SUPERINTENDENCIA DE SALUD

COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS

(Versión actualizada 07.09.2026)[1]

[1] Circular IF/N°531, 31 de julio de 2026

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

CONTENIDO

.....1

Capítulo I Procedimientos Relativos al Contrato de Salud 15

Título I: Instrucciones sobre procedimientos de suscripción de contratos de salud previsional.....15

1. Antecedentes de afiliación 16

2. Etapas de la suscripción de documentos contractuales 17

3. Vigencia anticipada de beneficios 20

4. Documento identificatorio de beneficiarios y beneficiarias 20

Título II. Suscripción electrónica en los contratos de salud previsional. 21

1. Disposiciones generales 23

2. Obligaciones para las isapres 23

3. Medidas de seguridad 25

4. Adhesión y revocación al modelo de SECSP 25

5. Rol de fiscalización.....25

Título III. Instrucciones sobre procedimientos de adecuación de contratos de salud.....26

1. Comunicación de la Adecuación propuesta por la Isapre 26

1 bis. Adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Unica de Factores 28

1 Ter. Vigencia de las primas extraordinarias de la Ley 21.647 y 21.674 en relación con el proceso de adecuación 29

2. Situaciones especiales de adecuación 29

3. Pronunciamiento de la persona afiliada 31

4. Formalización de la adecuación.....31

5. Definiciones relativas a la adecuación de los precios base de los contratos de salud 33

6. Cálculo de la banda de precios.....33

7. Situación de planes creados entre febrero y junio de cada año 33

8. Opción de no adecuar los precios base.....33

9. Otras instrucciones en relación a la adecuación de los precios base 33

10. Adecuación especial por modificación o término del convenio con prestador cerrado o preferente.....33

11. Comunicación de la modificación del precio de las Garantías Explicitas en Salud (GES).....36
Anexos.....37
Título III bis: Plan Preventivo de Isapres y Examen de Medicina Preventiva.....44
Título IV. Instrucciones sobre procedimientos de modificación de contratos de salud.....60
1. Situación de cesantía.....60
2. Variación permanente de la cotización.....61
3. Variación en la composición del grupo familiar.....61
4. Modificación del mes de la anualidad.....65
5. Modificación de precio por cambio en el tramo de edad.....65
6. Casos especiales de modificación de contratos.....65
7. Alza del precio del contrato durante períodos de incapacidad laboral.....66
8. Formalización de las modificaciones.....67
9. Ajuste de contratos de salud previsional.....68
10. Otras instrucciones en relación a la modificación de contratos de salud.....68
11. Emisión Computacional del FUN.....71
12. Disposición Transitoria: Planes con renuncia al desahucio vigente.....71
Anexo.....72
Título V. Cumplimiento del contrato de salud.....74
1. Otorgamiento de Beneficios.....75
2. Reliquidación de bonificación de prestaciones.....75
3. Negativa de cobertura.....76
3.1. Exclusión de cobertura prestaciones con fines de embellecimiento.....77
3.2. Cobertura de supuestas preexistencias respecto de las que no existen pruebas.....77
4. Otorgamiento de presupuestos.....77
a) Menciones mínimas sobre el formato de Presupuestos Médicos.....78
b) Presupuestos Alternativos.....79
b1. Sobre presupuestos alternativos basados en Paquetizaciones.....80
5. Mantención de los beneficios por muerte del o la titular.....80
6. Uso de Excedentes.....81
7. Procedimiento de cobro y pago del seguro obligatorio de accidentes personales, establecido en la Ley N° 18.490.....82
Título VI: Reglas en materia de terminación de contratos.....86
1. Por incumplimiento de las obligaciones contractuales.....86
2. Por muerte del afiliado o afiliada.....88
3. Por pérdida de la relación laboral con una empresa.....88
4. Desahucio o desafiliación.....88
5. Desafiliación en caso de cesantía.....91

6. Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud. 91
7. Por mutuo acuerdo 91
8. Por mutuo acuerdo con efecto retroactivo 91
9. Reincorporación a la isapre 92
Anexo Carta de desafiliación 93
Título VII. Comunicaciones entre las partes en relación al contrato de salud 94
1. Comunicaciones del afiliado o afiliada a la isapre respecto al cambio de domicilio o de empleador 94
2. Comunicación de la isapre al afiliado o afiliada 94
3. Instrucciones respecto a las cartas certificadas 94
4. Instrucciones respecto de la notificación por correo electrónico. 95
5.- Comunicación y registro de datos de los afiliados para la transferencia electrónica 96
Capítulo II Selección de Prestaciones Valorizadas 98
1. Formato de la cartilla 98
2. Normas generales de valorización de las prestaciones 98
3. Valorización de las prestaciones que se otorgan por determinados prestadores individualizados en el plan 98
4. Existencia de más de un convenio 98
5. Inexistencia de convenio 99
6. Actualización de la Selección de Prestaciones Valorizadas 99
7. Valorización de cartillas correspondientes a planes nuevos 99
8. Utilización de la selección de prestaciones valorizadas 99
Anexo Nº 1 Selección de Prestaciones Valorizadas 100
Anexo Nº 2 Instrucciones para el llenado de la Selección de Prestaciones Valorizadas 102
Anexo Nº 3 Instrucciones para el llenado de las notas explicativas 104
Anexo Nº 4 Descripción de las prestaciones comprendidas en la Selección de Prestaciones Valorizadas .106
Capítulo III Cotizaciones 117
Título I: Declaración y pago de cotizaciones de salud 117
1. Planillas de cotizaciones 117
2. Situaciones posibles en los procesos de declaración y pago de cotizaciones 117
Anexo Nº 1 119
Anexo Nº 2 126
3. Ley N° 21.063, SANNA 126
4. Pago de cotizaciones de trabajadores independientes con cargo a las sumas retenidas por el Servicio de Impuestos Internos. 127
Título II: Emisión computacional de planillas de declaración y pago 128
Título III: Declaración y pago de cotizaciones de salud mediante la transmisión electrónica de información a través de Internet 129
1. Definiciones 129
2. Modelos operativos 130

Anexo N° 1 135
Anexo N° 2 138
Anexo N° 3 139
Anexo N° 4 140
Anexo N° 5 141
Anexo N° 6 142
Título IV: Cobranza extrajudicial de deudas de cotizaciones de salud 143
1. Normas comunes a todo procedimiento extrajudicial de cobro de cotizaciones 143
2. Normas aplicables a los cotizantes que detentan la calidad de trabajadores dependientes o pensionados 143
3. Normas aplicables a los cotizantes que tienen la calidad de trabajadores independientes o cotizantes voluntarios 145
4. Cotizantes en situación de cesantía 145
5. Eliminado 146
6. Prohibición del cobro al afiliado, y al empleador en el caso de trabajadores dependientes, de las cotizaciones de salud adeudadas en períodos de incapacidad laboral por permiso Ley SANNA. 146
Título V: Regularización de cotizaciones mal enteradas 147
I. Definiciones 147
II. Origen de las cotizaciones mal enteradas 147
III. Proceso de regularización masiva de CME 147
IV. Proceso de regularización de CME por solicitud directa 150
V. Disposiciones varias 151
VI. Información de las devoluciones masivas y directas 153
Anexo N° 1 154
Anexo N° 2 155
Anexo N° 3 156
Anexo N° 4 160
Anexo N° 5 161
Anexo N° 6 162
Anexo N° 7 163
Anexo N° 8 164
Anexo N° 9 165
Título VI: Eliminado 166
Título VII: Procedimientos especiales de notificación del FUN al IPS, a Mutualidades de Empleadores, a las Compañías de Seguros, a las AFP y a Empleadores del Sector Público 166
1. Notificación al ex INP, actual Instituto de Previsión Social, y a las Mutualidades de Empleadores de la Ley Nº 16.744. 166
2. Notificación a las Compañías de Seguros 167
3. Notificación a las AFP 168

4. Notificación a los Empleadores Públicos 169
Título VIII: Excesos de cotización 171
I. Definiciones 171
II. Registro contable 172
III. Devolución directa de excesos de cotización a los afiliados o ex afiliados 173
IV. Registro Individual de Excesos 173
V. Procedimiento para la devolución masiva de los excesos pendientes 174
VI. Devoluciones masivas extraordinarias 177
VII. Información al afiliado ante el término del contrato 177
VIII. Excesos en Fonasa 177
ANEXO 2 180
ANEXO 3 185
ANEXO 4 186
ANEXO 5 188
Título IX: Excedentes de cotización 189
1. Definiciones 189
2. Formación de la cuenta corriente individual de excedentes 190
3. Irrenunciabilidad de los excedentes 191
4. Cierre de la cuenta corriente individual de excedentes 192
5. Destino de los excedentes 192
5 bis. De los sistemas en línea para uso de excedentes de manera remota o fuera de la isapre 193
5 bis.1. Del sistema en línea para uso de excedentes por parte de los beneficiarios 193
5 bis.2 Del sistema de pago en línea para prestadores 193
6. Procedimiento de cálculo del saldo de la cuenta corriente individual de excedentes 195
7. Comisión 196
7 bis. Devolución anual de excedentes de cotización a las personas afiliadas 196
8. Traspaso de los excedentes 199
9. Situaciones especiales 200
10. Revocación de la renuncia a los excedentes suscrita con anterioridad al 1 de marzo de 2009 200
Anexo Nº 1 RENUNCIA A LOS EXCEDENTES DE COTIZACIÓN 202
Anexo Nº 2 REVOCACIÓN DE LA RENUNCIA A LOS EXCEDENTES DE COTIZACIÓN 203
Anexo N° 3 ARCHIVO DE TRASPASO DE EXCEDENTES AL FONASA 205
Título X: Determinación de la tabla de reajustes e intereses aplicable a las cotizaciones de salud pagadas fuera del plazo legal 206
Título XI: Obligación de las isapres de recibir las actas de fiscalización de la Dirección del Trabajo, respecto al cumplimiento de la obligación de los empleadores de enterar las cotizaciones de salud que descuentan a sus trabajadores 207
Título XII: Acreditación del pago de las cotizaciones de salud 208

1. Certificado de cotizaciones de salud pagadas 208
2. Excepción a la obligación de emitir el certificado 208
3. Formulario de solicitud de certificado de cotizaciones pagadas 208
Anexo 209
Título XIII: Obligación de las isapres de recibir el pago de cotizaciones atrasadas 210
Título XIV: Cotizaciones durante los periodos de incapacidad laboral 211
1. Plazo para el pago 211
2. Base de cálculo 211
3. Convenio de pago 211
4. Planilla de recaudación 211
Título XV: IVA y cotizaciones previsionales 212
Título XVI: Cotizaciones de trabajadores dependientes con más de un empleador 213
Título XVII: Improcedencia de compensación que indica 213
Título XVIII: Pago de cotizaciones de afiliados al Fondo Nacional de Salud 213
Capítulo IV Licencias Médicas 215
Título I. Facultades de la Superintendencia de Salud en materia de licencias médicas 215
Título II. Disposiciones comunes para el otorgamiento y tramitación de las licencias médicas 215
1. Autorización de la licencia médica 215
2. Recepción y derivación de la licencia al médico designado para su revisión 215
3. Pronunciamiento de la isapre 216
4. Procedimiento de visación de una licencia con aprobación pura y simple 216
5. Cómputo de plazo de recepción de la licencia médica 217
6. Tipos de licencia médica 217
7. Formulario de licencia médica 217
8. Menciones que debe consignar el profesional en la licencia médica 217
9. Revisión de la licencia médica por la isapre 218
10. Menciones que debe consignar el empleador o trabajador independiente en la licencia médica 218
11. Menciones que debe consignar en la licencia médica la Compin, la Unidad de Licencias Médicas o la isapre 219
12. Rechazo de la licencia 220
13. Formalidad del pronunciamiento de la Compin, de la Unidad de Licencias Médicas o de la isapre 221
14. Rechazo, reducción o ampliación de la licencia médica 221
16. Visita domiciliaria 222
17. Notificación de la resolución que se pronuncia sobre la licencia 222
18. Atraso en la presentación de licencias médicas emitidas por servicios dependientes de los Servicios de Salud y municipalizados 223
19. Autorización de licencias médicas por enfermedades irrecuperables de personas beneficiarias de isapre 223

Anexo....224
Título III. Reclamaciones en relación a los pronunciamientos sobre licencias médicas....225
1. Resoluciones de la Compin en apelaciones contra pronunciamientos de una isapre....225
2. Revisión de las licencias médicas por la Superintendencia de Seguridad Social....225
3. Calificación del carácter profesional o común de las patologías que han dado lugar a licencia médica....226
Título IV. Situaciones especiales en relación a las licencias médicas....227
1. Licencias médicas a trabajadores que se desempeñan en el extranjero....227
2. Descanso postnatal....227
Título V. Tramitación de licencias médicas en formularios que tengan soporte en papel....228
1. Descripción del formulario de licencia médica....228
2. Intervención del profesional que extiende la licencia....228
Título VI. Otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas....229
A. Disposiciones generales....229
B. Procedimiento de otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica....233
C. Normas sobre responsabilidad....236
Anexo Nº 1....238
Anexo Nº 2....287
Capítulo V Solución de Conflictos....292
Título I. Tramitación de reclamos ante el Fonasa e isapres....292
1. Definiciones....292
2. Obligaciones frente a un reclamo....292
3. El procedimiento de reclamo....292
4. El expediente del reclamo y su contenido....293
5. Respuesta al reclamo....293
6. Notificación y plazos....294
7. Revisión de lo resuelto por el reclamado....294
8. Archivo del expediente de reclamo....295
Título II: Reclamos de los cotizantes y beneficiarios contra las isapres, el Fonasa o los Prestadores de Salud, deducidos ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud....296
I. Aspectos generales....296
1. Definiciones....296
2. Reglas generales....296
3. Notificaciones....297
4. Plazos....298
5. Acumulación de reclamos administrativos....298
6. Principio de no formalización del procedimiento de reclamo administrativo....298
7. Revisión de los actos administrativos de mero trámite....298

8. Reglas de funcionamiento del “Reloj buzón” para la recepción de escritos y documentación 299
II. El procedimiento de reclamo administrativo 299
1. Formación del expediente administrativo 299
1bis. Admisibilidad institucional 299
2. Instrucción del procedimiento de reclamo administrativo 300
3. Diligencias probatorias 301
4. Término del procedimiento 301
5. Revisión del acto administrativo de término 302
6. Cumplimiento 302
Anexo 304
Título III. Procedimiento para solicitud de afiliación en caso de reclamos por alza de precio 306
Derogado 306
Título IV: Procedimiento de arbitraje para el conocimiento, tramitación y resolución de controversias 307
1. Procedimiento de arbitraje 307
2. Recepción del reclamo o solicitud de arbitraje 309
3. Formación del expediente 310
4. Contestación de la demanda 312
5. Prueba 313
6. Término de la controversia 314
7. Recursos 315
8. Cumplimiento de las sentencias 316
9. Disposiciones generales 317
10. Disposición final 318
ANEXO 319
Título V. Mediación para controversias entre isapres o Fonasa y los cotizantes y/o beneficiarios 321
1. Definiciones 321
2. Registro de Mediadores 321
3. Reglas generales de la mediación 322
4. Procedimiento de mediación 323
5. Inhabilidad del mediador y nuevo nombramiento 324
6. Plazo de la mediación 325
7. Término de la mediación 325
8. Constancia del término de la mediación 325
9. Custodia de los documentos 326
10. Control de los mediadores 326
Anexos 330

