="LccNotificacionSuscripcion">
    <wsdl:documentation>Suscripción a notificaciones relacionadas con licencias
médicas.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccNotificacionSuscripcionRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccNotificacionSuscripcionResponse" />
  </wsdl:operation>
  <wsdl:operation name="LccInfLic">
    <wsdl:documentation>Envío de antecedentes de licencias modificadas.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccInfLicRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccInfLicResponse" />
  </wsdl:operation>
</wsdl:portType>
<wsdl:binding name="WsminsalllicSOAP" type="tns:Wsminsalllic">
  <soap:binding transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http" />
  <wsdl:operation name="LccNotificacionSuscripcion">
    <soap:operation soapAction="urn:LccNotificacionSuscripcion" style="document" />
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>
  <wsdl:operation name="LccInfLic">
    <soap:operation soapAction="urn:LccInfLic" style="document" />
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>
</wsdl:binding>
<wsdl:service name="Wsminsalllic">
  <wsdl:port binding="tns:WsminsalllicSOAP" name="WsminsalllicSOAP">
    <soap:address location="http://localhost/wsminsal/Wsminsalllic" />
  </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>

```

A continuación, se muestra la definición del WSDL disponible en la URL:

<http://isa.milicenciamedica.cl/wsminsal/Wsminsalllicrci?wsdl>

```

<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?><wsdl:definitions
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"

```

```

        xmlns:tns="http://www.example.org/Wsminalslicrci/"
xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
        xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" name="Wsminalslicrci"
        targetNamespace="http://www.example.org/Wsminalslicrci/">
<wsdl:types>
    <xsd:schema targetNamespace="http://www.example.org/Wsminalslicrci/">
        <!-- RCILicModEvenMod -->
        <xsd:element name="RCILicModEvenModRequest">
            <xsd:complexType>
                <xsd:sequence>
                    <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
                    <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
                    <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
                    <xsd:element name="FecDesde" type="xsd:date"/>
                    <xsd:element name="FecHasta" type="xsd:date"/>
                </xsd:sequence>
            </xsd:complexType>
        </xsd:element>
        <xsd:element name="RCILicModEvenModResponse">
            <xsd:complexType>
                <xsd:sequence>
                    <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
                    <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
                    <xsd:element name="ListaEvenLcc" type="tns:ArrayOfListaEvenLcc"/>
                </xsd:sequence>
            </xsd:complexType>
        </xsd:element>
        <xsd:complexType name="ArrayOfListaEvenLcc">
            <xsd:sequence>
                <xsd:element minOccurs="0" maxOccurs="unbounded" name="EvenLcc"
type="tns:ListaEvenLccEntity"/>
            </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
        <xsd:complexType name="ListaEvenLccEntity">
            <xsd:sequence>
                <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
                <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
                <xsd:element name="TipoRCI" type="xsd:int"/>
                <xsd:element name="FecEve" type="xsd:dateTime"/>
                <xsd:element name="CodEvento" type="xsd:int"/>
            </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
        <!-- RCILicModVerDicta -->
        <xsd:element name="RCILicModVerDictaRequest">
            <xsd:complexType>
                <xsd:sequence>
                    <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
                    <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
                    <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>

```

```

        <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="TipoRCI" type="xsd:int"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="RCILicModVerDictaResponse">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="FecEnvio" type="xsd:date"/>
            <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="NumResol" type="xsd:long"/>
            <xsd:element name="FecResol" type="xsd:date"/>
            <xsd:element name="CodCompin" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Dictamen" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="FecPago" type="xsd:date"/>
            <xsd:element name="DctoDictamen" type="xsd:string"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>
<!-- RCILicModSolicInfo -->
<xsd:element name="RCILicModSolicInfoRequest">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="CodigoIsapre" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="ListaAntAdicionales" type="tns:ArrayOfListaAntAdicionales"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:complexType name="ArrayOfListaAntAdicionales">
    <xsd:sequence>
        <xsd:element minOccurs="1" maxOccurs="unbounded" name="AntAdicional"
type="tns:AntAdicionalEntity"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>
<xsd:complexType name="AntAdicionalEntity">
    <xsd:sequence>
        <xsd:element name="TipDcto" type="xsd:int"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>

```



```

        <xsd:element name="DctoFund" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>
<xsd:element name="RCILicModSolicInfoResponse">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:schema>
</wsdl:types>
<wsdl:message name="RCILicModEvenModRequest">
    <wsdl:part element="tns:RCILicModEvenModRequest" name="RCILicModEvenModRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModEvenModResponse">
    <wsdl:part element="tns:RCILicModEvenModResponse" name="RCILicModEvenModResponse"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModVerDictaRequest">
    <wsdl:part element="tns:RCILicModVerDictaRequest" name="RCILicModVerDictaRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModVerDictaResponse">
    <wsdl:part element="tns:RCILicModVerDictaResponse" name="RCILicModVerDictaResponse"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModSolicInfoRequest">
    <wsdl:part element="tns:RCILicModSolicInfoRequest" name="RCILicModSolicInfoRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModSolicInfoResponse">
    <wsdl:part element="tns:RCILicModSolicInfoResponse" name="RCILicModSolicInfoResponse"/>
</wsdl:message>
<wsdl:portType name="Wsminsallirci">
    <wsdl:operation name="RCILicModEvenMod">
        <wsdl:documentation>Consulta de estado de tramitación RCI.</wsdl:documentation>
        <wsdl:input message="tns:RCILicModEvenModRequest" />
        <wsdl:output message="tns:RCILicModEvenModResponse" />
    </wsdl:operation>

    <wsdl:operation name="RCILicModVerDicta">
        <wsdl:documentation>Entrega de detalle de dictamen reclamo.</wsdl:documentation>
        <wsdl:input message="tns:RCILicModVerDictaRequest" />
        <wsdl:output message="tns:RCILicModVerDictaResponse" />
    </wsdl:operation>
    <wsdl:operation name="RCILicModSolicInfo">
        <wsdl:documentation>Registro de antecedentes adicionales de RCI.</wsdl:documentation>
        <wsdl:input message="tns:RCILicModSolicInfoRequest" />
        <wsdl:output message="tns:RCILicModSolicInfoResponse" />
    </wsdl:operation>
</wsdl:portType>

```

ANEXO

```
<wsdl:binding name="WsminsallirciSOAP" type="tns:Wsminsallirci">
  <soap:binding transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
  <wsdl:operation name="RCILicModEvenMod">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModEvenMod" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>
  <wsdl:operation name="RCILicModVerDicta">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModVerDicta" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>
  <wsdl:operation name="RCILicModSolicInfo">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModSolicInfo" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>
</wsdl:binding>
<wsdl:service name="Wsminsallirci">
  <wsdl:port binding="tns:WsminsallirciSOAP" name="WsminsallirciSOAP">
    <soap:address location="http://localhost/wsminsallirci" />
  </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>
```

6 FUNCIONALIDADES DE SISTEMA ISAPRE/COMPIN DS3

6.1 OPCIÓN DE ENVÍO DE ANTECEDENTES CONTRA RECLAMOS LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.

La opción permite al usuario el ingreso de antecedentes con los cuales se determinó la modificación de la Licencia.

Dependerá de los filtros utilizados por el usuario, las LM que se desplieguen.



SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▾

 **BANMEDICA**  **Francisco Llanquipichun Garcia**  **Cambiar contraseña**  **Salir**

Envío manual de antecedentes RCI

DATOS BÚSQUEDA

RUN PACIENTE

N° LICENCIA MÉDICA

RANGO DE FECHAS DE INGRESO
14/03/2016 a 14/04/2020

ETAPA PROCESO
Todas ▾

 **Buscar**  **Limpiar**

LISTA DE LICENCIAS RECLAMADAS (Total de trámites: 2)

MOSTRANDO 10 ▾ **LICENCIAS**

BUSCAR:

☐	N° LICENCIA	RUN COTIZANTE	NOMBRE	TL	FECHA INICIO	DÍA OTO.	DÍA AUT.	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
☐									Todas ▾	
☐	1-10101004	17280266-4	GENARO SANTIS SANTIS	1	01/08/2017	20	10	26/03/2020	NOTIFICADA SOLICITUD ANTECEDENTES	 
☐	2-53355593	12465772-5	GREYSI ALEJANDRA ARAMBARRI VENEGAS	1	13/04/2017	21	7		VALIDADA	 

Mostrando página 1 de 1 de un total de 2 licencias

Primero

Anterior

1

Siguiente

Último

 **Enviar selección**

Botones	Descripción
 Buscar	Permite la búsqueda de los registros, conforme a los criterios indicados en la ventana.