Título VI. Expediente Electrónico Reservado y notificación electrónica de resoluciones de juicios arbitrales y reclamos administrativos 333
1. Definiciones 333
2. El Expediente Electrónico Reservado 333
3. La notificación electrónica 338
4. Caso fortuito o fuerza mayor 339
Anexo N° 1 *Eliminado por Circular IF/N°210, de 05.02.2014* 340
ANEXO 341
Anexo N° 3 *Eliminado por Circular IF/N°210, de 05.02.2014* 343
Capítulo VI Procedimientos Operativos de las Isapres 344
Título I. Garantía que las isapres deben constituir y mantener 344
1. Instrumentos financieros 344
2. Límites de inversión 350
3. Actualización de la garantía 353
4. Reglas respecto a la garantía 353
5. Procedimiento para pago de obligaciones con fondos de la garantía 354
6. Contrato de depósito, custodia y administración 354
7. Monto de la garantía e indicador de liquidez 355
Anexo Nº 1 357
Anexo Nº 2 361
Título II. Acerca de las prohibiciones de los artículos 173 y 176 del DFL N° 1, y de la obligación de informar a la Superintendencia de Salud 363
Título III. Información médica de los beneficiarios de isapre 364
1. Procedimiento de registro y el Registro de Médicos Revisores de Fichas Clínicas 364
2. Médico revisor de fichas clínicas 366
3. Procedimiento que deberán adoptar las isapres frente a requerimientos de datos sensibles de sus cotizantes y beneficiarios 368
Anexo N°1 371
Anexo N°2 373
Título IV. Agentes de ventas de las isapres 374
I. Registro de agentes de ventas 374
II. Control de la fuerza de ventas 377
III. Procedimiento Sancionatorio 378
Anexo N°1 382
Anexo N°2 382
Título V. Comunicaciones mediante transmisión electrónica de datos 384
1. Aspectos generales 384
2. Requisitos del sistema de comunicaciones 385

3. Procedimientos de operación 386
4. Obligación de mantener la prestación de servicios en la forma tradicional 386
5. Informe de auditoría 386
Título VI: Procedimiento de notificación electrónica del Formulario Único de Notificación a las entidades encargadas del pago de la cotización 387
I.- Definiciones 387
II.- Procedimiento de notificación electrónica del FUN 387
III. Convenios 389
IV. Adhesión y revocación al procedimiento de notificación electrónica del FUN 392
Anexo N° 1 393
Anexo Nº 2 393
Título VII. Funcionamiento de sucursales, agencias u oficinas de atención de público 395
I. Sobre las agencias, sucursales u oficinas de atención de público 395
II. Sobre los funcionarios de las isapres en las oficinas 399
III. Sobre el registro de la atención de público 399
Título VIII. Normas para envío de correo certificado 400
Título IX. Procedimiento de devolución de Subsidios por Incapacidad Laboral a empleadores 401
Título X. Confección de documentos por parte de las isapres 408
Capítulo VII Vinculación entre la Superintendencia y los sujetos fiscalizados, beneficiarios, ex beneficiarios y público en general 409
Título I. Formalidades de las presentaciones escritas ante la Superintendencia 409
1. Presentaciones escritas 409
2. Notificación de las instrucciones o resoluciones que dicte la Superintendencia 409
3. Forma de computar los plazos contenidos en las instrucciones o resoluciones que dicte la Superintendencia 410
Título II. Designación de un representante de la isapre ante la Superintendencia de Salud 412
Título III. Comunicación sobre los mecanismos para el otorgamiento de los beneficios mínimos legales 412
Capítulo VIII Procedimiento de Sanciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud 413
1. Principios generales del procedimiento de sanciones 413
2. Sujetos fiscalizados 413
3. Procedimiento de sanciones 413
4. Reglas Generales 416
5. Comité Asesor en materia de infracciones 418
6. Impugnación 420
7. Control del cumplimiento de la sanción 420
Anexo Nº 1 422
Anexo Nº 2 423

Anexo Nº 3....425
Anexo Nº 4....426
Capítulo IX Procesos de Fiscalización de la Superintendencia de Salud a las isapres, el Fonasa y los prestadores de salud....428
1. Instrucciones relativas a los procesos de fiscalización a las isapres....428
I. Acerca de la fiscalización....428
II. Plazos para el cumplimiento de los requerimientos formulados en los procesos de fiscalización.....431
III. Obligación de informar a los beneficiarios....431
IV. Trato adecuado a los fiscalizadores....431
V. Impedimento o entorpecimiento de la fiscalización....431
VI.- Derecho de impugnación....432
VII.- Fiscalizadores en ejercicio....432
2. Procedimiento de fiscalización al Fonasa....432
I. Acerca de la fiscalización....432
II. Plazos para el cumplimiento de los requerimientos formulados en los procesos de fiscalización....433
III. Trato adecuado a los fiscalizadores....433
IV. Impedimento o entorpecimiento de la fiscalización....433
V. Derecho de impugnación....433
3. Notificación electrónica de los oficios de término de los procesos de fiscalización realizados por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud....434
I.- Aspectos generales....434
II.- De la notificación....434
III.- Habilitación del usuario autorizado....434
IV.- Acceso a la documentación emitida....434
V.- Caso fortuito o fuerza mayor....435
Anexo N°1....436
Anexo N°2....437
4. Normas sobre procedimiento de fiscalización a prestadores de salud....440
I. Acerca de la fiscalización....440
II. Fiscalización a prestadores institucionales de salud....440
III. Fiscalización a prestadores individuales de salud para efectos de verificar la notificación a los pacientes sobre su derecho a acceder a las GES....442
IV. Impedimento o entorpecimiento de la fiscalización....443
IV. Derecho de impugnación....443
Capítulo X Procedimiento de Regulación de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud Y Notificación de las Instrucciones....444
I. Procedimiento de Regulación....444
1. Principios y directrices de la función reguladora....444

2. Instrumentos de regulación 445
3. Requerimiento de observaciones a los organismos fiscalizados....446
II. Notificación electrónica de normativa emitida por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud 447
1. Aspectos generales....447
2. Notificación electrónica de la normativa....447
3. Habilitación del usuario autorizado 448
4. Almacenamiento....448
5. Caso fortuito o fuerza mayor 448
Anexo....449
Capítulo XI Procedimientos Relativos a las Garantías Explícitas en Salud 450
Título I. Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad 450
1. Situaciones de Excepción.... **¡Error! Marcador no definido.**
2. Causales específicas de excepción: .... **¡Error! Marcador no definido.**
3. Gestión de Casos con Garantía Exceptuada.... **¡Error! Marcador no definido.**
4. Obligación de Informar .... **¡Error! Marcador no definido.**
Título II. Designación de nuevo prestador....455
1. Requisitos para acceder a la garantía de oportunidad 455
2. Designación del segundo prestador por el Fonasa o la Isapre....455
3. Información en página web para designación de nuevo prestador....456
4. Plazos....456
5. Procedimiento de designación del nuevo prestador por parte de la Superintendencia....457
6. Situaciones de improcedencia de la designación de nuevo prestador por parte de la Superintendencia ..459
7. Designación de funcionario del asegurador y habilitación de dirección electrónica o número de fax....459
Anexo....460
Título III. Fondo de Compensación Solidario 462
1. Objetivo del Fondo 462
2. Isapres participantes del Fondo de Compensación Solidario....462
3. Información necesaria para la operación del Fondo 462
4. Prima comunitaria, modelo de compensación de riesgos y primas ajustadas por riesgo. 464
5. Notificación de las primas y del modelo de compensación de riesgos a las isapres 466
6. Formulación de observaciones 466
7. Notificación de las primas y del modelo de compensación de riesgos definitivos....467
8. La Comisión del Reglamento del Fondo de Compensación....467
9. Determinación de las compensaciones efectivas 469
10. Traspasos de recursos....470
11. Plazo para el traspaso de recursos al Fondo de Compensación 471

12. Prohibición 471
13. Incumplimientos 471
Título IV. Recepción y tramitación de las Presentaciones relativas a las Impugnaciones sobre la calificación de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave GES (Inciso séptimo del artículo 9 de la Ley N°19.966.) 472
Capítulo XII Procedimientos relativos al Régimen de Prestaciones de Salud y a Fonasa 474
Título. De la afiliación e incorporación de cargas en Fonasa 474
Título II. De la vigencia de la cédula de identidad para extranjeros en el ejercicio de los beneficios de salud. 474
Capítulo XIII Procedimientos Especiales de las isapres 475
Título. Transferencia de contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios 475
1. Definiciones 475
2. Etapas de la Transferencia 475
3. Contrato de Transferencia 478
4. Obligaciones de las isapres respecto de los beneficiarios 478
5. Distribución de la Cartera a dos o más isapres 480
Capítulo XIV Procedimiento para el Registro de las Instituciones de Salud Previsional 481
1. Disposiciones preliminares 481
2. La solicitud de registro 481
3. Tramitación de la solicitud de registro 482
4. Constitución de la garantía y apertura del registro 483
5. Rechazo de la solicitud de registro 483
Anexo N°1 484

Capítulo I Procedimientos Relativos al Contrato de Salud

Título I: Instrucciones sobre procedimientos de suscripción de contratos de salud previsional[2]

Las Isapres, al momento de la suscripción del contrato de salud con un futuro cotizante, sólo pueden evaluar el riesgo individual de salud de esa persona y sus beneficiarios, utilizando para ello la declaración de salud, en la forma indicada en el N°2 de este título, y sólo podrá negar la afiliación, basada en dicha evaluación, si así lo decide. Por lo anterior, las instituciones de salud previsional no podrán excluir de la posibilidad de solicitar la afiliación, a priori, a ningún grupo de personas, basadas en consideraciones tales como el sexo, identidad de género[3], edad, condición de salud, condición laboral, etnia, preferencia sexual u otras de los futuros cotizantes y/o sus beneficiarios.

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

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

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

En cuanto a la oferta de planes de salud, las isapres no podrán, al ofrecer o disponer planes de salud para su suscripción, discriminar por sexo, identidad de género[4], edad, número de cargas, patologías o condición de salud, condición laboral, etnia, preferencia sexual u otras discriminaciones arbitrarias. Lo anterior, sin perjuicio de los planes grupales descritos en el artículo 200 del DFL N°1, de 2005, de Salud, que pueden considerar como condición el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de trabajadores con miras a otorgar beneficios distintos de los que podría obtenerse con la sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia.[5]

Así, las isapres no pueden dirigir la oferta de sus planes de salud de manera selectiva y excluyente a personas determinadas, ya sea a través de la denominación de aquéllos, mediante publicidad o a través de sus agentes de ventas, entre otras, de manera tal que les restrinja su libertad de elección del plan de salud que desean suscribir. Sin perjuicio de aquello, las isapres siempre son responsables de proporcionar la información suficiente y la orientación adecuada a las personas acerca de los planes que más se ajusten a sus requerimientos y necesidades.[6]

[2] Resolución Exenta SS/N° 39 de 10.01.2012 modificó la Circular IF/N°160, de 3.11.11.
[3] Incorporado por Circular IF/N° 336 de 2019.
[4] Incorporado por Circular IF/N° 336 de 2019.
[5] Párrafo incorporado por Circular IF/N°276, de 22.11.2016 y modificado posteriormente por la Resolución Exenta IF/N°457 de 28.12.2016
[6] Párrafo incorporado por Circular IF/N°276, de 22.11.2016 y modificado posteriormente por la Resolución Exenta IF/N°457 de 28.12.2016.

Conforme lo anterior, evaluados positivamente los antecedentes que proporcionen las personas para suscribir el contrato de salud, de acuerdo a lo establecido en los párrafos primero y segundo de este Título, aquéllas son libres para elegir cualquier plan de salud que forme parte de la cartera de planes en comercialización o que estén disponibles para su suscripción, debiendo la isapre posibilitar al potencial cotizante esta elección, no obstante que debe considerarse el límite respecto del monto de los excedentes, establecido en el inciso sexto, del artículo 188 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, al celebrar el contrato de salud.[7]

Asimismo, las isapres no pueden impedir la elección de planes grupales a los potenciales cotizantes cuando concurran los requisitos objetivos establecidos en aquéllos para su suscripción, tales como pertenencia a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores.[8]

1. Antecedentes de afiliación

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

- Para verificar la identidad y contrastar la firma del o la potencial cotizante, una fotocopia de su Cédula de Identidad o de su Licencia de Conducir; y en el caso de personas extranjeras, el Pasaporte, o Cédula de Identidad para Extranjeros y Residentes Temporales. Para certificar la identidad y el R.U.N. de sus beneficiarios o beneficiarias, podrá utilizarse la Cédula de Identidad, Licencia de Conducir, una fotocopia de la Libreta de Familia o un Certificado de Nacimiento.

  En caso de cédulas de identidad para extranjeros que se encuentren vencidas, se entenderá que éstas mantienen su vigencia como tal lo expresa la ley, siempre que se exhiba en conjunto con un certificado de residencia en trámite o prórroga de residencia temporal en trámite.

- Para verificar la calidad de familiar beneficiario, además de un certificado que pruebe la relación de parentesco respectiva, un certificado de la entidad que otorgue la asignación familiar, u otro documento que acredite que aquél cumple con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente. En este último caso y, asimismo, respecto de los convivientes civiles, a quienes la ley no establece como causantes de asignación familiar ni aun de un trabajador dependiente, bastará con el certificado que acredite la relación de parentesco respectiva y una declaración jurada simple del futuro afiliado, en la que consigne que dicho familiar vive a sus expensas y no disfruta de una renta -exceptuando las pensiones de orfandad- igual o superior al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el inciso 1° del artículo 4° de la Ley N° 18.806, siempre que no provenga de labores remuneradas realizadas por un período no superior a tres meses en cada año calendario[9].

  Si se trata de una futura afiliada, la isapre deberá informarle que, en virtud de la Ley Nº 21.337, debe declarar como familiar beneficiario o carga legal a su cónyuge, cuando éste cumpla con los mismos requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar respecto de la titular del contrato de salud, los que deberá explicarle claramente. Asimismo, que, en el caso de que durante la vigencia del contrato su cónyuge adquiriera esos requisitos, deberá declararlo como carga legal. En todo caso, deberá informarle, además, la incidencia de la incorporación del beneficiario en el precio final del contrato de salud[10].

- Para verificar la renta o remuneración imponible de la persona trabajadora dependiente, pensionada o beneficiaria cotizante, en su caso, la isapre deberá solicitar un certificado de cotizaciones previsionales y/o de salud, emitido por la AFP o institución previsional a la que le corresponde recibirlas, en que conste la entidad que efectúa la declaración y/o pago de dichas cotizaciones. Adicionalmente, podrá solicitar otros documentos que sirvan para corroborar dicha condición, tales como una fotocopia de la última liquidación de remuneraciones o pensiones, una fotocopia del contrato de trabajo, una fotocopia de la última planilla de pago de cotizaciones a la AFP o IPS, un certificado de renta emitido por su empleador/ a, o algún certificado legal

[7] Párrafo incorporado por Circular IF/N°276, de 22.11.2016
[8] Párrafo incorporado por Circular IF/N°276, de 22.11.2016
[9] Viñeta insertada por Circular IF N° 250, de 03/09/2015
[10] Párrafo incorporado por Circular IF/N° 383, de 24.06.2021

que acredite la renta, etc. Todos estos documentos deberán quedar en poder de la isapre como respaldo de la respectiva afiliación.

Excepcionalmente, se podrá utilizar la "fotocopia del contrato de trabajo" sin otro antecedente adicional, como medio para acreditar tales hechos, tratándose de personas que se están afiliando a la Isapre el mismo mes o al mes siguiente de su ingreso a trabajar para el respectivo empleador, puesto que en estos casos aún no aparecerá información pertinente en los certificados de cotizaciones previsionales o de salud.[11]

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

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

La información contenida en los antecedentes presentados por el o la cotizante, deberá ser traspasada al FUN tipo 1 que se emitirá al efecto. La isapre estará obligada a conservar dicha documentación, frente a eventuales irregularidades que se denuncien o reclamen, a lo menos por el plazo de 5 años[12].