 Limpiar	Permite Limpiar los criterios de la ventana.
 Enviar selección	Permite enviar a tramitación de contraloría de las LM Tramitadas contestadas por la isapre.

	Esta acción permite editar el reclamo en los estados notificado y validada.
	Esta acción permite eliminar (física) el reclamo en el estados validados y lo deja nuevamente en el estado notificado.

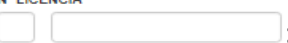
Consideraciones:

Al ingresar a la ventana presentará las LM reclamadas por el cotizante Isapre en COMPIN en estado “Notificado” ordenados desde el más antiguo hasta el más reciente. Las columnas que presentan son las siguientes:

- N° LICENCIA: Corresponde al Número de Licencia
- RUN: Corresponde al Run del Cotizante
- NOMBRE COTIZANTE: Corresponde al Nombre Completo del Cotizante
- TIPO DE LICENCIA: Corresponde al tipo de Licencia informada por el cotizante al ingresar reclamo.
- FECHA INICIO: Fecha desde la licencia informada por LM.
- DIAS OTORGADOS: corresponde a los días otorgados informada por LM.
- DIAS AUTORIZADOS: corresponde a los días autorizados informada por LM.
- FECHA INGRESO: Corresponde a la fecha de notificación por de COMPIN a la Isapre
- ETAPA: Corresponde a la etapa de validación.
- Acciones: Esta columna presenta las acciones que tiene el usuario.

6.1.1 FILTROS GENERALES

Los filtros definidos de la ventana son los siguientes:

- : Permite ingresar el Rut del cotizante
- : Permite ingresar el tipo de formulario y el número de licencia.
- : Permite ingresar el rango de fechas a revisar las notificadas no enviadas a COMPIN.

ETAPA PROCESO

- Validada : Permite seleccionar las etapas del proceso. Los estados son los siguientes:
 - Etapa Proceso Notificada: La LM reclamada se encuentra notificada.
 - Etapa Proceso Validada: La LM reclamada se encuentra notificada con antecedentes adjuntos (los que determinó la modificación de la Isapre), validada por la Isapre y lista para ser despachadas a la COMPIN/SC.

Los filtros se aplican cuando se presiona el botón .

6.1.2 FILTRO LISTA

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación como se muestran:

- Por Caracteres (Ejemplo Juan)
- Por Números (Ejemplo 111)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR: GENARO

☐	N° LICENCIA	RUN COTIZANTE	NOMBRE	TL	FECHA INICIO	DÍA OTO.	DÍA AUT.	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
☐									Todas	
☐	1-10101004	17280266-4	GENARO SANTIS SANTIS	1	01/08/2017	20	10	26/03/2020	NOTIFICADA SOLICITUD ANTECEDENTES	 

6.1.3 FILTRO POR COLUMNAS

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación en las columnas de datos que lo permitan:

MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR:

☐	N° LICENCIA	RUN COTIZANTE	NOMBRE	TL	FECHA INICIO	DÍA OTO.	DÍA AUT.	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
☐		72							Todas	
☐	1-10101004	17280266-4	GENARO SANTIS SANTIS	1	01/08/2017	20	10	26/03/2020	NOTIFICADA SOLICITUD ANTECEDENTES	 
☐	2-53355593	12465725	GREYSI ALEJANDRA ARAMBARRI VENEGAS	1	13/04/2017	21	7		VALIDADA	 

Respuesta con ingreso manual RCI

DATOS DE LA LICENCIA MÉDICA

N° LICENCIA	FECHA EMISIÓN	INICIO REPOSO	DÍAS OTORGADOS	TIPO LM	TIPO TRÁMITE
2-53355593	13/04/2017	13/04/2017	21		RCI

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD
12465772-5	Arambarri	Venegas	Greysi Alejandra	Mujer	44
COMUNA	COMPIN/SC				
ARICA	Compín Arica Parinacota				

DOCUMENTOS FUNDANTES

MOSTRANDO 10 DOCUMENTOS
 BUSCAR:

DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN
HISTORIAL LICENCIAS MEDICAS	HLM-2-53355593-2-59dfd4f729a96.pdf	12/10/2017 09:46:53
LICENCIAS MEDICAS	PDF-2-53355593-1-59dfd4f72a4f3.pdf	12/10/2017 09:46:53

Anterior **1** Siguiente

INGRESO DE DOCUMENTOS ADJUNTOS

Seleccione un tipo de documento

Seleccione archivo No se eligió archivo

Adjuntar

Documentos sólo en formato PDF máximo 1MB

DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN	ACCIONES
Certificado de Afiliación AFP	LM_2-53355593_29_1.pdf	14/04/2020 01:27:54	

Validar

Cancelar

Botones	Descripción
Adjuntar	Permite Subir los adjuntos de LM Isapre reclamada.
Cancelar	Permite volver a la pantalla anterior.
Validar	Valida por el usuario Isapre, que los documentos adjuntos están correctos

Descripción de las secciones de la ventana:

Sección Datos de la Licencia.

DATOS DE LA LICENCIA MÉDICA

N° LICENCIA	FECHA EMISIÓN	INICIO REPOSO	DÍAS OTORGADOS	TIPO LM	TIPO TRÁMITE
2-53355593	13/04/2017	13/04/2017	21		RCI

N° LICENCIA: Indica el Número de Licencia.

FECHA DE RESOLUCION ISAPRE: Indica Fecha de resolución de la licencia médica en la Isapre.

INICIO REPOSO: Indica la Fecha de inicio de reposo de la LM.

DIAS OTORGADOS: Indica los días otorgados de licencia.

TIPO DE LM: Indica el tipo de LM informado por el cotizante Isapre

Sección Identificación del Cotizante

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE					
N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD
12465772-5	Arambarri	Venegas	Greysi Alejandra	Mujer	44
COMUNA		COMPIN/SC			
ARICA		Compín Arica Parinacota			

N° RUN: Ingresar RUN del cotizante con LM reclamada.

PRIMER APELLIDO: Primer apellido del cotizante.

SEGUNDO APELLIDO: Segundo apellido del cotizante.

NOMBRES: Nombres del cotizante. Dato obligatorio.

SEXO: Indica sexo del cotizante.

EDAD: Edad del cotizante.

COMUNA: Comuna del trabajador.

COMPIN/SC: Se obtiene de acuerdo a la COMPIN/SC asociada en la tabla de comuna ingresada del reclamo.

sección Documentos fundantes

En esta sección se listan los antecedentes de la Licencia Médica Modificada y los correspondientes al reclamo realizado por el cotizante.

DOCUMENTOS FUNDANTES		
MOSTRANDO	10	DOCUMENTOS
		BUSCAR:
DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN
HISTORIAL LICENCIAS MEDICAS	HLM-2-53355593-2-59dfd4f729a96.pdf	12/10/2017 09:46:53
LICENCIAS MEDICAS	PDF-2-53355593-1-59dfd4f72a4f3.pdf	12/10/2017 09:46:53
		Anterior 1 Siguiente

Sección Documentos adjuntos

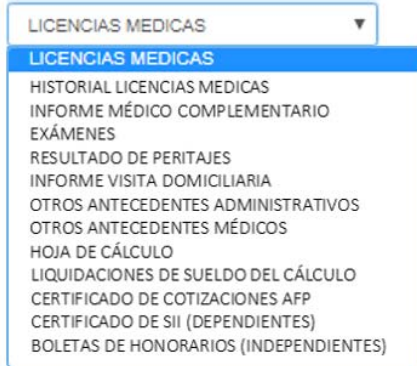
Esta sección permite adjuntar la documentación fundante de las LM Isapre reclamada.

Estos archivos deben ser del tipo PDF y el peso máximo por documento es de 1 MB.

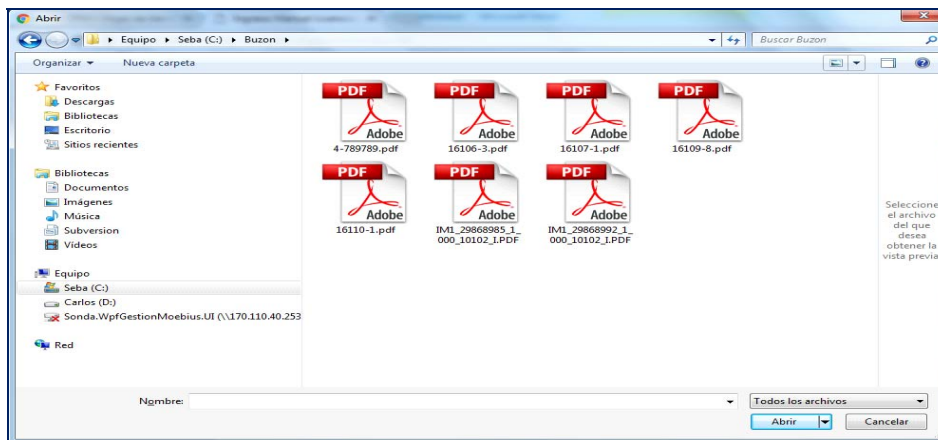
INGRESO DE DOCUMENTOS ADJUNTOS			
Seleccione un tipo de documento	Seleccionar archivo No se eligió archivo		Adjuntar
Documentos sólo en formato PDF máximo 1MB			
DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN	ACCIONES
Certificado de Afiliación AFP	LM_2-53355593_29_1.pdf	14/04/2020 01:27:54	

DOCUMENTOS FUNDANTES: Se debe seleccionar los documentos fundantes.

Los tipos de documentos parametrizados son:



El botón Elegir Archivos (**Elegir archivos**) permite buscar y seleccionar en el PC el archivo adjunto de acuerdo al TIPO DOCUMENTOS FUNDANTES.



(*)Esta ventana no pertenece al sistema es del sistema operativo utilizado.

Se elige el archivo y se presiona el botón abrir (**Abrir**) dejando el archivo temporalmente asociado a la página. El resultado es el siguiente:



El botón adjuntar  permite asociar a la LM digitada el documento adjunto previamente seleccionado por el usuario de la Isapre.

Lista de Documento Fundante: Esta lista va mostrando los documentos adjuntos subidos por el usuario.

DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN	ACCIONES
Certificado de Afiliación AFP	LM_2-53355593_29_1.pdf	14/04/2020 01:27:54	 

Dónde:

El botón acción  permite eliminar adjunto asociado.

El botón acción  visualizar el adjunto asociado.

Editar la LM Validada/Notificada

El botón edición  habilitará la ventana que permitirá al usuario agregar documentos a la LM seleccionada.

Eliminar la LM Validada

El botón  permite al usuario eliminar la LM validada, independiente de si se encuentra en estado 'validada' debe volver a Notificada.

Nota: No se guardará registro de la LM eliminada.

6.1.4 ENVIAR A TRAMITACIÓN CONTRALORÍA.

Una vez adjuntos los documentos fundantes por la isapres y cuando se encuentran en estado **validado** estas pueden ser enviadas a la correspondiente contraloría de la COMPIN/SC para efecto de su revisión y dictaminación.

Para esto se debe seleccionar una, varias o todas las LM reclamadas en el checkbox (☐) como se muestra en la imagen.

LISTA DE LICENCIAS RECLAMADAS (Total de trámites: 2)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR:

☐	Nº LICENCIA	RUN COTIZANTE	NOMBRE	TL	FECHA INICIO	DÍA OTO.	DÍA AUT.	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
☐	1-10101004	17280266-4	GENARO SANTIS SANTIS	1	01/08/2017	20	10	26/03/2020	NOTIFICADA SOLICITUD ANTECEDENTES	✎ ↻
☒	2-53355593	12465772-5	GREYSI ALEJANDRA ARAMBARRI VENEGAS	1	13/04/2017	21	7		VALIDADA	✎ ↻

Mostrando página 1 de 1 de un total de 2 licencias

Primero Anterior 1 Siguiendo Último

[➤ Enviar selección](#)

Para el envío se presiona el botón [➤ Enviar selección](#) y el sistema pregunta para su confirmación.

SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
 Departamento de COMPIN

Envío manual de antecedentes

DATOS BÚSQUEDA

RUN PACIENTE

ETAPA PROCESO

Enviar antecedentes adicionales al Compín/SC

Está a punto de enviar los reclamos notificados con solicitud de antecedentes seleccionados.

¿Quiere continuar?

[➤ Enviar](#) [Volver](#)

[Cambiar contraseña](#) [Salir](#)

- Si se presiona [➤ Enviar](#) se procede con el envío a tramitación de la LM reclamada.
- Si se presiona [Volver](#) se vuelve a la pantalla anterior.

Nota: Si la Isapre no envía la documentación en el plazo normativo, COMPIN se pronunciará en base a los antecedentes entregados por el cotizante, por lo tanto, la LM reclamada desaparecerá de la bandeja de “Respuesta con ingreso manual reclamo contra Isapre” y solo podrá ser consultada en la bandeja de consulta reclamos DS3.

6.2 CONSULTA RECLAMO DS3

Al ingresar a la opción de **consulta reclamo DS3**, se presenta la ventana Lista de las LM Reclamadas en la cual el usuario podrá ver y consultar el estado de tramitación.

La pantalla de Ingreso Manual Licencias Reclamadas:



SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN

Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE

CONSALUD

NEW-QA-ISAPRE SONDA

Cambiar contraseña

Salir

Consulta de reclamos notificados

DATOS BÚSQUEDA

RUN PACIENTE

N° LICENCIA MÉDICA

RANGO DE FECHAS DE INGRESO

ETAPA PROCESO

13/03/2020 a 13/04/2020

Todas

TIPO TRÁMITE

Todos

Buscar

Limpiar

LISTA DE RECLAMOS (Total de reclamos: 7)

Mostrando 10 RECLAMOS

Buscar:

N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	FECHA NOTIF. COMPIN	FECHA RESP. ISAPRE	LM CON SOL. DOCS.	ETAPA	DIC. COMPIN	N° RESOLUCIÓN	DICTAMEN	ACCIONES
					Todas	Todas				
3-8387292839	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	06/04/2020	SI	FINALIZADA	06/04/2020	12120001171	RECHAZA	
1-8373663631	78787878-4	NEW-QA-ISAPRE SONDA TIDE	06/04/2020	08/04/2020	SI	ENVIADA (Trámite)				
1-837366363	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	06/04/2020	NO	ENVIADA (Trámite)				
3-5555980999	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	08/04/2020	SI	ENVIADA (Trámite)				
3-7685849303	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	06/04/2020	SI	ENVIADA (Trámite)				
1-1999999910	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	06/04/2020	NO	FINALIZADA	06/04/2020	5120001672	RECHAZA	
1-1999999912	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	08/04/2020	08/04/2020	NO	FINALIZADA	08/04/2020	5120001674	RECHAZA	

Mostrando página 1 de 1 de un total de 7 reclamos

Primero

Anterior

1

Siguiente

Último

Botones

Descripción

459

 Buscar	Permite la búsqueda de los registros, conforme a los criterios indicados en la ventana.
	Esta acción permite añadir antecedentes adicionales al reclamo cuando está disponible.
	Esta acción permite visualizar el reclamo asociado.
	Esta acción permite visualizar el dictamen del reclamo cuando está disponible.

Consideraciones:

Al ingresar a la ventana presentará las LM Reclamadas de la Isapre tramitadas en un rango de un mes. Las columnas que presenta son:

- N° LICENCIA: Corresponde al Número de Licencia
- N° RUN: Corresponde al Run del Cotizante
- NOMBRE COTIZANTE: Corresponde al Nombre Completo del Cotizante
- FECHA NOTIF: Fecha que está disponible la notificación por parte de COMPIN o por web services de la COMPIN/SC.
- FECHA ENVIO ANT.: Fecha en que la Isapre envió los antecedentes a COMPIN/SC.
- FECHA DICT. COMPIN: Fecha del dictamen del presidente de la COMPIN/SC para el Reclamo.