En conformidad a la normativa vigente, la isapre deberá adoptar todas las medidas tendientes a evitar la doble afiliación, sea entre los regímenes regulados en los Libros II y III del DFL N° 1, o bien, entre dos o más isapres; garantizar la fidelidad de los datos que se consignen en el contrato de salud[13] y, desplegar una efectiva supervisión sobre el desempeño de sus Agentes de Ventas en el proceso de suscripción de contratos.

2. Etapas de la suscripción de documentos contractuales

La isapre utilizará la Declaración de Salud para registrar las enfermedades, patologías o condiciones de salud físicas[14] preexistentes, en los términos señalados en el inciso segundo del N° 6 del artículo 190 del DFL N° 1 de sus potenciales cotizantes y personas beneficiarias. Para estos efectos, el o la cotizante deberá llenar la antedicha declaración, de acuerdo a la normativa vigente, y firmarla en señal de conformidad con el contenido de lo declarado en materia de enfermedades o condiciones de salud preexistentes.[15]

De acuerdo con el derecho establecido en la ley 21.331 a no ser discriminado por padecer o haber padecido una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, las isapres no pueden consultar ni exigir a los potenciales afiliados la declaracion de enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales propias o de sus beneficiarios, como tampoco pedir antecedentes clínicos o realizar entrevistas que revelen esos diagnósticos.[16]

En virtud de los fines del contrato de salud, tampoco se consideran[17] preexistentes, y, por tanto, no declarables, las enfermedades o condiciones de salud congénitas (de cualquier tipo), las cuales le hayan sido diagnosticadas al beneficiario hasta el término de su período neonatal. En estos casos, la isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación.[18]

Asimismo,[19] atendido que la identidad de género no es una enfermedad, una patología ni una condición de salud, no debe declararse en el formulario de Declaración de Salud, ni tampoco la isapre puede exigirla. Por lo tanto, la isapre se encuentra impedida de rechazar la afiliación, restringir la cobertura o dar término al contrato de salud

[11] Viñeta modificada por Circular IF N° 417, de 24 .11.22
[12] Párrafo reemplazado por Circular IF N° 417, de 24.11.22
[13] Expresión ", en base a la documentación requerida a las personas afiliadas;" suprimida por Circular IF N° 417, de 24.11.22
[14] Palabra incorporada por la Circular IF/Nº396, de 8 de noviembre de 2021.
[15] Capítulo I del Compendio de Instrumentos Contractuales
[16] Párrafo incorporado por la Circular IF/Nº396, de 8 de noviembre de 2021.
[17] La expresión "tampoco se consideran" fue incorporada por la Circular IF/Nº396, de 8 de noviembre de 2021.
[18] Párrafo agregado según Circular IF/N° 354 de 2020, modificada por Resolución Ex. IF/N° 46, de 3.2.21.
[19] Enunciado agregado según Circular IF/N° 354 de 2020, modificada por Resolución Ex. IF/N° 46, de 3.2.21.

basándose en dicho antecedente. Conforme a ello, las personas transgénero no deben declarar su identidad de género, como tampoco las expresiones: disforia de género, incongruencia de género, transexualidad o cualquiera otra similar que aluda a dicha identidad.[20]

Del mismo modo, la isapre no podrá exigir información oncológica o la declaración de haber padecido una patología oncológica a la fecha de suscripción del contrato, cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior, en virtud de lo dispuesto en el artículo 8° bis de la Ley N° 21.258[21].

Para estos efectos, se entenderá por "finalización del tratamiento radical" la culminación de la última fase del tratamiento curativo que erradica el cáncer (no preventivo ni paliativo) al que se hubiesen sometido potenciales cotizantes o personas beneficiarias"[22].

La isapre deberá entregar al potencial cotizante un comprobante que indique la fecha del llenado de la Declaración de Salud, la identificación del postulante y la fecha en que se va a pronunciar respecto a la aceptación o el rechazo de la incorporación.[23]

En caso de rechazo de la afiliación en la fecha estipulada, la isapre deberá justificar fundadamente el motivo de aquél en la Sección F "Resultado de la evaluación por parte de la isapre". Al momento de comunicar tal situación al postulante, deberá devolverle el ejemplar de la Declaración de Salud destinado a él, con todos los antecedentes aportados por éste.[24]

Sólo en caso que lo considere apropiado, la institución consignará, en la Sección E. "Evaluación Contraloría Médica y Restricciones temporales de Cobertura", de la Declaración de Salud, la propuesta de restricción de cobertura correspondiente a las enfermedades preexistentes declaradas, las que deberán ajustarse a lo previsto en la normativa vigente.

Teniendo presente que no es posible fijar una cobertura por debajo del mínimo legal señalado en el inciso primero del artículo 190, del D.F.L. Nº1, de 2005, de Salud, y a que es deber de las isapres proporcionar información oportuna respecto a los contratos de salud, las instituciones no podrán proponer las restricciones que alude la letra g), del artículo 189 del mencionado D.F.L. Nº1, a prestaciones de salud pactadas -en el plan de salud seleccionado por el potencial beneficiario- en un valor equivalente a la cobertura financiera que asegura el Fonasa o al 25% de la cobertura que ese mismo plan de salud confiere a la prestación genérica. Lo anterior deberá ser consignado por la isapre en el cuadro "observaciones", contenido en la Sección E. que alude el párrafo que antecede.

Cualquier restricción realizada en estos casos se tendrá por no escrita, sin perjuicio de las potenciales sanciones que correspondan a la institución por ello[25].

Una vez firmada la declaración de salud por quien la isapre designe, ésta será puesta en conocimiento del afiliado o afiliada, quien, sólo en esta oportunidad y si está de acuerdo, la firmará nuevamente en la sección pertinente, conjuntamente con los restantes documentos contractuales. En caso de no haber patologías o condiciones de salud que declarar no será necesario que el afiliado o afiliada vuelva a firmar la declaración de salud[26].

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

La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar la entrega efectiva de los documentos mencionados en el párrafo precedente, además de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), el Procedimiento de Acceso a las Garantías Explícitas en Salud y los Mecanismos para el Otorgamiento de los Beneficios Mínimos, a través de una constancia firmada por la persona afiliada al reverso del ejemplar del

[20] Párrafo incorporado por Circular IF/N° 336 de 2019.
[21] Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 464 de fecha 15 de abril de 2024.
[22] Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 464 de fecha 15 de abril de 2024 y modificado por la Resolución Exenta IF/N° 15046 de fecha 21 de octubre de 2024.
[23] Párrafo incorporado a través de Circular IF/N° 234 de 2014
[24] Párrafo incorporado a través de Circular IF/N° 234 de 2014 y modificado mediante la Resolución Exenta IF/N° 432 de 2015
[25] Párrafos 5º, 6º y 7º fueron incorporados por la Circular IF/Nº363, de 23 de julio de 2020, la que fue modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 830, de 16 de noviembre de 2020.
[26] Párrafo modificado por la Circular IF/Nº 363, de 23 de julio de 2020.

FUN correspondiente a la institución. El formato de dicha constancia se contiene en el anexo N° 6 del Capítulo III del Compendio de Contratos.

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

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

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

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

De manera alternativa, la isapre podrá realizar la notificación de la suscripción del contrato de salud al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, utilizando para ello, copia impresa del ejemplar correspondiente del FUN original, por ambas caras, debidamente digitalizada en forma previa. La mencionada copia deberá ser entregada en los plazos establecidos, por medio de una persona funcionaria de la isapre o bien por la empresa notificadora en quien esta última haya delegado la función. [27]

Una de las copias firmadas del FUN original, quedará en poder del empleador y la otra en poder de la isapre, en señal de recepción. Esta última pasará a formar parte integrante de los documentos contractuales de la persona cotizante y de su archivo. No obstante lo anterior, si algún empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión solicitare el acceso a la documentación original, la isapre no podrá negárselo. [28]

La notificación que se efectúe utilizando una copia impresa del ejemplar del FUN, no dará lugar a ninguna alteración en las características generales del Formulario Único de Notificación, contempladas en la normativa vigente.[29]

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

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

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

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

---

[27] Párrafo insertado por la Circular IF N°274, de 29.08.2016
[28] Párrafo insertado por la Circular IF N°274, de 29.08.2016

[29] Párrafo insertado por la Circular IF N°274, de 29.08.2016

3. Vigencia anticipada de beneficios

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

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

4. Documento identificatorio de beneficiarios y beneficiarias

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

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

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

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

En caso de las personas extranjeras, la isapre deberá considerar como antecedente suficiente para acreditar la identidad y acceder a todos los beneficios del contrato, la exhibición de la cédula de identidad para extranjeros, y en caso de que ésta se encuentre vencida, deberá considerarla vigente tal como lo expresa la ley, cuando se exhiba en conjunto con un certificado de residencia en trámite, o de prórroga de residencia temporal en trámite.

Título II. Suscripción electrónica en los contratos de salud previsional.[30]

Las isapres deberán contar con un sistema electrónico que se encuentre de manera permanente a disposición del público, que permita la suscripción de un contrato de salud y, respecto de sus afiliados, poder acceder a la desafiliación. El sistema deberá estar disponible a través de internet en horario desde las 07:00 AM hasta las 11:59 PM, que, para estos efectos, será considerado hábil. Los respaldos y mantención que sean necesarios, deberán realizarse en un horario no hábil, entre las 00:00 AM y 06:59 AM.

Dicho sistema deberá contar con herramientas robustas que permitan un funcionamiento que satisfaga las necesidades de sus usuarios y, especialmente, una correcta autenticación de la identidad de la persona que interactúa con la isapre.

Los sistemas disponibles son los que se señalan a continuación, sin perjuicio de que las isapres podrán implementar cualquier otro, siempre y cuando permita garantizar un adecuado servicio y resguardo de la información en los mismos términos establecidos en el numeral 4 de la letra A) y numeral 3 de la letra B) del presente Título. Asimismo, el sistema que implemente la isapre deberá dar cumplimiento a lo dispuesto en los numerales 3 y 5 de la letra A) y numeral 5 de la letra B).[31]

A) "Suscripción de Contratos de Salud a través de dispositivos electrónicos mediante el uso de huella digital"[32]

1. Disposiciones Generales

Este mecanismo de suscripción de contratos de salud -alternativo al proceso de suscripción en papel- consiste en la utilización de documentos electrónicos y huella digital como verificador de identidad y firma electrónica simple, siéndole aplicables a esta contratación los requisitos y condiciones reguladas en el Título I precedente.

Este proceso se deberá realizar en presencia del cotizante y de un agente de ventas de la isapre, utilizando un computador con acceso a internet y un lector de huella digital.

En cualquier etapa del proceso de suscripción, y mientras éste no haya concluido, se deberá dar al afiliado la posibilidad de suscribir el contrato de salud en formato papel, debiendo, en tal caso, anularse los documentos electrónicos y llevarlo a cabo en forma íntegra manualmente.

Las isapres deberán tomar todas las medidas y resguardos que permitan el seguimiento y verificación de los actos de firma que se realizan.

La utilización de la huella digital como firma electrónica simple para suscribir documentos contractuales deberá permitir al receptor del documento electrónico identificar al menos formalmente a su autor, en los términos que indica el artículo 2, letra f), de la Ley N° 19.799.

2. Aspectos de la suscripción de los documentos contractuales

El agente de ventas que gestione la suscripción de contratos a través de esta modalidad, deberá solicitar al potencial afiliado una dirección de correo electrónico, debiendo ésta quedar registrada en la isapre. El agente de ventas no podrá crear una cuenta de correo electrónico para la persona que está contratando.

Para dar inicio al proceso de suscripción del contrato de salud, la isapre deberá enviar un correo electrónico al potencial afiliado a la dirección informada por éste, con la finalidad de que apruebe explícitamente el comienzo de este proceso. En el referido correo electrónico la institución deberá informar a la persona, de manera clara y sencilla, lo siguiente:

---

[30] Título modificado por Circular IF/N° 347 de 2020.
[31] Texto introductorio incoporado mediante Circular IF/N° 347 y modificado por RE IF/N° 345, ambos de 2020.
[32] Circular IF/N° 279 del 30 de diciembre de 2016 actualizada mediante la Resolución Exenta IF/N° 22 del 31 de enero de 2017.

i. Que se le solicitará firmar con su huella digital cada uno los documentos del contrato de salud, enunciándose todos ellos;
ii. Que deberá efectuar una Declaración de Salud, con todas sus enfermedades, patologías y condiciones de salud preexistentes y la de sus beneficiarios; informándole que se adjunta una copia del documento a llenar, para su conocimiento y preparación mediante la recopilación de los antecedentes clínicos de sus beneficiarios.
iii. Que en caso de un mal llenado de la Declaración de Salud la isapre puede negar la cobertura o dar término a su contrato de salud.
iv. La advertencia al potencial afiliado acerca de la importancia de revisar personalmente toda la información que el agente de ventas ingresará a los documentos contractuales.

Conforme al punto ii anterior, mediante dicho correo electrónico la institución deberá remitir el formato de la Declaración de Salud, para conocimiento del potencial afiliado.

La isapre será responsable de que el potencial afiliado estampe su huella (firma electrónica simple) cada vez que firme un documento contractual. La impresión de la huella deberá quedar en cada una de las secciones dispuestas para la firma electrónica simple en el respectivo documento, no pudiendo quedar dichos espacios en blanco so pretexto de incluirse en un documento anexo.

a) Suscripción de la Declaración de Salud

El potencial afiliado deberá completar la Declaración de Salud con la orientación del agente de ventas.

Una vez completado el cuestionario, la isapre deberá enviar copia de la Declaración de Salud llenada por el potencial afiliado al correo electrónico informado por éste.

La isapre no podrá proponer las restricciones que alude la la letra g), del artículo 189 del D.F.L. Nº1 de 2005 de Salud, a prestaciones de salud pactadas -en el plan de salud seleccionado por el potencial beneficiario- en un valor equivalente a la cobertura financiera que asegura el Fonasa o al 25% de la cobertura que ese mismo plan de salud confiera a la prestación genérica. Lo anterior deberá ser consignado por la isapre en el cuadro observaciones de la Sección E. “Evaluación Contraloría Médica y Restricciones temporales de Cobertura”, de la Declaración de Salud.

Cualquier restricción realizada en estos casos se tendrá por no escrita, sin perjuicio de las potenciales sanciones que correspondan a la institución por ello[33].

b) Suscripción del contrato de salud

El sistema de suscripción electrónica habilitará esta actividad sólo en caso que la Declaración de Salud haya sido aceptada y suscrita por la isapre.

Una vez suscritos todos los documentos contractuales, la isapre deberá enviar una copia de ellos, debidamente firmados por las partes, al correo electrónico informado por el afiliado al inicio del proceso.

3. Archivo

La isapre deberá contar con un archivo de los documentos contractuales electrónicos en formato pdf, que incluya los mensajes enviados mediante correo electrónico al afiliado, así como los recibidos de parte de éste, además de la comunicación[34] de desafiliación aceptada por la isapre de anterior afiliación, en caso que corresponda.

4. Medidas de seguridad

[33] Párrafos 3º y 4º incorporados por la Circular IF/Nº363, de 23 de julio de 2020, modificada por Resolución Exenta IF/Nº 830, de 16 de noviembre de 2020.
[34] Término modificado por Circular IF/N° 347 de 2020.