- N° RESOLUCION: Corresponde al número de la resolución generada.
- DICTAMEN COMPIN: corresponde al dictamen de la LM reclamada.
- Acciones: Esta columna presenta las acciones que tiene el usuario.

6.2.1 FILTROS GENERALES

Los filtros definidos de la ventana son los siguientes:

- RUN PACIENTE
 : Permite ingresar el Rut del cotizante
- N° LICENCIA
☐ : Permite ingresar el tipo de formulario y el número de licencia.



SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
 Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE
 CONSALUD
 NEW-QA-ISAPRE SONDA
 [Cambiar contraseña](#)
[Salir](#)

Consulta de reclamo DS3

DATOS DE LA LICENCIA MÉDICA

N° LICENCIA	FECHA EMISIÓN	INICIO REPOSO	DÍAS OTORGADOS	TIPO LM	TIPO TRÁMITE
1-1999999910	01/03/2020	29/02/2020	10		RCI

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD
88888888-8	AYSEN y MAGALLAN		Presidente dos COMPIN(medico)	Hombre	40

COMUNA	COMPIN/SC
ALGARROBO	Subcomisión Valparaíso

DATOS DE CONTRALORÍA

DICTAMEN	FUNDAMENTO
RECHAZA	REC1-XX1

DOCUMENTOS FUNDANTES

MOSTRANDO 10 DOCUMENTOS

BUSCAR:

DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN	USUARIO	ACCIÓN
Antecedentes Médicos	AME-1-1999999910-20200406202306.pdf	06/04/2020 04:23:06	Cotizante	
Documentación que acredite fuera de plazo	DFFP-1-1999999910-20200406202447.png	06/04/2020 04:24:47	Cotizante	
LICENCIAS MEDICAS	LM_1-1999999910_1_1.pdf	06/04/2020 03:57:54	-	
RESULTADO DE PERITAJES	LM_1-1999999910_4_1.pdf	06/04/2020 03:58:11	-	
Resolución de Rechazo	RDR-1-1999999910-20200406202245.pdf	06/04/2020 04:22:45	Cotizante	

Anterior
 1
 Siguiente

[Volver](#)

6.2.6 VISUALIZAR DICTAMEN

La funcionalidad permite visualizar los dictámenes vía PDF si está disponible.

Al presionar el botón  se presenta la ventana con el dictamen del reclamo contra ISAPRE.

1-40101010



SEREMI DE SALUD
REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO
Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

Resolución Exenta N° 134-17-000006
Fecha: 28/07/2017

VISTOS:

Lo dispuesto en el Art. 3° Inciso 3° Ley 20.585; en el DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, en el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y sus SEREMI aprobado por el DS N° 136/04.

CONSIDERANDO:

1°. Que la ISAPRE **FUNDACION** ha resuelto Reducir la Licencia Médica N° 1-40101010 otorgada a Don(a) , RUN remitiendo a esta COMPIN los antecedentes que fundamentan su decisión.

2°. Que, de la revisión de los antecedentes que se han remitido a esta Comisión, se ha estimado que el pronunciamiento de la Isapre es justificado.

SE RESUELVE:

Ratificar la decisión de la ISAPRE **FUNDACION** respecto de la Licencia Médica precitada, en virtud de los fundamentos señalados por esa Institución.

Lo anterior no restringe el derecho que tiene el trabajador o sus cargas familiares para recurrir ante esta COMPIN, conforme a lo establecido en el artículo 39 del D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

PRESIDENTE QA-SONDA
Presidente Compín

7 GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS

7.1 TÉRMINOS

Concepto	Descripción
Usuario	Corresponde al RUN del usuario que se conectará al sistema
Clave	Contraseña del usuario
Token	Identificador único

7.2 ABREVIATURAS

Concepto	Descripción
LM	Licencia Médica
RCI	Reclamo contra ISAPRE
RR RCI	Recurso de reposición de RCI
DS3	Decreto Supremo N° 3
MB	Mega Byte
FEA	Firma Electrónica Avanzada
FAM	Firma Manual
SOAP	Simple Object Access Protocol

Capítulo XII Información a remitir por las Isapres al Instituto de Previsión Social relativa a los subsidios por incapacidad laboral pagados a los trabajadores independientes

1. En el mes de enero de cada año, el Instituto de Previsión Social deberá remitir a las isapres, o poner a disposición de éstas a través de una casilla electrónica con protocolo FTP el archivo de consulta conteniendo la nómina de los trabajadores independientes afectos al D.L. N° 3.500, de 1980, tanto obligados como no obligados a cotizar, que tenían causantes de asignación familiar y/o maternal reconocidos por todo o parte del año anterior, con trámite de reconocimiento realizado hasta el 31 de diciembre de dicho año. La nómina deberá contener el RUN y los nombres y apellidos de los trabajadores beneficiarios.
2. Las isapres, a más tardar el último día hábil del mes de febrero de cada año, deberán responder la consulta formulada por el IPS, indicando en el archivo de respuesta el monto de los subsidios pagados al beneficiario en el año anteprecedente al de la consulta.

El archivo de respuesta deberá contener la siguiente información:

- RUN del beneficiario
- Monto total de los subsidios líquidos por incapacidad laboral pagados por la isapre al trabajador durante el año calendario anteprecedente al del envío de la nómina. Para tal efecto, el monto de los subsidios líquidos deberá ser informado en forma reajustada al 31 de diciembre del año anterior a la fecha del envío, para lo cual deberá aplicar el porcentaje de variación experimentada por el Índice de Precios al Consumidor entre el último día del mes que antecede al mes del subsidio y el último día del mes de noviembre del año calendario anterior a la fecha de envío de la información. Si el trabajador hubiere percibido más de un subsidio líquido en el año calendario, se informará la suma de todos ellos previamente reajustados.

La información deberá remitirse oficialmente al IPS mediante un CD o transmisión electrónica de datos, haciendo uso de la aplicación que para el efecto dispondrá dicho Instituto.

3. Las isapres deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar que la información sea recibida por el IPS dentro del plazo establecido en la presente Circular.
4. A más tardar el 15 de marzo de cada año, el IPS deberá remitir al SII mediante transmisión electrónica de datos, la nómina de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 2° del D.S. N° 26, de 2011, ya citado, con la información de los subsidios pagados por las isapres a dichos trabajadores independientes obligados a cotizar.
5. La información que reciba el IPS para los efectos indicados estará sujeta a las normas sobre confidencialidad de datos establecida en la Ley N°19.628, de manera que todos sus funcionarios que tomen conocimiento de ella en el desempeño de sus cargos estarán obligados a la reserva de dicha información y sujeto a las sanciones que procedan en caso de infracción a dicha normativa.
6. El IPS deberá informar oportunamente a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de incumplimiento de estas instrucciones por parte de las isapres.

ANEXO

7. Para efectos de facilitar las comunicaciones entre las entidades de que trata esta Circular, cada una de ellas deberá designar un coordinador, para lo cual, en el plazo de 5 días hábiles contados a partir de la fecha de esta Circular, cada isapre deberá comunicar al IPS y a la Superintendencia de Seguridad Social el nombre, cargo, teléfono y correo electrónico de la persona designada para tal efecto. Asimismo, el IPS deberá informar el nombre y correo electrónico de su coordinador a las referidas entidades.

Cualquier consulta en relación a esta Circular deberá efectuarse a la Superintendencia de Seguridad Social al correo electrónico gagonzalez@suseso.gov.cl.

Capítulo XIII Instrucciones a los prestadores de salud sobre la forma y plazos en que deben informar a sus pacientes sobre su posible condición de enfermo terminal, su derecho al beneficio de la Ley N° 21.309, y la entrega de los antecedentes de respaldo que permitan acceder al beneficio²²⁷

Título I. Procedimiento de Información y Certificación de enfermedad terminal de la Ley N° 21.309²²⁸

En cumplimiento del mandato legal impuesto a las Superintendencias de Pensiones y de Salud para la correcta implementación de las normas permanentes de la Ley N° 21.309, se dictan las siguientes instrucciones que obligan a los prestadores institucionales -sean estos públicos o privados- y a los prestadores individuales del país.

1. Reglas para la implementación de la normativa permanente de la ley N° 21.309 que rige a contar del 1 de julio de 2021.

1) Información que deben entregar los prestadores de salud al posible enfermo terminal.

A partir del 1 de julio de 2021, toda vez que los prestadores de salud constaten que una persona a quien se le ha diagnosticado una enfermedad o condición patológica grave, de carácter progresivo e irreversible, no tiene tratamiento específico curativo o alguno que permita modificar su sobrevida, o bien, que los recursos terapéuticos utilizados para su tratamiento han dejado de ser eficaces, y su expectativa de vida es inferior a doce meses, deberán entregarle la siguiente información:

- Su posible condición de enfermo terminal;
- Su derecho a solicitar en su AFP que inicie el proceso de certificación de su condición de enfermo terminal, por cualquiera de las vías presenciales o virtuales que esa entidad tenga disponibles, para acceder al beneficio previsional que establece la Ley N° 21.309;
- Que se le extenderá un certificado médico para tales efectos.
- Que con la solicitud del beneficio autoriza el tratamiento de sus datos sensibles por las diferentes entidades involucradas en el procedimiento.

2) Oportunidad y forma en que los prestadores de salud deben entregar la información referida al posible enfermo terminal.

Dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la entrada en vigencia de la Ley, si se trata de un paciente que su condición de enfermo terminal ya ha sido identificada a esa fecha y no ha sido informado de dicha condición con antelación, el prestador institucional o su médico tratante deberá citarlo a una entrevista presencial o remota para entregarle la información mencionada en el punto 1) precedente. La entrevista tendrá lugar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la citación y podrá ser realizada en forma presencial o virtual, según corresponda.

²²⁷ Capítulo incorporado por Circular conjunta con la Superintendencia de Pensiones IF/N° 382, de 24.06.2021, con vigencia a partir del 01.07.2021. Publicada en el Diario Oficial el 05.07.2021.

²²⁸ Frase incorporada por Circular conjunta con la Superintendencia de Pensiones IF/N° 404, de 04.04.2022, con vigencia a partir de 19.04.2022, fecha de su publicación en el Diario Oficial el 05.07.2021.

Si la condición de enfermo terminal es determinada por el prestador de salud a partir del 1 de julio de 2021, en el contexto de una consulta médica, la información se deberá entregar en esa misma oportunidad o, en su defecto, si tal constatación se realiza sin que el paciente esté presente, se lo citará a entrevista presencial o remota, según corresponda, en el plazo señalado para la entrega de la información.

Si durante la notificación de la citación, hay un contacto personal con el paciente y éste le solicitare al prestador que le entregue inmediatamente la información, ya sea telefónicamente o por video llamada, se prescindirá de la citación a entrevista, entregando en ese mismo acto la información mencionada en el punto 1) y el certificado (emitido con el formato establecido en el Anexo de la presente instrucción) se le entregará o remitirá, dentro del plazo definido para ello, por la vía que el paciente estime pertinente, en forma presencial o por vía electrónica. Sin perjuicio del mecanismo elegido por el paciente, una copia del certificado siempre le deberá ser remitido mediante correo electrónico registrado en el mismo certificado.

Tanto para notificar la citación, como para efectuar la entrevista virtual, se podrá utilizar cualquier medio electrónico idóneo (teléfono, correo electrónico, etc.), con suficiencia para el debido respaldo de su ejecución y para entregar la información de que trata la norma. Cada una de las acciones ejecutadas debe ser acreditada por los medios acordes al mecanismo que se está utilizando y registrada en la ficha clínica del paciente.

De no ser posible contactar al paciente a través de los medios señalados, se le deberá enviar una citación por carta certificada, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la constatación de esa imposibilidad.

Si el paciente no concurre a la citación en la fecha prevista, deberá cursarse una nueva citación, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a esa fecha, fijando la comparecencia para dentro de tres (3) días hábiles. Si la nueva citación debe efectuarse por carta certificada, el prestador contará con un plazo de cinco (5) días hábiles para el envío de la misma y fijará un plazo de comparecencia dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la remisión de la carta.

Si el paciente no concurre a la segunda citación sin haber justificado debidamente su ausencia, cesará la obligación impuesta al prestador. El envío de las dos citaciones al paciente y la no comparecencia de éste, deberá constar fehacientemente en su ficha clínica, sin embargo, si el paciente se comunica posteriormente con el prestador, este último tendrá la obligación de citarlo para entregar la información en referencia.

Si el paciente manifiesta su negativa o renuencia a recibir información sobre su estado de salud, deberá dejarse constancia de ello en la ficha clínica del paciente.

3) Oportunidad y forma en que los prestadores de salud deben entregar al paciente el certificado médico para adjuntar a la solicitud de certificación de su condición de enfermo terminal.

Proporcionada al paciente la información mencionada en el punto 1) precedente, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes, se extenderá por el médico tratante al paciente un certificado con información completa y suficiente sobre su condición de salud. El certificado, a su vez, deberá ser suscrito por el director médico, o su equivalente, del prestador institucional de salud respectivo, dando cuenta que el paciente está siendo o se ha atendido en los últimos dos años por las afecciones indicadas en el mismo.

Finalmente, el certificado será puesto a disposición del paciente o a quién éste designe para tal efecto, en forma presencial o por vía electrónica, según su elección, para luego ser presentado ante la AFP

respectiva. Sin perjuicio del mecanismo elegido por el paciente, una copia del certificado siempre le deberá ser remitido mediante correo electrónico.

4) Procedimiento de emisión y llenado de los certificados por el médico tratante del paciente.

Las Administradoras deberán poner a disposición de los médicos e instituciones de salud una plataforma web para la emisión y llenado de los certificados médicos.

Para generar el certificado, el médico tratante deberá ingresar a la plataforma, URL: <https://certificadosET.portalafp.cl>, validando su identidad a través del número de serie de su cédula de identidad. Por su parte, la plataforma validará que se encuentre inscrito en el Registro de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud. El ingreso a la plataforma, con las referidas validaciones, se considerará como una firma electrónica simple por parte del médico tratante.

Luego de completada la información correspondiente el médico tratante procederá de acuerdo a las siguientes opciones:

a. A partir del 1 de julio de 2021 y hasta el 30 de junio de 2022:

El médico tratante deberá emitir el certificado en la plataforma. Posteriormente deberá imprimirlo, firmarlo, timbrarlo y entregarlo al paciente en forma física o por medio de correo electrónico, según éste lo requiera.

b. A partir del 1 de julio del 2022:

El médico tratante deberá seleccionar en la misma plataforma, el establecimiento de salud público o privado, donde el paciente haya estado hospitalizado y/o que tenga registro de las atenciones recibidas en los últimos dos años por las afecciones indicadas en el certificado. Una vez seleccionado el prestador institucional de salud público o privado que corresponda, el certificado quedará a disposición de la persona designada por dicha institución.

c. Durante el periodo de transición (hasta el 30 de junio de 2022):

El médico tratante podrá proceder de ambas maneras, de acuerdo con la posibilidad de que el prestador institucional de salud se encuentre ingresado en el sistema.

Sin perjuicio del mecanismo elegido por el paciente, una copia del certificado siempre le deberá ser remitido al correo electrónico consignado en dicho certificado.

5) Procedimiento de firma y llenado de los certificados por parte del prestador institucional de salud pública o privado.

El director médico o su equivalente del prestador institucional de salud público o privado en el cual el o la paciente está siendo o se ha atendido en los últimos dos años por las afecciones indicadas en el certificado, deberá completar los datos que correspondan, firmar, timbrar y, finalmente, entregarlo al paciente o a quien éste designe para ello. En un plazo no superior a 2 días hábiles desde la recepción del mismo, independiente de la vía de ingreso.

Se deben tomar todas las medidas de difusión dentro de la Institución para facilitar el procedimiento al paciente o a sus familiares (call center, consultas web, atención de informaciones).

Para esos efectos el prestador institucional de salud público o privado deberá enrolarse e incorporarse a la plataforma web. Al respecto, se debe distinguir:

a. A partir del 1 de julio de 2021 y hasta el 30 de junio de 2022:

El prestador institucional de salud público o privado mientras no se encuentre enrolado e incorporado a la plataforma web, deberá recibir el certificado emitido por el médico tratante en forma física, completar los datos que le correspondan, firmar y timbrar por el director médico o su equivalente y, finalmente, entregarlo al paciente o a quien éste designe para ello.