El procedimiento de suscripción electrónica que implemente la isapre conforme a las instrucciones precedentes, deberá contemplar la adopción de todas las medidas que garanticen la debida protección y confidencialidad de los datos personales y sensibles de los beneficiarios, asegurando que no se utilizarán para fines distintos a los que corresponda en el marco de la ejecución del contrato de salud previsional.

5. Bitácora

En el sistema de suscripción electrónica con huella digital deberán quedar registradas todas las transacciones realizadas en cada una de las etapas del proceso, con indicación de la hora, fecha, descripción de la acción ejecutada y firmas, incluidos los correos electrónicos enviados al futuro afiliado."

B) "Modelo de la Suscripción Electrónica de Contratos de Salud Previsional (SECSP)"[35] [36]

1. Disposiciones generales

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

   En consecuencia, el uso del medio electrónico no altera, de modo alguno, los derechos y obligaciones de las aseguradoras y personas afiliadas en la suscripción del contrato de salud, como tampoco las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud, salvo en lo que expresamente se indique en estas instrucciones.[37]

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

   No obstante, las isapres podrán utilizar otro sistema electrónico, que se encuentre de manera permanente y continua a disposición del público y que permita garantizar un adecuado servicio y resguardo de la información.[38]

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

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

2. Obligaciones para las isapres

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

a) Otorgar una clave a cada una y uno de sus cotizantes, con la finalidad que la Isapre Nueva autentique a la persona usuaria a través del método de verificación de identidad de su Isapre Actual.

[35] Circular IF/N° 147, del 31 de marzo de 2011
[36] Título modificado por Circular IF/N° 279/2017
[37] Última expresión incorporada por Circular IF/N° 347 de 2020.
[38] Párrafo incorporado por Circular IF/N° 347 de 2020.

b) La Isapre Actual deberá verificar y responder a la Isapre Nueva que efectivamente el RUN, el tipo de beneficiario y la antigüedad, informados por la persona interesada, corresponden a la situación actual de la misma.

c) La Isapre Actual deberá dar un servicio de respuesta instantáneo y en línea ante la consulta de un RUN determinado, entregando los siguientes datos: [39]

- Nombre
- Primer Apellido[40]
- Segundo Apellido[41]
- Identificación de cargas legales y médicas

d) Cuando el RUN consultado corresponda a un titular de la Isapre Actual, las Instituciones de Salud deberán, además, entregar la información financiera detallada a continuación[42]:

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

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

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

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

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

e) La Isapre actual que reciba una comunicación[43] de desafiliación, deberá aceptarla o rechazarla instantáneamente, indicando mes y año al que corresponderá la última remuneración o pensión que estará afecta a descuento y si la persona cotizante mantiene excesos de cotización y cuenta de excedentes, señalando el monto acumulado por los excedentes[44], cuando coresponda.

f) Mantener un registro de todas las desafiliaciones cursadas, por el plazo de 1 año.

g) En el caso de las isapres que adhieran a la SECSP, durante el plazo de 1 año deberán mantener un registro de todas las suscripciones electrónicas realizadas.

h) La Isapre Nueva debe asignar una clave de suscripción a la persona usuaria, que le permitirá proseguir el proceso de suscripción del contrato de salud[45]."

---

[39] Letra c) modificada por Circular IF/N° 158, del 06.10.2011
[40] Modificado por Circular IF/N°477 de 05/08/2024.
[41] Modificado por Circular IF/N°477 de 05/08/2024.
[42] Letra d) modificada por Circular IF/N° 158, del 06.10.2011
[43] Término modificado por Circular IF/N° 347 de 2020.
[44] Párrafo modificado por Circular IF/N°262 de 2016 y Resolución Exenta IF/N°136, de 15 de abril de 2016.
[45] Letra h) y último párrafo incorporado en Circular IF/N° 158, del 06.10.2011

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

3. Medidas de seguridad

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

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

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

4. Adhesión y revocación al modelo de SECSP[46]

La adhesión al modelo de SECSP es voluntaria. No obstante, las isapres que opten por no adherirse a este modelo, deberán implementar otro sistema electrónico, el que deberá estar habilitado de manera permanente y continua, y permitir la afiliación y desafiliación. Dicho sistema deberá ser informado a la Superintendencia con una anticipación mínima de 30 días a su entrada en operación.

Las obligaciones señaladas en el párrafo precedente no afectarán a las Isapres a que se refiere el inciso cuarto del artículo 200 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, salvo en lo que respecta al deber de disponer de un mecanismo electrónico para que sus afiliados puedan desahuciar el contrato de salud previsional.

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

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

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

5. Rol de fiscalización

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

Anexo "Manual de Operaciones de la Suscripción Electrónica de Contratos de Salud Previsional" (VER MANUAL ADJUNTO)

[46] Modificado por Circular IF/N° 347 de 2020.

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

El procedimiento de adecuación anual del contrato de salud a que se refiere el inciso tercero del artículo 197 del DFL N°1, comprende la comunicación de la adecuación propuesta por la isapre, el pronunciamiento de la persona cotizante y la formalización del acuerdo.[47]

Dicho procedimiento se aplicará solo a los contratos de salud que tengan a lo menos un año de vigencia al 1 de junio del año en que se aplique la respectiva adecuación.[48] [49]

Asimismo, no se someterán a este procedimiento los planes expresados en la cotización legal obligatoria y los planes grupales.

1. Comunicación de la Adecuación propuesta por la Isapre [50]

Durante los primeros diez días corridos del mes de marzo de cada año, el Superintendente de Salud dictará una resolución que contendrá el índice de variación porcentual, denominado Indicador de Costos de la Salud (ICSA), que se aplicará como máximo a los precios base de los planes de salud. Dicha resolución será publicada en el Diario oficial y en la página web de esta Superintendencia.[51]

En cuanto a los datos aportados por las isapres para la confección del mencionado índice de variación porcentual, la Superintendencia considerará sólo los datos comunicados por las isapres, incluyendo sus correcciones, hasta el último día de plazo ordinario que tienen éstas para informar el mes de diciembre del año anterior al mes en que se emite el Índice.

Lo anterior, sin perjuicio de las potestades de esta Superintendencia para requerir datos personales a otras instituciones, en conformidad al artículo 198 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.[52]

El índice de variación porcentual así fijado se entenderá justificado para todos los efectos legales.

En el evento de que el ICSA sea negativo, las instituciones de salud previsional no podrán subir el precio.

Para que las isapres puedan efectuar una variación en el precio base de los planes de salud, éstas deberán haber dado estricto cumplimiento, en el año precedente a la vigencia del referido indicador, a la normativa relacionada con el Plan Preventivo de Isapres (PPI), así como a las metas de cobertura para el examen de medicina (EMP), en los términos que señala el artículo 198 bis del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

Las isapres que deseen y puedan aumentar el precio base de sus planes de salud deberán informar su decisión a esta Superintendencia dentro de un plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del ICSA. La comunicación debe realizarse mediante correo electrónico a la dirección oficinadepartes@superdesalud.gob.cl o a la que, en lo sucesivo, les sea informada por esta Superintendencia.

Si la isapre opta por aumentar el precio base, deberá especificar el porcentaje de ajuste que aplicará de manera uniforme a todos sus planes de salud. Este porcentaje no podrá superar el indicador calculado por la Superintendencia de Salud.

La información sobre el porcentaje de ajuste deberá acompañarse con los antecedentes requeridos según lo establecido en el Capítulo IV "Información relativa al funcionamiento de las isapres", 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", del Compendio de Información de esta Intendencia.

Una vez vencido el plazo otorgado a las isapres para informar, o habiendo recibido la información de todas aquellas que decidieron aumentar el precio base de sus planes de salud, la Superintendencia emitirá una resolución que

[47] Párrafo reemplazado por Circular IF/N° 401, del 30.12.2021
[48] Este párrafo y el siguiente fueron incorporados por Circular IF/N° 401, del 30.12.2021
[49] Modificado por Circular IF/N°499, de 26.093.2025
[50] Reemplazado por Circular IF/N° 401, del 30.12.2021
[51] Modificado por Circular IF/N°499, de 26.093.2025
[52] Los párrafos segundo y tercero fueron incorporados por la Circular IF/N°405, de 16 de junio de 2022.

contendrá la verificación del porcentaje de ajuste informado por cada Institución de Salud Previsional, basada en los antecedentes aportados.

Con el objetivo de garantizar la celeridad, la eficiencia y la eficacia en el proceso de adecuación, la Superintendencia podrá emitir más de una resolución si resulta necesario.

La o las resoluciones aludidas deberán publicarse en el Diario Oficial y en el sitio web de la Superintendencia de Salud, y autorizarán el ajuste del precio base de los planes de salud de la respectiva institución, siempre que éste no supere el valor resultante de la verificación realizada por la Superintendencia ni el ICSA. Cumplido lo anterior, se entenderá que el ajuste de los precios base está justificado para todos los efectos legales, conforme el artículo 198 del D.F.L. Nºl, de 2005, de Salud.

Si el valor verificado es negativo, la institución de salud previsional respectiva no podrá aumentar el valor del precio base de sus planes de salud.[53]

Párrafo eliminado[54]

La isapre que opte en el mes de marzo del año respectivo por ejercer la facultad de adecuación que le confiere la ley y luego de que haya informado de esta decisión a la Superintendencia, deberá comunicarlo, en el mismo mes de marzo, a sus cotizantes que correspondan, mediante un correo electrónico a la última dirección registrada por la persona afiliada, y si no la tiene, deberá hacerlo por carta certificada[55]. Esta última se entenderá comunicada al quinto día, contado desde el día siguiente a su envío.[56]

En el evento de que se haga uso del correo electrónico, toda la información respecto a la adecuación, incluyendo la comunicación de la misma, deberá siempre acompañarse a través de un archivo PDF único adjunto, el que deberá ser liviano (minimizando al máximo el riesgo de rebote de correo), sin clave de acceso, respetando las instrucciones relativas a las notificaciones a través de correo electrónico, que se encuentran en el numeral 4 del Título VII, el Capítulo I de este mismo Compendio de Procedimientos[57].

En cuanto a la forma de la comunicación, tanto el archivo PDF como la carta certificada deberán ajustarse al contenido señalado en los Anexos Nº1 y Nº3 de este Título, incluyendo su epígrafe “Comunicación de Adecuación”. En dicha comunicación la isapre no deberá adjuntar información y/o documentos adicionales que no tengan relación con la adecuación propuesta[58] [59].

Respecto al fondo, la comunicación que efectúe la respectiva isapre deberá contener, a lo menos, la decisión de adecuar los planes de salud, el porcentaje de tal adecuación, los antecedentes que la justifican y la resolución de la Superintendencia de Salud que verifica el porcentaje de alza de la referida Institución.[60]

Las isapres que adecuen sus precios, deberán efectuar, en el mes de marzo de cada año, una publicación del porcentaje de alza que aplicarán al precio base de sus planes de salud, en el Diario Oficial y/o Diario de circulación nacional, junto con un aviso destacado en todas sus sucursales, puntos de atención y en sus respectivas páginas web. En el mismo plazo, deberán enviar copia de ésta a la Superintendencia.[61]

En la misma comunicación señalada en el párrafo cuarto[62], la isapre deberá informar a las personas afiliadas, el (los) plan(es) alternativo(s) que deberá ofrecerles, de entre los que comercializa, cuyo precio base sea equivalente al que tenía el plan vigente antes de la adecuación, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca, caso en el cual deberá ofrecer el plan con el precio base que más se acerque al precio del plan antes de la adecuación.

---

[53] Párrafos N°5 a 13 fueron agregados por Circular IF/N°499, de 26.093.2025
[54] Por Resolución Exenta IF/N°58 de 26.01.2022 se elimina el párrafo: *“Además, en la misma oportunidad señalada precedentemente, las isapres deberán enviar a esta Superintendencia, la información que justifique el precio base que aplicarán a sus planes de salud, lo que no significa que con dicho envío la Superintendencia valide la referida información”.*
[55] Párrafo modificado por la Circular IF/Nº402, de 11 de marzo de 2022.
[56] Modificado por Circular IF/N°499, de 26.093.2025
[57] Párrafo agregado por la Circular IF/Nº402, de 11 de marzo de 2022.
[58] Párrafo agregado por la Circular IF/Nº402, de 11 de marzo de 2022.
[59] Modificado por Circular IF/N°499, de 26.093.2025
[60] Modificado por Circular IF/N°499, de 26.093.2025
[61] Modificado por Circular IF/N°499, de 26.093.2025
[62] Palabra modificada por la Circular IF/Nº402, de 11 de marzo de 2022.

En caso de que la persona afiliada opte por un plan alternativo ofrecido, las isapres no podrán aplicar un factor a todo el grupo familiar que sea superior al de la tabla de factores que le correspondería conforme al plan de salud que se está adecuando.

Si la persona afiliada estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones de equivalencia indicadas en el inciso tercero del art. 197 del DFL N°1, podrá recurrir ante la Superintendencia, la que resolverá en los términos señalados en el artículo 117 del DFL N°1, de Salud, de 2005.

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

Las instituciones de salud deberán estar siempre en condiciones de acreditar la remisión de la comunicación a sus cotizantes, sea que ésta haya sido enviada por correo electrónico o por carta certificada, según sea el caso.

Cuando la persona afiliada no esté de acuerdo con la adecuación propuesta, recurrirá a la isapre, la que deberá ofrecerle otros planes en comercialización que se ajusten a su cotización pactada o a la cotización legal.

En el caso de las isapres cerradas, las instrucciones anteriores que hacen referencia a planes alternativos regirán en aquello que les sea aplicable según corresponda, lo que podrá ser evaluado por esta Superintendencia.

Las personas afiliadas que reciban la comunicación del alza de precio base, dispondrán hasta el último día del mes de mayo del mismo año para pronunciarse, ya sea aceptando el alza, alguno de los planes alternativos ofrecidos o desahuciando el contrato de salud. En el evento que nada digan, se entenderá que aceptan la adecuación propuesta.

Si la persona cotizante acepta el nuevo precio del plan de salud, la isapre deberá informar al empleador o a la entidad encargada del pago de la pensión, dentro de los primeros 10 días del mes de junio, a fin de que se descuente de la remuneración del referido mes, el nuevo precio del plan de salud a enterar en la isapre en el mes de julio, cumpliendo de esa manera, con lo indicado el inciso final del artículo 198 del D.F.L. N°1, de 2005 de Salud, en cuanto a que los precios entran en vigencia a partir del mes de junio de cada año, esto independientemente de la época en que la Institución de Salud perciba efectivamente la cotización de salud.[63]

A fin de dar cumplimiento a las reglas sobre notificación antes señaladas, las isapres deberán instar a sus afiliados al registro de casillas de correo electrónico a través de cualquier medio en que se deje constancia de su voluntad sobre el uso de esta forma de notificación. Al respecto, la isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar las medidas adoptadas para tal efecto.

1 bis. Adecuación de precios de contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 que no contemplaban la Tabla Unica de Factores[64]

Conforme el artículo 10 de la Ley 21.674, respecto de los contratos que se encontraban vigentes al 1 de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

Para estos efectos, el precio final se determina multiplicando el precio base por la tabla de factores, sin perjuicio de lo que se señalará en el penúltimo párrafo de este numeral. En concordancia con lo anterior, se excluyen del cálculo: el precio de la GES, CAEC, las primas extraordinarias, el ajuste al 7% Ley 21.674 y beneficios adicionales y cualquier otro ítem adicional.

Para calcular dicho precio, las isapres deberán considerar que el factor aplicable al afiliado o beneficiario, según la tabla de factores correspondiente, es aquel determinado por la Tabla Única de Factores para la edad que la persona tenía al 1 de abril de 2020 o, si se incorporó con posterioridad, la edad que tenía en ese momento.