b. A partir del 1 de julio del 2022:

El prestador institucional, quien deberá estar enrolado e ingresado como tal en la plataforma web, procederá a completar los campos que correspondan en el certificado, para que luego sea impreso, firmado y timbrado por el director médico, o su equivalente y finalmente, entregarlo al paciente o a quien él designe para ello, en forma física o por medios electrónicos.

Sin perjuicio del mecanismo elegido por el paciente, una copia del certificado siempre le deberá ser remitido al correo electrónico, consignado en dicho certificado.

6) Requerimiento de antecedentes adicionales formulados por el Consejo Médico a los prestadores de salud.

El Consejo Médico, a que se refiere el artículo 70 bis de la Ley 21.309, a efecto de resolver sobre la solicitud de certificación de la condición de enfermo terminal de un paciente, podrá solicitar antecedentes adicionales a las Instituciones de Salud Públicas o Privadas, por lo que se requiere que dichos establecimientos designen a una persona encargada de responder, cuya identidad deberá ser informada a la Superintendencia de Salud, con copia a los Consejos Médicos al correo consejos.medicos@spensiones.cl, en un plazo de cinco (5) días hábiles, contado desde la fecha de publicación de la presente instrucción. Se deberá informar, con una antelación de 3 días hábiles, cualquier cambio en esa designación.

Para estos efectos, las administradoras le solicitarán al paciente la autorización para que el Consejo Médico pueda acceder a todos los antecedentes clínicos contenidos en su ficha clínica.

El funcionario designado por el prestador institucional de salud, desde la recepción del requerimiento, tendrá dos (2) días hábiles para enviar la información solicitada al correo electrónico consejos.medicos@spensiones.cl habilitado por los Consejos para este efecto.

2. Constancia de las gestiones realizadas

Los prestadores de salud, tanto institucionales como individuales, deberán estar siempre en condiciones de acreditar la realización de cada una de las diligencias efectuadas en cumplimiento de la presente normativa.

3. Solución de controversias

Las controversias que se susciten por la ejecución de los procedimientos contenidos en la presente instrucción serán resueltas por la Superintendencia de Pensiones.

Anexo 1 Certificado médico para certificación enfermo terminal

NOTA: si necesita más espacio sólo escriba en el casillero que automáticamente se ampliará. Las secciones A, B1, D, F, G, H e I son obligatorias, las otras secciones se deben llenar según la patología principal.

FECHA DE EMISIÓN:

A. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA EVALUADA (a llenar en todos los casos)					
Nombre completo					
RUN				Edad	
Previsión	FONASA		Isapre		
Teléfono casa				Teléfono celular	
Domicilio					
Correo electrónico					

B1. HISTORIA CLÍNICA (a llenar en todos los casos)	
Diagnóstico atingente a la solicitud	
Fecha diagnóstico atingente a la solicitud	
Condición actual y evolución últimos tres meses (descripción breve)	
Fundamentos y aspectos clínicos que apoyan el pronóstico de vida menor a un año	

B2. HISTORIA CLÍNICA ONCOLÓGICA (si corresponde) (si hay dos tumores primarios, emitir informe en relación al cáncer más avanzado y de peor pronóstico).					
Localización tumor primario (incluida leucemia y mieloma)					
Fecha y resultado biopsia (se recomienda adjuntar)					
Metástasis	Pulmonar		Hepática		Cerebral
	Ósea		Otro (especificar)		
Se adjunta último Informe de Comité Oncológico					

(se recomienda adjuntar siempre)	
Unidad Cuidados Paliativos (fecha ingreso, nombre, fecha último control)	

ÍTEM C. SE LLENAN DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO ATINGENTE A LA SOLICITUD, IDENTIFICADO EN EL ÍTEM B

(Completar con los antecedentes disponibles, si no se cuenta con ellos no completar el campo)

C1. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN ONCOLÓGICOS (si corresponde)	
Albúmina sérica	g/dL
Pérdida de peso (últimos 6 meses)	%
Disnea persistente	sí/no
Delirium (según CAM)	+/-
Disfagia persistente	sí/no
Necesidad de cuidados complejos/intensos continuados.	sí/no
ECOG	0 a 4

C2. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN BRONCOPULMONARES (si corresponde)	
Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones.	sí/no
MMRC	0 a 4
Confinado a domicilio con limitación de marcha.	sí/no
Índice de Barthel	pts
IMC	kg/m ²
Presión pulmonar	mmhg
Criterios espirométricos de función pulmonar (con BD):	
- CVF	%
- VEF1	%
DLCO ajustado	%
Necesidad de oxigenoterapia crónica.	sí/no

Saturación en reposo	%
Saturación en ejercicio	%
Test de marcha 6 minutos	mts
Deterioro funcional (últimos 6 meses)	sí/no
Exacerbaciones de manejo ambulatorio (último año).	N°
Hospitalizaciones no planificadas (últimos 6 meses).	N°
Hospitalizaciones en UTI/UCI por exacerbaciones (último año).	N°
Aumento de la demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones de enfermería, otros).	sí/no
Hemoptisis recurrente	sí/no
PCO2 en gases arteriales.	sí/no

C3. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN CARDIOLÓGICOS (si corresponde)	
Capacidad funcional actual	I a IV
Fracción eyección ventrículo izquierdo	%
Arritmias ventriculares malignas	sí/no
Hospitalizaciones por IC (último año).	N°
Atenciones en servicio de urgencia por IC (último año).	N°
Test de marcha 6 minutos	mts
IMC	kg/m ²
Velocidad de filtración glomerular (VFG)	ml/min

C4. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN NEUROLÓGICOS (si corresponde)	
Enfermedad neurológica vascular o traumática:	
Durante la fase aguda y subaguda (hasta 3 meses post-ACV o TEC): estado vegetativo persistente, de mínima conciencia, enclaustramiento, tetraplejía con compromiso respiratorio secular.	sí/no
Durante la fase crónica (más de 3 meses post-ACV o TEC): complicaciones médicas severas que llevan a un deterioro de la función neurológica (especificar cuáles).	sí/no (en caso de sí: especificar)
Enfermedad neurológica degenerativa:	
Disfagia progresiva	sí/no

Pérdida de peso (últimos 3 meses)	%
Gastrostomía	sí/no
Neumonía por aspiración recurrente	sí/no
Disnea o insuficiencia respiratoria con apoyo ventilatorio	sí/no
Hospitalizaciones por patologías severas intercurrentes relacionadas con patología de base (último año).	Nº
Demencia	sí/no (en caso de sí: GDS- FAST)
Índice de Barthel	pts

C5. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN HEPATOLÓGICOS (si corresponde)	
Cirrosis avanzada	sí/no
Ascitis refractaria	sí/no
Síndrome hepatorenal	sí/no
Hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento.	sí/no
Carcinoma hepatocelular en D.	sí/no
Enfermedad extrahepática (pulmonar, cardíaca) grave o invalidante.	sí/no
Malignidad extrahepática	sí/no
Enfermedad neurológica grave.	sí/no
Presión arterial pulmonar	mmHg
Infección activa extrahepática grave.	sí/no
VIH-SIDA no controlado	sí/no/no realizado
Adicción activa a drogas y alcohol.	sí/no
Apoyo familiar y social.	sí/no
Capacidad para comprender y seguir el tratamiento.	sí/no
Edema cerebral incontrolable o falla multiorgánica en falla hepática fulminante.	sí/no
Pérdida de peso (últimos 6 meses).	%
Clasificación Child-Pugh	pts
MELD-Na	pts
Bilirrubina	mg/dL
Creatinina	mg/dL

INR	
Score de Lille	pts
Peritonitis bacteriana espontánea	sí/no

C6. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN NEFROLÓGICOS (si corresponde)	
Demencia	sí/no (en caso de sí: GDS- FAST)
Clasificación Child-Pugh	pts
Insuficiencia cardiaca congestiva	Clase
Cáncer avanzado	sí/no
Índice de Barthel	pts
Índice de Karnofsky	%

C7. GERIATRÍA (si corresponde) (obligatorio para personas de 80 años y más)					
Síntomas actuales (persistentes)					
Asintomático		Anorexia		Digestivo	
Dolor		Otro (especificar)			
Úlceras por decúbito persistentes					sí/no (en caso de sí: estadio)
Afgia					sí/no
Albúmina sérica					g/dL
Pérdida de peso (últimos 6 meses)					%
Infecciones con repercusión sistémica de repetición					Nº
Delirium (según CAM)					+/-
Demencia					sí/no (en caso de sí: GDS- FAST y etiología)
Depresión					sí/no (en caso de sí: leve, moderada o severa)
Índice de Barthel					pts

Escala visual de fragilidad

Funcionalidad basal (previo diagnóstico terminal)



Funcionalidad hace 6 meses (si corresponde)



Funcionalidad actual



¿Ha habido alguna expresión de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa del paciente, la familia, o los miembros del equipo?