[63] Modificado por Circular IF/N°499, de 26.093.2025
[64] Numeral creado por Circular IF/N°499, de 26.093.2025

Con miras a dar cumplimiento a la ley y mantener actualizado el valor del precio base de los contratos de salud previsional, en los contratos de salud en que la aplicación de la Tabla Única de Factores resultó desfavorable para el afiliado, y por ello se mantuvo el precio final calculado con la antigua tabla de factores, las isapres deberán aplicar el porcentaje de adecuación previamente verificado tanto al precio base como al ítem denominado "Diferencia fallo E. Corte Suprema", definido en el Capítulo III, Título III, del Compendio de Instrumentos Contractuales. La misma operación aritmética deberá ser considerada para la oferta de planes alternativos.

Si durante el plazo que tiene la persona afiliada para pronunciarse ella opta por un plan alternativo u otro en comercialización, las isapres no podrán modificar el monto calculado en el ítem "Diferencia fallo E. Corte Suprema".[65]

1 Ter. Vigencia de las primas extraordinarias de la Ley 21.647 y 21.674 en relación con el proceso de adecuación[66]

Las primas extraordinarias surgieron como medidas excepcionales autorizadas por dos leyes dictadas tras fallos judiciales de la Excma. Corte Suprema. La primera, denominada Prima Extraordinaria Ley 21.647, fue creada para financiar en parte las prestaciones de salud de cargas nonatas o menores de dos años sin cobertura GES. Esta prima se incorporó durante el proceso de adecuación de precios de marzo de 2024, conforme a lo indicado por esta Superintendencia de Salud en sus Circulares IF/Nº460, de 2 de febrero de 2024, y 467, de 9 de mayo de 2024. En cambio, la Prima Extraordinaria Ley 21.674, también llamada "Prima Extraordinaria PPA", está asociada a los planes de pago y ajuste que presentaron las isapres para cubrir sus obligaciones contractuales con los afiliados, incluidos costos operacionales. Esta prima se incorpora a los contratos según la fecha en que la isapre la haya fijado, conforme lo establecido en la Circular IF/Nº470, de 7 de junio de 2024.

Ambas primas no pueden incorporarse en los nuevos contratos de salud que celebre la isapre y se extinguen si el afiliado cambia de plan de salud. Sin embargo, de manera excepcional, si el afiliado decide cambiar su plan de salud durante el proceso de adecuación, ya sea por precio base o de excedentes, conservará las primas extraordinarias.

2. Situaciones especiales de adecuación

Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 5% de la cotización legal. [67] [68] [69]

El artículo 188 del D.F.L. Nºl, de 2005, de Salud establece que, en caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para salud, una vez aplicada la propuesta de adecuación anual de que tratan los numerales 1y1 bis que preceden, la institución de salud previsional estará obligada a ofrecer a la persona afiliada la incorporación de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento.

La exigencia de que los planes hayan sido comercializados en los seis meses anteriores fue establecida por el legislador únicamente para la oferta de planes de salud alternativos. Por lo tanto, y para efectos de la adecuación por ajuste de excedentes, las isapres podrán ofrecer beneficios adicionales que hayan sido creados sin estar sujetos a dicha limitación temporal.[70]

[65] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF/N°8190, de 4 de agosto de 2025.
[66] Numeral incorporado por la Resolución Exenta IF/N°8190, de 4 de agosto de 2025.
[67] Modificado por la Circular IF/N°401, del 30.12.2021.
[68] Letra a) que antecedía al subtítulo “Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 10% de la cotización legal”, fue eliminada por Circular IF/N°413 de 14.10.2022
[69] Subsección modificada por Circular IF/N°499, de 26.093.2025
[70] Párrafo incorporado por la Resolución Exenta IF/N°8190, de 4 de agosto de 2025.

No obstante, los beneficios y condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser los mismos que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo beneficio o plan y no podrán importar una discriminación entre dichas personas afiliadas.[71]

En cuanto a su oportunidad, la adecuación por ajuste de excedentes se efectuará en la misma oportunidad en que tenga lugar la adecuación general a que se refiere el numeral 1 precedente.

Para efectos del cálculo de la cotización legal para salud y de los excedentes que pudieren generarse, se empleará el promedio correspondiente a los últimos seis meses de la cotización.[72]

En el evento de que la isapre haya comunicado su intención de adecuar sus precios base y se encuentre legalmente habilitada para ello, el monto de excedentes que deberá destinarse a la cuenta corriente individual del afiliado se calculará considerando el monto total que este deba pagar por su contrato de salud, una vez aplicado el nuevo precio base, conforme a la comunicación efectuada por la isapre en el marco del proceso de adecuación.

Por el contrario, si la isapre opta por no efectuar la adecuación del precio base o se encuentra impedida de hacerlo, el cálculo del monto de excedentes a destinar a la cuenta corriente individual se realizará en función del monto total que el afiliado deba pagar por su contrato de salud vigente al mes de marzo del año respectivo, mes en que corresponde a la isapre efectuar la comunicación de adecuación.

En ambos casos, la isapre deberá entregar la información conforme al Anexo Nº2 de este capítulo, titulado “Contenido de la comunicación de adecuación por ajuste de excedentes”. Esta comunicación debe incluir los antecedentes correspondientes, ya sea que se trate de una adecuación del precio base junto con un ajuste de excedentes, o sólo de este último. En este último caso, es decir, si únicamente se realiza un ajuste de excedentes, deberá omitirse la información relativa a la adecuación del precio base.[73]

La comunicación señalada en este numeral deberá explicar con claridad las consecuencias de no responder a la propuesta de adecuación. Vale decir, en caso de que la persona afiliada no se pronuncie, se mantendrá en su plan de salud actual, incluido el ajuste al precio base, en caso que corresponda. Asimismo, deberá precisarse que, mientras no acepte los nuevos beneficios o suscriba un nuevo plan cuyo precio se ajuste mejor a su cotización legal, toda diferencia que supere el 5% de dicha cotización, no generará excedentes.

Si la isapre no comunica al afiliado dicha adecuación especial, todo excedente que se genere durante el año correspondiente aumentará su cuenta individual de excedentes, sin la limitación descrita en el párrafo anterior.

Si la isapre no acredita haber efectuado la comunicación, se considerará que la persona afiliada no fue informada, debiendo ésta restituir los excedentes a la cuenta corriente individual de excedentes.

Tratándose de la adecuación especial por ajuste de excedentes, la persona afiliada podrá manifestar su disconformidad con los planes ofrecidos por la institución de salud previsional. En tal caso, la isapre deberá ofrecerle alternativas de planes de salud actualmente en comercialización manteniendo el factor de riesgo vigente.

Sin perjuicio del plazo para pronunciarse sobre la propuesta de la isapre, la persona afiliada tendrá hasta el próximo proceso de adecuación para optar entre los planes o beneficios adicionales ofrecidos por la isapre.

Si durante el plazo que tiene la persona afiliada para pronunciarse ella opta por un plan alternativo u otro en comercialización, las isapres no podrán modificar el factor asociado al plan de salud, si éste fuere superior al que se aplicaba a la persona cotizante o grupo familiar, ni el monto calculado en el ítem "Diferencia fallo E. Corte Suprema".

Si la persona afiliada estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones indicadas en el inciso noveno del art. 188 del DFL N°1, podrá recurrir ante la Superintendencia, la que resolverá en los términos señalados en el artículo 117 del DFL N°1, de Salud, de 2005.

En ningún caso, la persona afiliada estará obligada a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la isapre.

[71] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF/N°8190, de 4 de agosto de 2025.
[72] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF/N°8190, de 4 de agosto de 2025.
[73] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF/N°8190, de 4 de agosto de 2025.

b) Eliminada [74]

3. Pronunciamiento de la persona afiliada [75]

Una vez que la persona afiliada reciba la comunicación de la adecuación propuesta por la isapre, podrá pronunciarse sobre su contenido, hasta el último día del mes de mayo de cada año.

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

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

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

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

4. Formalización de la adecuación

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

Excepcionalmente, las partes podrán suscribir los documentos que den cuenta de la adecuación del contrato antes del mes de mayo de cada año, siempre y cuando no se modifique el mes a partir del cual rige el descuento de la nueva cotización de salud pactada (junio), la que financia los beneficios del mes de julio. En todo caso, dichos documentos deberán dar cuenta de la fecha efectiva en que fueron suscritos. [76]

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

Si la aceptación es tácita, la isapre deberá emitir un FUN tipo 8 y remitirlo por correo electrónico a la última dirección registrada por dicha persona, y si no la tiene, deberá hacerlo por carta certificada a la persona afiliada, antes de la entrada en vigencia del plan adecuado.[77]

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

Cualquiera sea el caso, tratándose de la modificación del precio del contrato de trabajadoras o trabajadores dependientes y/o pensionados, la copia del FUN correspondiente deberá ser notificada, personalmente, ya sea por funcionario o funcionaria de la isapre o en quien ella delegue la función o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, antes del día diez del mes de junio de cada año, requiriendo su firma en el ejemplar de la isapre, en señal de recepción. [78]

De manera alternativa, la isapre podrá realizar la notificación de la adecuación del precio del plan de salud al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, utilizando para ello, copia impresa del ejemplar correspondiente del FUN original, por ambas caras, debidamente digitalizada en forma previa. La mencionada

[74] Eliminada por Circular IF/N°413 de 14.10.2022. Se traslada su texto al numeral 10 de este Título III
[75] Modificado por la Circular IF/N°401, del 30.12.2021.
[76] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°401, del 30.12.2021.
[77] Incorporado por Circular IF N° 178, del 25.10.12 y modificado por la Circular IF/N°401, del 30.12.2021.
[78] Modificado por la Circular IF/N°401, del 30.12.2021.

copia deberá ser entregada en los plazos establecidos, por medio de una persona funcionaria de la isapre o bien por la empresa notificadora en quien esta última haya delegado la función. [79]

Una de las copias firmadas del FUN original, quedará en poder del empleador y la otra en poder de la isapre, en señal de recepción. Esta última pasará a formar parte integrante de los documentos contractuales de la persona cotizante y de su archivo. No obstante lo anterior, si algún empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión solicitare el acceso a la documentación original, la isapre no podrá negárselo. [80]

La notificación que se efectúe utilizando una copia impresa del ejemplar del FUN, no dará lugar a ninguna alteración en las características generales del Formulario Único de Notificación, contempladas en la normativa vigente. [81]

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

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

[79] Párrafo insertado por la Circular IF N°274, de 29.08.2016
[80] Párrafo insertado por la Circular IF N°274, de 29.08.2016
[81] Párrafo insertado por la Circular IF N°274, de 29.08.2016

5. Definiciones relativas a la adecuación de los precios base de los contratos de salud [82]

6. Cálculo de la banda de precios

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

8. Opción de no adecuar los precios base

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

9.1. Remisión de la Selección de Prestaciones Valorizadas en los procesos de adecuación de precio base[83]

En los procesos de adecuación del precio, se deberá enviar a los afiliados, conjuntamente con la comunicación respectiva, la cartilla del plan vigente.[84]

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

9.2. Prohibición de ofrecer rebajas de precio

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

10. Adecuación especial por modificación o término del convenio con prestador cerrado o preferente [85]

Esta adecuación constituye una facultad excepcional de la isapre. En consecuencia, basada en las circunstancias de que trata este numeral, aquélla sólo podrá modificar los aspectos del plan de salud relacionados con el prestador afectado, que sea estrictamente necesario. Por lo tanto, no podrá alterar la modalidad del plan vigente, las coberturas de beneficios que se relacionen con otros prestadores, ni el arancel de referencia.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 189 del DFL N°1, en aquellas situaciones en que el prestador cerrado o preferente se niegue a recibir órdenes de atención y/o suspenda el servicio de emisión electrónica de bonos en sus dependencias, la isapre deberá otorgar la cobertura vía reembolso.

En todo caso, la isapre deberá mantener los correspondientes montos de copago por parte de los afiliados a lo menos hasta el cumplimiento de la respectiva anualidad.

La adecuación especial de que trata este numeral, procederá en las siguientes situaciones:

10.1. Situaciones de fuerza mayor

En caso de término de la existencia legal del prestador cerrado o preferente; pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura; paralización permanente de sus actividades; sustitución o eliminación de la especialidad médica principal a que estaba orientado el convenio al momento de contratarse el plan de salud, la isapre podrá adecuar el contrato.

10.2. Modificación o término del convenio con el prestador

Esta adecuación procederá en casos excepcionales, por circunstancias que no dependan de la mera voluntad de la isapre, cuando las modificaciones afecten de manera sustancial la ejecución del contrato en el prestador convenido, o cuando se ponga término al convenio por la imposibilidad de concordar en modificaciones sustanciales que proponga el prestador o de coincidir en mantener las condiciones del convenio vigente, de modo

[82] Puntos 5, 6, 7 y 8 eliminados por la Circular IF/N°401, del 30.12.2021.
[83] Instrucciones relativas a la Selección de Prestaciones Valorizadas se encuentran, según su naturaleza, incorporadas al Compendio de Beneficios y a este Compendio de Procedimientos. En este último, además de esta mención, las instrucciones se encuentran en el Capítulo II.
[84] Párrafo modificado por la Circular IF/N°401, del 30.12.2021.
[85] Numeral agregado por la Circular IF/N°413, de 14 de octubre de 2022

que la adecuación resulte necesaria e inevitable. Ello implica haberse acreditado por parte de la isapre la realización de todas las acciones y gestiones pertinentes con el prestador para el mantenimiento de las condiciones pactadas.

10.3. Incumplimiento del convenio por parte del prestador

En el evento de que el prestador incurra en incumplimientos de las condiciones esenciales del convenio o de su operación (como por ejemplo, cambios unilaterales en la modalidad para el acceso de los beneficios, en los valores de las tarifas y su reajuste, con infracción a lo convenido), que afecten en forma importante el otorgamiento de las prestaciones por parte del prestador e impidan a la isapre cumplir el contrato en los términos pactados con el afiliado, alterando el normal acceso a las prestaciones, su cobertura y la modalidad de financiamiento y se haya puesto término al convenio por cualquiera de las partes o éste haya sido modificado, la isapre podrá adecuar los respectivos contratos de salud.

Lo anterior, sujeto a que la isapre demuestre la existencia de tales incumplimientos, en los términos descritos en el acápite “Información a la Superintendencia” del presente numeral, y que los haya representado por escrito al prestador para revertirlos o darles solución, sin obtener una respuesta satisfactoria que le permita mantener vigente en las mismas condiciones el convenio y no afectar el normal acceso a las prestaciones de salud y su respectivo financiamiento.

Si, habiéndose producido cualquiera de las situaciones descritas en los numerales 10.1, 10.2 o 10.3 precedentes, la isapre opta por no efectuar esta adecuación especial al cumplimiento de la anualidad -facultad que contempla la ley para estas situaciones-, el contrato seguirá ejecutándose en los términos pactados, debiendo mantener los correspondientes beneficios en los prestadores individualizados en el plan acordado con el respectivo cotizante.”

Alcance de la Adecuación Especial

Mediante este proceso de Adecuación Especial la ley permite a la isapre introducir modificaciones al plan vigente, el que pasa a denominarse "Plan Adecuado". No obstante, dichas modificaciones deben circunscribirse a ajustar los beneficios que se vean directamente afectados por el término o modificación de las condiciones pactadas con el prestador determinado, cuyo convenio se modificó o terminó.

Las modificaciones propuestas al plan vigente pueden considerar que las prestaciones que se vean afectadas por la modificación o término del convenio sean otorgadas en un prestador distinto del o los identificados en el plan vigente antes de la adecuación.

Oportunidad de la modificación

En virtud de lo establecido en el numeral 5 de la letra b) del artículo 189 del DFL N°1, de 2005, de Salud, la isapre que opte por adecuar el contrato a causa del término o modificación del convenio con un prestador cerrado o preferente, deberá realizarlo en el cumplimiento de las respectivas anualidades contractuales de los cotizantes adscritos a los correspondientes planes de salud.

Sin perjuicio de lo anterior, la isapre podrá anticipar el envío de las comunicaciones que establece el acápite “Información al afiliado” del presente número 10, remitiéndolas de una sola vez, en la misma oportunidad, a todas las personas afiliadas al plan que se adecua, de manera de permitirles que voluntariamente puedan optar por cambiarse al plan adecuado o a alguno de los planes alternativos equivalentes en beneficios desde el momento en que reciban la respectiva comunicación y hasta el mes anterior al de cumplimiento de las anualidades de cada una de ellas.

En caso de anticipar las comunicaciones, la isapre deberá informar clara y detalladamente, en el mensaje que envíe a sus cotizantes, el carácter voluntario del cambio de plan y los prestadores preferentes o cerrados que contemplan los planes alternativos y el plan adecuado.

Información al afiliado

La isapre deberá informar a los cotizantes que correspondan, las modificaciones propuestas al contrato de salud previsional, destacando especialmente la forma en que podrán seguir accediendo a los beneficios en el o los prestadores contenidos en el plan vigente que se propone adecuar, y cuyos convenios fueron modificados o terminados, como asimismo señalar el o los nuevos prestadores que eventualmente se incorporen al plan y las condiciones para acceder a ellos. Los términos, procedimientos y formato asociados a esta comunicación deberán ajustarse, en lo que no se oponga a esta adecuación especial, a las instrucciones pertinentes contenidas en el punto 1 precedente.

La referida comunicación deberá enviarse con a lo menos tres meses de anticipación al cumplimento de cada anualidad, mediante un correo electrónico a la última dirección registrada por la persona afiliada, y si no la tiene, deberá hacerlo por carta certificada. La isapre tendrá la opción de anticipar el envío de las referidas comunicaciones, en los términos establecidos en el acápite "Oportunidad de la adecuación" del presente número 10.

En dicha comunicación, la isapre deberá adjuntar el plan adecuado. Asimismo, deberá informar cuáles son el o los planes alternativos con beneficios equivalentes al plan vigente.

También deberá informar a las personas afiliadas que dispondrán hasta el último día del mes que precede al de su anualidad para pronunciarse, ya sea aceptando el plan adecuado, alguno de los planes alternativos ofrecidos o desahuciando el contrato de salud. En el evento de que nada digan, se entenderá que aceptan la adecuación propuesta.

En el caso de las isapres que opten por anticipar el envío de las referidas comunicaciones, en los términos establecidos en el acápite "Oportunidad de la adecuación" del presente número 10, deberán informar a las personas afiliadas que podrán optar voluntariamente por cambiarse al plan adecuado o a alguno de los planes alternativos, desde el momento en que reciban dicha comunicación y hasta el mes anterior al de cumplimiento de la anualidad de su contrato, junto con la información señalada en dicho acápite.

Los beneficios del plan adecuado comenzarán a regir a partir del primer día del mes siguiente al del cumplimiento de la anualidad contractual. En el caso de las personas que opten por cambiarse en forma anticipada al plan adecuado o alguno alternativo, los nuevos beneficios comenzarán a regir a contar del primer día del mes subsiguiente a aquél en que se formalice dicha situación mediante el FUN respectivo.

En caso de que por medio de esta adecuación especial se modificaren los beneficios, se deberá reflejar el cambio a través de la notificación tipo 9, siguiendo las mismas reglas para la aceptación expresa o tácita establecidas en el punto 1 precedente, teniendo como referencia el mes anterior al cumplimiento de la anualidad de las respectivas personas cotizantes. Por su parte, la notificación a los empleadores y entidades encargadas del pago de la pensión, deberá realizarse hasta el día 10 del mes de la citada anualidad.

Información a la Superintendencia

La isapre que opte por adecuar el contrato a causa del término o modificación del convenio con un prestador cerrado o preferente, deberá comunicarlo a la Superintendencia en los términos que se establecen a continuación.

La comunicación a la Superintendencia deberá informar las causales de la modificación o término del convenio con el prestador, según se trate, y deberá aportar todos los antecedentes que acrediten y expliquen dicha circunstancia, con la finalidad de que esta Intendencia pueda tomar conocimiento y, verificar cuando lo estime pertinente, si tales modificaciones repercuten en la configuración del plan de forma sustancial, y justifican su adecuación.

Para dar cumplimiento a lo anterior, la isapre deberá acompañar, a lo menos, los siguientes antecedentes:

Sobre el convenio

- Deberá adjuntar el o los convenios vigentes que se ven afectados por la modificación o término, así como los convenios que mantiene vigentes con el mismo prestador, distintos al que se modifica.

- La Isapre deberá aportar todos los antecedentes documentales que acrediten y expliquen las causales que justifican la modificación o el término del convenio con el prestador.
- Se debe remitir una detallada relación de los hechos que demuestren las negociaciones entre la isapre y el prestador, y los antecedentes que acrediten haber efectuado todas las gestiones pertinentes.
- En el caso de modificación o término del convenio, la Institución de Salud deberá explicar en qué consisten los cambios de beneficios que se proponen y cómo éstos se incorporan al plan vigente.
- En caso de reemplazo del prestador preferente se deberá proporcionar el o los convenios suscritos con el o los nuevos prestadores. Además, deberá señalar, en forma resumida y ordenada por cada convenio, las diferencias concretas y verificables entre el convenio que ha finalizado y el nuevo convenio que se propone.

Sobre los afiliados y planes afectados

- Se deberá informar el número de afiliados a planes preferentes afectados.
- Se deberán proporcionar todos los planes preferentes afectados por la modificación o el término de los convenios; todos los formatos de los planes vigentes adecuados, es decir, con las modificaciones incorporadas; y todos los planes alternativos en condiciones equivalentes al plan vigente que se ofrecerán, en formato digital. Tanto los planes adecuados como los alternativos ofrecidos deberán ajustarse a la normativa vigente en lo que se refiere a los formatos.
- Deberá remitirse una planilla que contenga el nombre y código del plan de salud afectado, el plan adecuado correspondiente, el plan alternativo asociado a él y los respectivos precios base de cada uno. En cuanto al código asignado al plan adecuado, deberá definirse de modo tal que permita asociarlo al plan original, manteniendo, por ejemplo, el mismo código raíz con alguna variación menor.
- Asimismo, la isapre deberá acompañar una explicación detallada de las modificaciones que se aplicarán a cada uno de los planes afectados.
- En el evento que la isapre tenga vigentes otros planes que contemplen como preferente al prestador en cuestión, deberá proporcionarlos en formato digital, indicando el precio base que ellos tienen asignado.

Con todo, el proceso de adecuación especial regulado en este numeral 10, sólo podrá comenzar a ejecutarse, con el envío de las comunicaciones a las correspondientes personas afiliadas, una vez que la isapre haya comunicado el término o modificación del respectivo convenio, y aporte en forma suficiente los antecedentes que se regulan en el presente numeral y la Superintendencia le haya expresado su conformidad en tal sentido.

11. Comunicación de la modificación del precio de las Garantías Explicitas en Salud (GES)[86]

Las isapres que, luego de que hayan informado de esta decisión a la Superintendencia de Salud, a raíz de la vigencia de un nuevo Decreto Supremo, opten por modificar el precio de las GES, en conformidad al artículo 206 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán observar las instrucciones contenidas en la letra a) "De las modificaciones Introducidas al Decreto GES vigente", del numeral 4 "obligación de Informar", del Título III "Normas Especiales para las isapres", del Capítulo VI "de las Garantías Explicitas en Salud GES del Compendio de Beneficios, de la Superintendencia de Salud.

En el evento de que se haga uso del correo electrónico, toda la información respecto a la adecuación, incluyendo la comunicación de la misma, deberá siempre acompañarse a través de un archivo PDF único adjunto, el que deberá ser liviano (minimizando al máximo el riesgo de rebote de correo), sin clave de acceso, respetando las instrucciones relativas a las notificaciones a través de correo electrónico, que se encuentran en el numeral 4 del Título VII, el Capítulo I de este mismo Compendio de Procedimientos.

[86] Numeral agregado por la Circular IF/N°411, de 4 de octubre de 2022.

Tanto el archivo PDF como la carta[87] deberán ajustarse a las instrucciones técnicas y formato que señala el Anexo N°4 de este Título.

Anexos

ANEXO N° 1

CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN DE ADECUACIÓN[88]

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

Las materias mínimas son:

1.- Lugar y fecha de emisión de la comunicación

2.- Identificación del afiliado o afiliada

3.- Identificación del plan actual e indicación del precio vigente antes de la adecuación

4.- Porcentaje de variación del precio base por adecuación

5.- Precio final a pagar, indicando todas las variables que lo afectan. Por ejemplo, adecuación, variación del tramo de edad, precio Ges, etc.

6.- Oferta de planes alternativos de acuerdo a la normativa vigente, incluyendo su precio base y precio final a pagar

7.- En caso de modificación de los beneficios, producto del término o modificación del convenio con prestadores cerrados o preferentes, se deberá informar respecto de los cambios en los beneficios y/o del prestador cerrado o preferente del plan, y se deberá adjuntar el plan adecuado, con las modificaciones introducidas[89]

8.- Plazo para pronunciarse sobre la adecuación propuesta y efectos del silencio

9.- Opción de desafiliarse

10.- Identificación de quien representa a la isapre.

11.- La Isapre podrá agregar información sobre otros planes disponibles en la isapre

12.- La Isapre podrá agregar información sobre el fundamento del alza del precio base.

[87] La Resolución Exenta IF/N°802, de 23 de noviembre de 2022, eliminó la expresión “certificada”.
[88] Modificado por la Circular IF/N°401, del 30.12.2021.
[89] El N°7 de este anexo fue modificado **por la Circular** IF/N°150, del 27 de mayo de 2011.

ANEXO N° 2

CONTENIDO DE LA COMUNICACIÓN DE ADECUACIÓN POR AJUSTE DE EXCEDENTES[90] [91][92]

En aquellos casos en que, una vez aplicada la adecuación del precio, existan personas afiliadas que estén generando excedentes que superen el 5% de su cotización legal para salud, la isapre deberá remitir una comunicación de adecuación que contenga, a lo menos, la siguiente información:

1.- Lugar y fecha de emisión de la comunicación

2.- Identificación del afiliado o afiliada

3.- Identificación del plan actual e indicación del precio vigente antes de la adecuación

4.- Porcentaje de variación del precio base por adecuación

5.- Precio final a pagar, indicando todas las variables que lo afectan. Por ejemplo, adecuación, variación del tramo de edad, precio GES, etc.

6.- Oferta de planes alternativos y/o beneficios de acuerdo con la normativa vigente, incluyendo precio y valor final a pagar.

7.- Explicación breve de la situación que afecta a su contrato respecto de la generación de excedentes que superan el 5% de su cotización mínima

8.- Oferta de plan y/o los beneficios propuestos, con su precio y valor final a pagar.

9.- Plazo para pronunciarse sobre la adecuación propuesta y efectos del silencio del o la cotizante Esto es, que toda diferencia superior al 5% de la cotización legal, en caso de no aceptar el plan de salud alternativo o nuevos beneficios, no generará excedentes.

10.- Opción de desafiliarse

11.- Identificación de quien representa a la isapre.

12.- La Isapre podrá agregar información sobre otros planes disponibles en la isapre

[90] Modificado por la Circular IF/N°401, del 30.12.2021.
[91] Modificado por Circular IF/N°499, de 26.093.2025
[92] Modificado por la Resolución Exenta IF/N°8190, de 4 de agosto de 2025.

ANEXO N° 3[93]

Especificaciones técnicas de la comunicación de adecuación

El formato de la comunicación de adecuación se aplicará tanto a la comunicación que se remita para comunicar el proceso de adecuación general, como para la que se envié para informar acerca de las situaciones especiales de adecuación (por ajuste de excedentes y por modificación o término del convenio con prestador cerrado o preferente), según corresponda. La comunicación deberá señalar en el título el proceso a que se refiere y, además, deberá ajustarse a las siguientes especificaciones:

1. La fuente del texto del título de la comunicación de adecuación será Arial y su tamaño mínimo deberá ser de 10 puntos. El título deberá mantener al menos un punto de diferencia respecto del resto del contenido independiente del tamaño de la fuente (siempre superior a lo señalado).

La fuente del resto de la comunicación también será Arial y su tamaño mínimo deberá ser de 9 puntos.

2. El lugar y fecha deberá disponerse en la esquina superior izquierda de la página, siempre por debajo de la línea o renglón del titulo. Tanto el día como el año deberán expresarse en números. En la frase, se colocará en primer lugar la ciudad y luego de una coma, la fecha, debiendo existir sólo un espacio entre cada palabra y/o guarismo.

3. En caso de que la isapre agregue un código de barras a la comunicación de adecuación, éste deberá fijarse por debajo de la fecha.

4. El nombre completo de la persona afiliada deberá colocarse bajo la fecha y el código, de incluirse este último. Su domicilio se ubicará debajo del nombre. Ambos datos deberán registrarse con letras mayúsculas.

5. En la esquina superior derecha de la página, deberá fijarse el logotipo de la isapre.

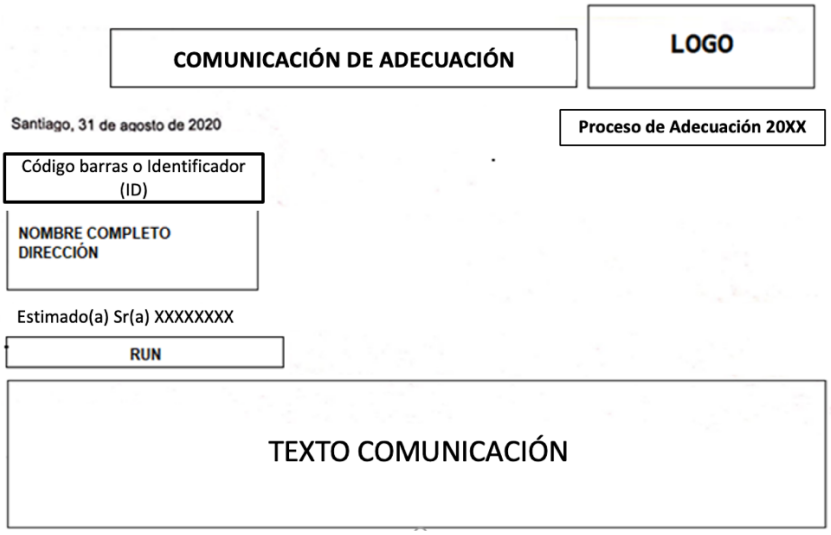
6. Bajo el logotipo de la isapre se registrará la fecha del proceso de adecuación correspondiente. El formato deberá incluir la frase "Proceso de Adecuación", seguida de un espacio y el año correspondiente, según el siguiente esquema: "Proceso de Adecuación" + un espacio + año del proceso[94].

7. Debajo del "destinatario" se registrará el RUN de la persona afiliada con puntos, guion y dígito verificador. La isapre deberá velar porque el RUN no sea visible en caso de que el sobre tenga una ventana que permita ver parte del contenido de la carta[95].