sí/no

Hospitalizaciones no planificadas (últimos 6 meses).

sí/no (en caso de sí: N° y fecha)

Ingresado a Programa Dependencia Severa

sí/no (en caso de sí: frecuencia necesaria)

D. ANTECEDENTES MÓRBIDOS (a llenar en todos los casos)

HTA		Diabetes		Cardiopatía		Cáncer	
Enfermedad neurológica		Enfermedad renal		Insuficiencia hepática		VIH	
Cifoescoliosis severa		EPOC		ACV		Demencia	
Hipotiroidismo		Depresión		Asma			
Otro (especificar)							

E1. TRATAMIENTOS RECIBIDOS ONCOLÓGICOS (si corresponde)

Terapia	Droga/ localización	Línea tto	¿Tratamiento completo?	Fecha	Establecimiento

Quimioterapia y/o inmunoterapia					
Hormonoterapia					
Terapia molecular					
Radioterapia /Radioterapia paliativa					
Tratamiento de cuidados paliativos (opioides y otros)					
Tratamiento antineoplásico actual				(última dosis)	
Procedimientos quirúrgicos y/o semi invasivos efectuados					

E2. TRATAMIENTOS RECIBIDOS (medicamento u otro tratamiento continuo) (a llenar en todos los casos)

Droga o Procedimiento	Dosis	Fecha de inicio	Establecimiento

F. EXÁMENES REALIZADOS (indique exámenes relevantes realizados dentro de los últimos 6 meses para apoyar el pronóstico: laboratorio, imágenes o funcionales) (a llenar en todos los casos)

Examen	Fecha	Resultados/observaciones

G. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (a llenar en todos los casos)			
Nombre			
Especialidad		RUN	
Correo electrónico			

Firma y timbre médico tratante

LA INSTITUCIÓN QUE FIRMA ACREDITA QUE EL PACIENTE ANTES INDIVIDUALIZADO ESTÁ SIENDO O SE HA ATENDIDO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS POR LAS AFECCIONES INDICADAS EN EL PRESENTE INFORME.

H. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE RECIBE LAS ATENCIONES (a llenar en todos los casos)	
Nombre	
Dirección (especificar comuna y región)	
Identificación persona encargada de entregar información:	
Nombre	
Cargo	
Correo electrónico	
Teléfono	

I. IDENTIFICACIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO O SU DELEGADO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (a llenar en todos los casos)	
Nombre	
RUN	

Firma y timbre director médico o delegado del Establecimiento de Salud	Timbre del Establecimiento de Salud

Anexo 2 Autorización a consejo médico o a consejo médico de apelación para revisión de ficha clínica

AUTORIZACIÓN

Quien suscribe, en conocimiento de los derechos que me confiere la Ley 19.628 sobre la protección de datos personales y sensibles, con ocasión de mi solicitud de pensión y calificación de certificación como enfermo terminal que se encuentra en trámite según lo establecido en la Ley N°21.309, autoriza al Consejo Médico y al Consejo Médico de Apelación (en el caso de un eventual reclamo) para que soliciten antecedentes y/o accedan a la revisión de mis fichas clínicas ambulatorias y/u hospitalarias de los prestadores de salud públicos y privados en que me he atendido, extrayendo la información relevante que sea de utilidad para el único fin de fundamentar debidamente la certificación de enfermos terminal.

Para la efectividad de esta autorización, el Consejo Médico y el Consejo Médico de Apelación, podrán solicitar el envío de los antecedentes necesarios contenidos en las referidas fichas clínicas directamente a las Instituciones de Salud Públicas o Privadas, de acuerdo a lo instruido en esta Norma Conjunta entre esta Superintendencia de Pensiones y la Superintendencia de Salud y/o encargar la revisión de los antecedentes antes aludidos a los siguientes profesionales:

- Médicos integrantes del Consejo Médico o del Consejo Médico de Apelación.
- Profesionales inscritos en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo para los Consejos Médicos de la Ley 21.309.

Esta autorización rige a contar de esta fecha y hasta la data en que la certificación como enfermo terminal por el Consejo Médico o por el Consejo Médico de Apelación, se encuentre ejecutoriada.

Nombre completo:	
Céd. Identidad N°	Firma o huella digital:
Fecha:	

Título II. Procedimiento de enrolamiento de los establecimientos de salud a la plataforma para la emisión de certificados médicos de enfermos terminales en el marco del articulado permanente de la ley 21.309²²⁹

1. Glosario

Plataforma web o virtual: Espacio de internet que permite la ejecución de la aplicación diseñada y administrada por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) para la emisión de los certificados médicos de enfermos terminales, en el marco de la Ley 21.309.

Enrolamiento: Proceso mediante el cual un establecimiento de salud, a través de las personas que estos designen como encargadas para la tramitación de los certificados médicos de enfermos terminales, se inscribe en la Plataforma citada precedentemente con el objetivo de habilitarse para la emisión de certificados por medios remotos o virtuales.

Administrador de la Plataforma: Equipo designado por las AFP en su conjunto, encargado de revisar si los antecedentes ingresados en la Plataforma cumplen con los requisitos de admisibilidad de la solicitud de enrolamiento y, además, entrega el soporte técnico a los diferentes usuarios de la plataforma, en caso de dificultades de operabilidad.

Administrador(a) Institucional (Titular y Suplente): Son las personas designadas como encargadas de tramitar por parte del Establecimiento de Salud, el enrolamiento, en defecto del Director(a), y los certificados médicos de enfermos terminales emitidos a pacientes de su institución en el marco de la Ley N°21.309. Este(a) encargado(a) puede ser la misma persona que responde los requerimientos de antecedentes adicionales formulados por el Consejo Médico.

Director(a) Médico(a) o su equivalente: Director(a) es la persona que ejerce como jefe(a) superior(a) del Servicio, Hospital o Clínica para todos los efectos legales y administrativos, teniendo su representación judicial y extrajudicial.

Validar: Proceso de revisión al que se someten los antecedentes y datos ingresados a la plataforma, para verificar su consistencia.

2. Procedimiento Administrativo de Enrolamiento

2.1. Generalidades:

Los Establecimientos de Salud deben acceder al sitio web “certificadosET.portalafp.cl” para completar el formulario denominado “SOLICITUD DE ENROLAMIENTO DE INSTITUCIONES DE SALUD A LA PLATAFORMA DE CALIFICACIÓN DE ENFERMOS TERMINALES”, con el fin de registrar a la institución de salud respectiva y a sus encargados en la plataforma virtual de certificados. El enrolamiento debe ser solicitado por el(la) Director(a) Médico(a) o su equivalente del establecimiento.

²²⁹ Título incorporado por Circular conjunta con la Superintendencia de Pensiones IF/N° 404, de 04.04.2022, con vigencia a partir de 19.04.2022, fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Es obligatorio, para la aprobación de la solicitud, adjuntar el respaldo que acredite la calidad de Director(a) Médico(a) de la institución.

Una vez ingresada la solicitud, el administrador de la plataforma validará que cumpla con todos los requisitos establecidos por la Superintendencia de Pensiones.

2.2. Requisitos de la “Solicitud de Enrolamiento en Plataforma de Emisión de Certificados de Enfermos Terminales ley 21.309”, incluida en el Anexo de estas instrucciones:

a. La solicitud de enrolamiento debe contener la totalidad de los datos solicitados y, además, se debe adjuntar el documento que acredite el cargo de Director(a) Médico(a), en el formato exigido para su incorporación a la plataforma.

b. En el caso del establecimiento de salud se validará que la solicitud contenga:

- El nombre completo del establecimiento, RUT, sucursal (si corresponde), dirección, comuna y región.