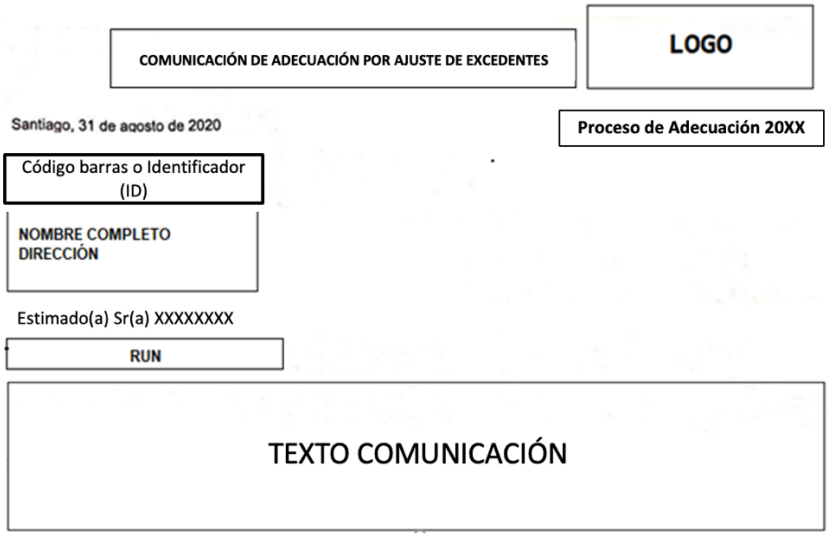
a) Descripción gráfica del formato de las comunicaciones de adecuación:

a1) Comunicación de Adecuación:[96]

[93] Anexo incorporado por Circular IF N° 379, del 26.02.2021 y modificado por la Circular IF/N°401, del 30.12.2021.
[94] Modificado por la Circular IF/N°426, de 21.03.2023.
[95] Modificado por la Circular IF/N°426, de 21.03.2023.
[96] Modificado por la Circular IF/N°426, de 21.03.2023.

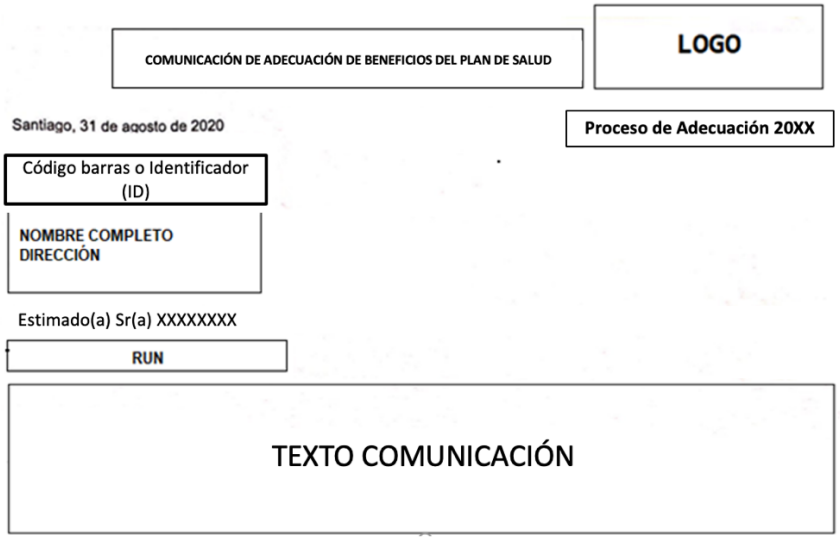


a2) Comunicación de Adecuación por Ajuste de Excedentes:[97]



a3) Comunicación de Adecuación de Beneficios del Plan de Salud (Adecuación por término del convenio con prestador cerrado o preferente):[98]

[97] Modificado por la Circular IF/N°426, de 21.03.2023.
[98] Modificado por la Circular IF/N°426, de 21.03.2023.



b) Ejemplo del formato de comunicación de adecuación:[99]

[99] Modificado por la Circular IF/N°426, de 21.03.2023.

ANEXO N°4

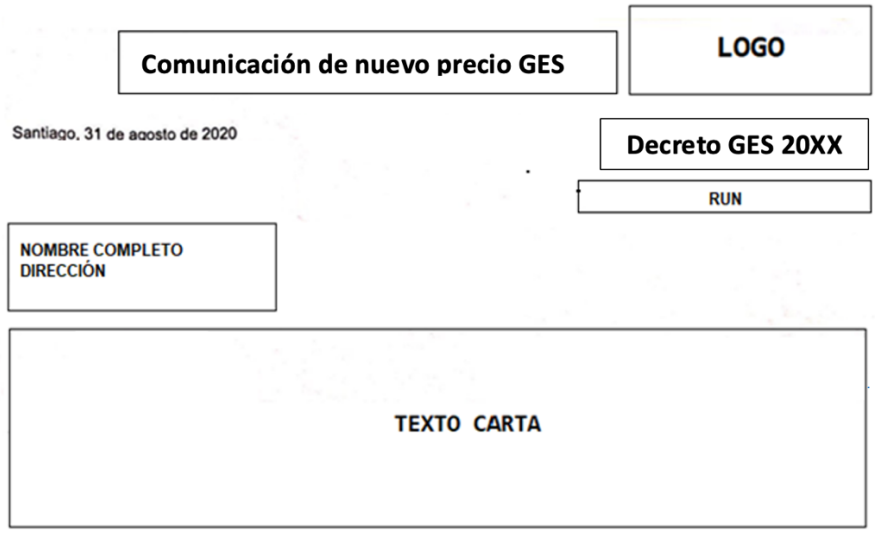
Especificaciones técnicas de la comunicación de la modificación del precio de las Garantías Explicitas en Salud (GES) [100]

Las especificaciones técnicas de la comunicación de la modificación del precio de las GES deberá ajustarse a las contenidas en el Anexo N°3, de este Título, salvo las siguientes reglas especiales:

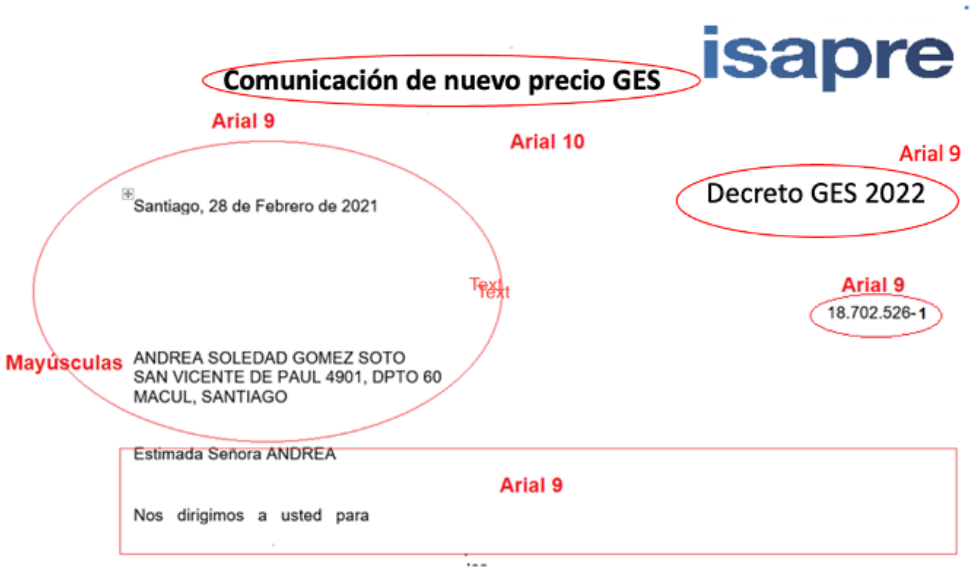
1. La comunicación no deberá utilizar código de barra.

2. Bajo el logotipo de la isapre se registrará la alusión al decreto y la fecha del proceso correspondiente. El formato deberá incluir la frase "Decreto GES", seguida de un espacio, y el año correspondiente (Ej.: Decreto GES 2022).

El formato de la comunicación deberá ceñirse al siguiente:



[100] Anexo incorporado por la Circular IF/N°411, de 4 de octubre de 2022.


Comunicación de nuevo precio GES
isapre
Arial 9
Arial 10
Arial 9
Decreto GES 2022
Santiago, 28 de Febrero de 2021
Text
Text
Arial 9
18.702.526-1
Mayúsculas
ANDREA SOLEDAD GOMEZ SOTO
SAN VICENTE DE PAUL 4901, DPTO 60
MACUL, SANTIAGO
Estimada Señora ANDREA
Arial 9
Nos dirigimos a usted para

Título III bis: Plan Preventivo de Isapres y Examen de Medicina Preventiva[101]

I. Plan Preventivo de Isapres[102]

1. Generalidades

El Plan Preventivo de Isapres (PPI) es un beneficio que se encuentra incorporado al contrato de salud y que comprende una evaluación periódica de salud que las isapres deben ofrecer a sus beneficiarios y beneficiarias, ya sean titulares o cargas.

Este plan se encuentra conformado por a) las prestaciones, procedimientos, exámenes, intervenciones y métodos incluidos en el DS N° 72, del año 2022, de los Ministerios de Salud y Hacienda, o el que lo reemplace; en la Resolución Exenta N° 1.236, de 2009, del Ministerio de Salud, que regula el Examen de Medicina Preventiva o aquella que la reemplace, esto, conforme a las potestades legales que facultan al MINSAL para definir el Examen de Medicina Preventiva, y los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia de dicho examen, además de las Normas Técnicas de Carácter obligatorio en virtud del artículo 138 del DFL N° 1, de 2005, que dicte el Ministerio de Salud con el objeto de uniformar los criterios de ejecución, frecuencia, medición y validación de los exámenes, para el grupo de población que corresponda b) aquellas prestaciones mínimas obligatorias relativas a la protección de la mujer durante el embarazo hasta el sexto mes de nacimiento del hijo o hija (control del embarazo y puerperio) y del niño o niña hasta los seis años (artículos 139 y 194, del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud) y finalmente, por c) prestaciones que sean incorporadas de manera voluntaria en dicho Plan por las propias instituciones.

Las isapres al elaborar el PPI deberán incluir dichas prestaciones, utilizando como referencia el documento contenido en el Anexo N° 1 “Programas del Plan Preventivo de Isapres (PPI)”, de este Título.

Las prestaciones que conforman el PPI deberán ser ofrecidas en su totalidad a las personas beneficiarias y difundidas en la forma establecida en este Título.

Las isapres deberán adoptar las medidas necesarias para dejar constancia a través de un medio idóneo, del hecho de haberse otorgado las prestaciones contenidas en su PPI, ya sea que se trate de aquellas contempladas en el Examen de Medicina Preventiva, las Mínimas Obligatorias o las incluidas de forma voluntaria, lo anterior, para fines de fiscalización.

El cumplimiento por parte de las isapres, de las presentes instrucciones, relativas al Plan Preventivo de Isapres, cuya finalidad es facilitar el acceso de las personas beneficiarias a las prestaciones que lo componen, constituye, además, uno de los requisitos para poder efectuar la variación del precio de sus planes de salud, en virtud de lo dispuesto en el artículo 198 bis, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

2. Cobertura

La cobertura financiera para el Plan Preventivo de Isapres será de un 100% del valor de las prestaciones, operará de acuerdo a los mecanismos de acceso que defina la isapre y en los prestadores que designe para esos fines.

El prestador que defina la isapre debe ser accesible para la persona beneficiaria y no debe imponerle a ésta un gravamen para el traslado, que haga inviable el ejercicio de su derecho, atendido su lugar de residencia.

3. Composición del PPI

3.1. Prestaciones contenidas en el EMP

El Plan Preventivo de Isapres comprenderá la totalidad de las prestaciones, procedimientos, exámenes, intervenciones y métodos incluidos en el DS N° 72, del año 2022, de los Ministerios de Salud y Hacienda, o el que

[101] Título III bis incorporado por Circular IF/N°406 de 29.06.2022, modificado por Resolución Exenta IF/N°662 de 26.09.2022 y por Circular IF/N°420 de 30.12.2022.
[102] Numeral modificado por la Circular IF/N° 474 de 22.07.2024.

lo reemplace; en la Resolución Exenta N° 1.236, de 2009, del Ministerio de Salud, que regula el Examen de Medicina Preventiva o aquella que la reemplace.

Su cumplimiento, será fiscalizado de conformidad con las reglas establecidas en este Título, en lo que se refiere al acceso y la difusión del mismo, de manera independiente a la materia que dice relación con los elementos o criterios relacionados a la medición efectuada por la Superintendencia de Salud, conforme a la metodología de evaluación que fije en el Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva.

En el caso de aquellas prestaciones correspondientes a mediciones y cuestionarios, las isapres deberán informar a las personas beneficiarias, de forma expresa, el medio a través del cual se otorgarán las mismas, indicando si estas se encuentran incluidas dentro de la respectiva consulta médica, o en otro tipo de procedimiento, o si se otorgarán por medios digitales o telemáticos.

En el caso de aquellas prestaciones, que vengan incluidas dentro de la consulta médica, deberá informarse dicha circunstancia a las personas, al momento de acceder a las mismas, ya sea detallándose aquello, en la glosa de los bonos de atención o en la forma que determine la isapre, cuando se emplee una modalidad distinta.

Las instituciones de salud deberán mantener permanentemente actualizadas en sus respectivos planes preventivos de isapres, las prestaciones correspondientes al EMP, especialmente, en lo que se refiere a las posibles modificaciones que se incorporen en el Decreto Supremo que el MINSAL dicte para estos efectos y a los criterios de ejecución, medición y validación que fije para el grupo de población que corresponda.

3.2. Prestaciones mínimas obligatorias contenidas en el PPI

Corresponden a aquellas prestaciones no contempladas en el EMP, que se encuentran incluidas en el Plan Preventivo de Isapres, en razón de lo establecido en los artículos 139 y 194, del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que garantizan la protección de la mujer durante el embarazo hasta el sexto mes del nacimiento del hijo o hija y del niño o niña hasta los seis años.

Lo anterior comprende las prestaciones asociadas al control del embarazo y el puerperio y los controles al niño recién nacido hasta los seis años de edad, las que en su otorgamiento y alcance deberán considerar lo dispuesto en el Capítulo I “De los Beneficios Contractuales y de la Cobertura del Plan de Salud Complementario”, Título I “Beneficios Contractuales” numeral 2 “Prestaciones Mínimas Obligatorias”, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.

Las isapres deberán mantener actualizadas en sus respectivos PPI, las prestaciones mínimas obligatorias conforme a los criterios que fije el MINSAL, incorporando las posibles modificaciones que este último determine a este respecto.

3.3. Prestaciones incorporadas voluntariamente por las Isapres

Las Isapres podrán incorporar voluntariamente a sus PPI, prestaciones adicionales a las indicadas en los puntos anteriores, así como también hacer modificaciones al respecto, debiendo para aquello comunicar dichas circunstancias y el detalle de las prestaciones a esta Superintendencia, dentro del plazo de siete[103] días hábiles, contado desde su incorporación al PPI, remitiendo copia del instrumento actualizado.

Asimismo, tanto al momento de poner a disposición de las personas los bonos de atención (u otras modalidades que implementen las isapres) como al realizar la difusión de su PPI, deberán indicar expresamente cuales son dichas prestaciones, lo que comprenden y si son practicadas -por ejemplo- durante la consulta médica, ya sea detallándose aquello, en la glosa de los bonos de atención o en la forma que determine la isapre, cuando se emplee una modalidad distinta.

Dichas prestaciones adicionales, deberán quedar perfectamente individualizadas en el formato del PPI que defina cada isapre, en un acápite especial, de manera que puedan distinguirse claramente del resto de las prestaciones obligatorias que deben otorgar conforme a las disposiciones del MINSAL y a la Ley.

[103] Plazo modificado por Resolución Exenta IF/N° 13193 de fecha 23 de septiembre de 2024, que resolvió los recursos de reposición deducidos contra la Circular IF/N° 474 de fecha 22 de julio de 2024.