c. En el caso del(a) Director(a) Médico(a) o su equivalente del establecimiento de salud, se validará que la solicitud contenga:

- El nombre completo, RUN y correo electrónico institucional del(a) Director(a) Médico(a).
- El correo electrónico inscrito siempre debe ser institucional, no se aceptarán correos personales.
- Se validará que los datos ingresados del(a) Director(a) Médico(a) sean consistentes con el documento que acredite su cargo (documento emitido por RRHH de la respectiva institución, o la resolución de nombramiento, que acredite su calidad de Director(a) Médico(a) o su equivalente del establecimiento de salud público o privado).
- Se validará que el documento que acredita la calidad de Director(a) Médico(a) cuente con la firma y timbre del respectivo establecimiento de salud.

d. En el caso de los(as) Administradores(as) Titular y Suplente se validará que la solicitud contenga:

- El nombre completo, RUN, cargo, teléfono y correo electrónico institucional.
- El correo electrónico inscrito siempre debe ser institucional.
- Se validará que todos los datos se encuentren completos para ambos(as) administradores(as), es decir, Titular y Suplente.

2.3. Acceso a la plataforma:

La “Solicitud de enrolamiento Instituciones de Salud” se pondrá a disposición a través de la plataforma web de emisión de certificados de enfermos terminales. Para ello se deben completar los siguientes 6 pasos:

Paso 1: La persona designada por el establecimiento de salud debe ingresar a la URL certificadosET.portalafp.cl

Paso 2: A continuación, debe seleccionar la opción “Solicitud de enrolamiento Instituciones de Salud”.

Paso 3: Luego, se completan los datos requeridos en el formulario web denominado “SOLICITUD DE ENROLAMIENTO DE INSTITUCIONES DE SALUD A LA PLATAFORMA DE CALIFICACIÓN DE ENFERMOS TERMINALES”. Las secciones a llenar son las siguientes:

- Identificación del establecimiento de salud.
- Identificación del Director(a) Médico(a) -o su equivalente- del establecimiento de salud.
- Adjuntar documento, en formato “pdf”, de acreditación del cargo de Director(a) Médico(a).
- Identificación de la persona nombrada como usuario(a) Administrador(a) Titular.
- Identificación de la persona nombrada como usuario(a) Administrador(a) Suplente.

Paso 4: Una vez completados los datos, se ingresa la solicitud de enrolamiento, presionando el botón “Enviar solicitud”.

Paso 5: A continuación, el sistema validará que los datos del formulario se encuentren completos:

- Si existen datos incorrectos se alertará al usuario para que los corrija.
- Si todos los campos se encuentran completos, se procede a ingresar la solicitud y se enviará, al correo electrónico del(a) Director(a) Médico(a) y Administradores(as) (Titular y Suplente), una notificación con la confirmación de la recepción de la solicitud de enrolamiento, en un plazo máximo de 1 día hábil.

Paso 6: El administrador de la plataforma, a los 2 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud, notificará vía correo electrónico a la institución el resultado de la solicitud de enrolamiento, la cual puede ser **Rechazada** o **Aprobada**:

- En caso de ser **Rechazada** la solicitud, se indicará el motivo del rechazo y el establecimiento de salud deberá suscribir una nueva solicitud de enrolamiento.
- En caso de ser **Aprobada** la solicitud, se les enviará al(a) Director(a) Médico(a) y a los(as) Administradores(as) de la institución de salud registrados en la “SOLICITUD DE ENROLAMIENTO DE INSTITUCIONES DE SALUD A LA PLATAFORMA DE CALIFICACIÓN DE ENFERMOS TERMINALES”, un correo electrónico indicando la aceptación de la solicitud y sus datos de acceso a la plataforma de certificados de enfermos terminales.

Una vez que se encuentre Aprobada la solicitud de enrolamiento, la institución de salud se encontrará habilitada para emitir “Certificados de Enfermos Terminales”, a través de la plataforma, previo cumplimiento del siguiente Paso 7.

Paso 7: El(la) Director(a) Médico(a) y los(as) Administradores(as) titular y suplente de la institución de salud, deberán ingresar a la plataforma y generar una nueva contraseña.

2.4. Causales de rechazo de una solicitud de enrolamiento para los establecimientos de salud

- a. Los datos solicitados de identificación del Establecimiento de Salud se encuentran incompletos o incorrectos.
- b. Los datos solicitados de identificación del(a) Director(a) Médico(a) o su equivalente y de los(as) Administradores(as), titular y suplente, se encuentran incompletos o erróneos.
- c. Los Correos electrónicos ingresados tanto del(a) Director(a) Médico(a) o su equivalente y/o de los(as) Administradores(as) titular y suplente, son correos electrónicos personales o se repiten entre ellos. Cada participante debe tener su propio correo (seguridad para el envío de los usuarios y claves personales).
- d. El documento ingresado para acreditar el cargo de Director(a) Médico(a) o su equivalente, tiene datos inconsistentes (no coinciden con los datos ingresados de la institución o Director(a) Médico(a)) o tiene datos incompletos (no viene con los timbres y firmas respectivas).
- e. El documento ingresado para acreditar el cargo de Director(a) Médico(a) o su equivalente no es emitido por la Unidad de Recursos Humanos de la institución o no corresponde a una resolución de nombramiento titular o interino. No se aceptarán documentos informales firmados por jefes directos.

2.5. Designación de Administrador(a) Institucional (Titular y Suplente):

Las instituciones de salud públicas o privadas deberán designar a un(a) administrador(a) institucional y a su suplente, encargado(a) de iniciar el procedimiento de enrolamiento, en defecto del(a) Director(a) Médico(a), y de tramitar los certificados médicos de enfermos terminales emitidos a pacientes de su institución en el marco de la Ley N°21.309. Esta función será compatible con la de encargado(a) ante el Consejo Médico, que establece la Circular IF/N°382 y la Norma de Carácter General N°284, ambas de julio de 2021, pudiendo ejercerla la misma persona.

El(la) Administrador(a) Institucional deberá realizar las siguientes funciones:

- Revisar diariamente en la plataforma los certificados emitidos por los médicos(as) tratantes y derivados a su establecimiento de salud.
- Revisar cada certificado y completar los campos preestablecidos en la misma plataforma.
- Descargar y/o imprimir los certificados ya completos.
- Tramitar la firma ya sea manual o electrónica del(a) Director(a) Médico(a) o su equivalente
- Subir el certificado en formato "pdf" a la aplicación.
- Entregar el certificado al paciente que lo requiera o que no cuente con correo electrónico, dejando una copia de éste en la ficha clínica.

Los usuarios autorizados para acceder a la plataforma no podrán utilizar la información de las personas beneficiarias que solicitan la emisión de un certificado, sino únicamente para los fines que la motivan, de conformidad a lo establecido en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada.

3. Solución de Controversias

Las controversias que se susciten por la ejecución del procedimiento contenido en la presente instrucción serán resueltas por la Superintendencia de Pensiones.

Anexo: Solicitud de enrolamiento en plataforma de emisión de certificados de enfermos terminales ley 21.309²³⁰

Fecha de ingreso solicitud: (entregada por sistema)

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
Nombre del Establecimiento	
RUT	
Sucursal (si corresponde)	
Dirección	
Comuna	
Región	
IDENTIFICACIÓN DEL(A) DIRECTOR(A) MÉDICO(A) O SU EQUIVALENTE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
Nombre completo	
RUN	
Correo electrónico institucional	
DOCUMENTACIÓN ACREDITACIÓN DIRECTOR(A) MÉDICO(A)	
Adjuntar documento (*)	Subir documento en formato PDF

Por el presente documento, solicito crear como usuario(a) administrador(a) titular y administrador(a) suplente del sistema para la emisión de certificados para la Ley 21.309 a las siguientes personas:

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA NOMBRADA COMO USUARIO(A) ADMINISTRADOR(A) TITULAR:			
Nombre completo			
RUN		Cargo	
Correo electrónico institucional		Teléfono	
IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA NOMBRADA COMO USUARIO(A) ADMINISTRADOR(A) SUPLENTE:			

²³⁰ Anexo incorporado por Circular conjunta con la Superintendencia de Pensiones IF/N° 404, de 04.04.2022, con vigencia a partir de 19.04.2022, fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Nombre completo			
RUN		Cargo	
Correo electrónico institucional		Teléfono	