4. Procedimiento para acceder a las prestaciones del PPI

Las isapres deberán elaborar su PPI de conformidad con las instrucciones contenidas en este Título, contemplando como mínimo los grupos de prestaciones expuestos en los numerales anteriores, pudiendo emplear como referencia el formato contenido en el Anexo N°1 “Programas del Plan Preventivo de Isapres (PPI)”.

Las instituciones de salud deberán entregar una copia de su PPI, a cada persona que suscriba un contrato de salud, al momento de la afiliación.

Dicho Plan deberá estar permanentemente disponible para consulta por parte de las personas afiliadas, tanto en los sitios web de las isapres como sucursales, debiendo incluir cada una de las prestaciones que contenga y los prestadores en convenio para la entrega de las mismas.

Asimismo, deberán contar con un procedimiento que permita el fácil acceso de las personas beneficiarias a las prestaciones contenidas en el Plan, ya sea a través de la emisión de los bonos de atención respectivos u otras modalidades que implementen (a través de la sucursal virtual y/o de forma presencial).

5. Difusión del Plan Preventivo de Isapres

Las instituciones están obligadas a difundir, fomentar y promover el PPI entre sus beneficiarios y beneficiarias, debiendo a lo menos cumplir con los estándares que se fijarán a continuación:

a) Sección exclusiva en página web

Las isapres deberán disponer de una sección o área exclusiva en sus páginas web dedicada a su PPI, la que, a lo menos, deberá contener la individualización de cada una de las prestaciones que lo compongan, junto con los prestadores en convenio para su otorgamiento. Asimismo, deberán informar las condiciones para el acceso a dichas prestaciones y la forma en la que se otorgarán, detallando si corresponden a consultas médicas o exámenes, si se otorgarán con o sin orden médica y si corresponden a procedimientos o mediciones que se realizan durante la consulta médica.

Además, dicha sección deberá contar con un acceso directo y visible en la página principal de su sitio web.

b) Campañas masivas de correo electrónico

Las instituciones deberán remitir vía correo electrónico con una periodicidad de, a lo menos dos veces por año, información general relativa a la forma de acceder a las prestaciones de medicina preventiva contenidas en el PPI y los prestadores en convenio, con el correspondiente vínculo hacia la sección de la página web descrita en la letra anterior.

De igual manera, deberán remitir a la persona afiliada, por la misma vía y con igual periodicidad, información focalizada en los segmentos respectivos, en relación con las prestaciones y problemas de salud relacionados con el grupo objetivo del que formen parte, tanto ésta como sus cargas, a la dirección de correo electrónico que registre el afiliado/a en la isapre.

c) Información en sucursales

Las isapres deberán contar con información en sus sucursales, en relación con las prestaciones que conforman su PPI, la forma de acceder a ellas y los prestadores en convenio para el otorgamiento de las mismas, por ejemplo, a través de la implementación de gráficas en lugares visibles, la entrega de folletos informativos, módulos de consulta exclusivos (o bien módulos de información general que tengan formalizada la tarea de entregar orientación de este tipo), información a través de medios audiovisuales o códigos QR, entre otros.

En este caso, las isapres podrán disponer los medios idóneos para dicho fin, siempre que cumplan con el objetivo de informar y difundir el PPI entre las personas que asistan a sus sucursales.

Las instituciones deberán, además, estar en condiciones de facilitar copias de su PPI, ya sea en formato físico o digital (por ejemplo, a través de un código QR o del envío mediante correo electrónico) en caso de requerirse por parte de las personas beneficiarias en una sucursal.

d) Información en Redes Sociales

Las isapres deberán publicar información relativa a las prestaciones que conforman su PPI en detalle, la forma de acceder a ellas y los prestadores en convenio para el otorgamiento de las mismas, de forma periódica en las distintas plataformas de redes sociales de las que dispongan (Youtube, Facebook, Instagram, entre otras), fomentando la utilización de dichos beneficios por parte de las personas, debiendo dichas publicaciones efectuarse a lo menos de forma semestral.

e) Otras medidas

Adicionalmente, las isapres podrán implementar otras medidas, tales como campañas telefónicas, mensajería de texto, información a través aplicaciones móviles y otros medios que sean aptos, para difundir tanto su PPI, como la forma de acceder a sus beneficios.

Finalmente, toda la información relativa al procedimiento para acceder a las prestaciones del PPI, prestadores en convenio, modificaciones a la composición de dicho plan, entre otras, deberá estar disponible, igualmente, a través del servicio de atención continua telefónica de cada isapre establecido en el Capítulo VII "Información que los seguros deben proporcionar o mantener a disposición de los cotizantes, beneficiarios, empleadores, usuarios y público en general", Título VIII "Instrucciones sobre el servicio continuo de atención telefónica", del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Información.

6. Disposiciones finales

En caso de incorporarse, eliminarse o reemplazarse prestadores para el otorgamiento de los beneficios que contemple el PPI, las isapres deberán informar dicha circunstancia a las personas beneficiarias a través de su página web, dentro del plazo de siete días hábiles contados desde la modificación.

Las isapres, en todo momento deberán encontrarse en condiciones de acreditar la implementación de las medidas de difusión mencionadas, ante eventuales requerimientos y fiscalizaciones por parte de este Organismo."

ANEXO N° 1

PROGRAMAS DEL PLAN PREVENTIVO DE ISAPRES (PPI)

PROGRAMAS PREVENTIVOS

El Plan Preventivo de Isapres (PPI) está organizado en tres programas, de acuerdo al grupo de población que corresponda: Programa del Niño, Control del Embarazo y Programa del Adulto y Adulto Mayor:

1. **PROGRAMA DEL NIÑO**

El programa del niño tiene por propósito apoyar un desarrollo integral adecuado y ayudar a la formación de hábitos saludables. Las actividades comprendidas en este programa son:

1.1 CONTROL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, ESTADO NUTRICIONAL, OBESIDAD, REGISTRO Y CONSEJERÍA DE INMUNIZACIONES PAI.

Examen:	Control por enfermeras, con derivación a nutricionista cuando estén alterados sus parámetros de peso y talla.
Beneficiario:	Recién nacido hasta 6 años de edad.

Cronograma del Control del Niño

1. Recién nacido (15 primeros días) dos controles: 1 por médico, 1 por enfermera

2. A los 2 meses de edad
3. A los 3 meses de edad
4. A los 4 meses de edad
5. A los 5 meses de edad
6. A los 6 meses de edad
7. A los 8 meses de edad
8. A los 10 meses de edad
9. A los 12 meses de edad
10. A los 15 meses de edad
11. A los 18 meses de edad
12. A los 21 meses de edad
13. A los 2 años de edad: dos controles por año
14. A los 3 años de edad: dos controles por año
15. A los 4 años de edad: dos controles por año
16. A los 5 años de edad: dos controles por año
17. A los 6 años de edad: dos controles por año

En cada control se cumplirán las actividades que detalle la Norma Técnica vigente que dicte el MINSAL.

RECIEN NACIDOS

1.2 FENILCETONURIA

Examen: Determinación de fenilalanina en sangre.
Frecuencia: Una vez, dentro de los 15 días desde el nacimiento.
Beneficiario: Recién nacido.

1.3 HIPOTIROIDISMO CONGENITO

Examen: Determinación de TSH en sangre.
Frecuencia: Una vez, dentro de los 15 días desde el nacimiento.
Beneficiario: Recién nacido.

1.4 DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERAS

Examen: Examen clínico: Maniobra de Ortolani o Barlow
Frecuencia: Una vez, dentro de los 15 días desde el nacimiento.
Beneficiario: Recién nacido.

LACTANTES

1.5 DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERAS

Examen: Radiografía de Pelvis o ultrasonografía de cadera

Frecuencia: Una vez en el período, preferentemente a los tres meses de edad.

Beneficiario: Lactante

Durante el control descrito en el punto 1.1. (a los 2 meses de edad), se dará orden de realización de Radiografía de pelvis para lactantes, se evaluará presencia de hernias y se derivará en caso de ser necesario. Una vez producida la derivación, se aplicará la cobertura del Plan para las prestaciones requeridas a contar de dicha oportunidad.

NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 2 Y 5 AÑOS DE EDAD

1.6 SOBREPESO Y OBESIDAD

Examen: Medición del peso y talla

Frecuencia: Una vez en el período, preferentemente entre los 3 y 4 años de edad.

Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años de edad

1.7 AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y DEFECTOS EN LA AGUDEZA VISUAL

Examen: Aplicación de cartilla LEA

Frecuencia: Una vez en el período, preferentemente entre los 3 y 4 años de edad.

Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años de edad

1.8DETECCIÓN DE MALOS HÁBITOS BUCALES

Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales

Frecuencia: Una vez en el período, preferentemente entre los 3 y 4 años de edad.

Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años de edad

2. PROGRAMA CONTROL DEL EMBARAZO

El programa controlará el embarazo, de tal forma de apoyar la labor del profesional médico, recomendando los exámenes requeridos en cada etapa. Las actividades comprendidas en este programa son:

2.1CONTROL MEDICO Y DE MATRONA:

Intervención de Médico: al inicio del embarazo (1er mes) y al 8vo mes.

Intervención de Matrona: Inicio del Control prenatal de Matrona antes de 12 semanas de amenorrea, midiendo peso y talla, medición estandarizada de la presión arterial, Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT), aplicación del instrumento Estrategia 5A's, según guía clínica y efectuando las derivaciones para la realización de los siguientes exámenes, incluyendo grupo y Rh, hemoglobina y hematocrito, VDRL o RPR en sangre, glicemia en ayunas, orina completa, urocultivo y ecografía precoz -antes de 20 semanas de gestación-. Luego, la repetición de exámenes según pauta

sería: i) un nuevo VDRL a las 28 semanas, ii) una glicemia o PTG entre las 24 y 28 semanas y, iii) un hematocrito y hemoglobina entre 28 y 32 semanas.

Controlar diabetes mellitus a mujeres durante el embarazo, antes de las 13 semanas de gestación.

Frecuencia: Tres veces, dentro del embarazo.

Beneficiario: Mujeres embarazadas.

Incluye los controles del puerperio hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, garantizados por los artículos 139 y 194, del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

2.2DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Examen: Glicemia en ayunas de al menos 8 horas

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

2.3 INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Examen: Test de Elisa para VIH en sangre. Debe realizarse siempre con consejería previa, de manera voluntaria y con consentimiento informado (ley N°19.979, 2001) Consejería previa al examen y consejería post examen en las embarazadas con VIH positivo.

Frecuencia: Una vez durante el embarazo, a contar del primer trimestre

Beneficiario: Embarazadas que acepten realizarse el examen.

2.4 SÍFILIS

Examen: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory o RPR (Rapid Plasma Reagin) en sangre

Frecuencia: Una vez durante el embarazo, a contar del primer trimestre

Beneficiario: Embarazadas que acepten realizarse el examen.

2.5 INFECCIÓN URINARIA

Examen: Urocultivo

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

2.6 SOBREPESO Y OBESIDAD

Examen: Medición de peso y talla. Consejería sobre hábitos saludables de alimentación y actividad física.

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

2.7 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Examen: Medición estandarizada de la presión arterial

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

2.8 BEBER PROBLEMA

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT). Consejería según el tipo de consumo de alcohol en personas de bajo riesgo (0-7), en riesgo (8-15), problema (16-19) o dependencia (20-40).

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

2.9 TABAQUISMO

Examen: Aplicación del instrumento Estrategia 5A's según guía clínica. Consejería breve y referir a tratamiento con el profesional que realiza el control del embarazo.

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

3. PROGRAMA DEL ADULTO Y DEL ADULTO MAYOR

El programa del adulto tiene por propósito promover hábitos saludables, detectar adicciones de alcohol y tabaco. Controlar obesidad, hipertensión y niveles de colesterol, tiene por propósito estimular una alimentación adecuada previa a la concepción. En cada caso se efectuará la recomendación que corresponda. El programa, respecto del adulto mayor tiene por propósito apoyar la mantención de la autovalencia, promoviendo hábitos saludables, controlando su capacidad auditiva y de movilidad. Las actividades comprendidas en este programa son:

Control por médico, enfermera, enfermera matrona, matrona, nutricionista u otro integrante del equipo de salud debidamente capacitado, una vez por año, salvo lo expresamente indicado, revisando y efectuando lo siguiente:

PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS DE EDAD

3.1 BEBER PROBLEMA

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT) y consejería respecto de terapia.

Beneficiario: Personas de 15 y más años de edad.

3.2 TABAQUISMO

Examen: Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's según guía clínica y consejería breve

Beneficiario: Personas de 15 y más años de edad.

3.3 SOBREPESO Y OBESIDAD

Examen: Medición de Peso y Talla para Calcular Índice de Masa Corporal (IMC) y medición de circunferencia de cintura (CC) para detectar a personas obesas con mayor riesgo

cardiovascular. Consejería en alimentación saludable e incremento de la actividad física. Consejería por parte de Nutricionista y derivación CAEC si corresponde.

Beneficiario: Personas de 15 y más años de edad.

3.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Examen: Medición estandarizada de la presión arterial

Beneficiario: Personas de 15 y más años de edad.

3.5 DIABETES MELLITUS

Examen: Glicemia en ayunas de al menos 8 horas

Beneficiario: Personas de 15 y más años de edad con factores de riesgo mayores de 40 años de edad, obesos o antecedentes familiares directos en diabetes en padre, madre o hermanos.

3.6 SÍFILIS

Examen: Examen de VDRL en sangre o RPR en sangre.

Frecuencia: Beneficiarios con conductas u otros factores de riesgo una vez al año.

Beneficiario: Embarazadas y personas con conductas u otros factores de riesgo.

3.7 TUBERCULOSIS

Examen: Baciloscopía a toda persona con tos productiva por más de 15 días al momento del examen

Beneficiario: Personas mayores de 15 años de edad con síntomas respiratorios por 15 días o más.

3.8 CÁNCER CERVICOUTERINO

Examen: Toma de Examen de Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical.

Frecuencia: Una vez, cada 3 años.

Beneficiario: Mujeres de 25 a 64 años de edad y entre 18 y 24 años de edad con vida sexual activa.

PERSONAS DE 40 Y MAS AÑOS DE EDAD

3.10 DISLIPIDEMIA

Examen: Medición del Colesterol Total. Consejería por parte de Nutricionista si corresponde.

Frecuencia: Anual

Beneficiario: Hombres y mujeres de 40 y más años de edad.

MUJERES DE 50 Y HASTA 59 AÑOS DE EDAD

3.11 CÁNCER DE MAMA:

Examen: Mamografía cada 3 años

Beneficiario: Mujeres de 50 y hasta 59 años de edad.

ADULTO DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD

3.12 EVALUACIÓN FUNCIONAL PARA UNA VIDA AUTOVALENTE

Examen: Cuestionario estandarizado, evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) y consejería

Frecuencia: Anual

Beneficiario: Beneficiarios mayores de 64 años de edad

Evaluación de la movilidad, capacidad de alimentación, visión, audición, y derivación a GES si corresponde.

4. PRESTACIONES ADICIONALES INCORPORADAS VOLUNTARIAMENTE POR LAS ISAPRES

Las Isapres podrán incorporar voluntariamente a sus planes preventivos, prestaciones adicionales a las indicadas en los puntos anteriores, tales como las que se mencionan a continuación, y que se encontraban incluidas previamente en el documento denominado “Condiciones Particulares del Plan Preventivo de isapres (PPI)”.

PROGRAMA DEL NIÑO

4.1 CONTROL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, ESTADO NUTRICIONAL, OBESIDAD, REGISTRO Y CONSEJERÍA DE INMUNIZACIONES PAI.

Examen: Control por enfermeras, con derivación a nutricionista cuando estén alterados sus parámetros de peso y talla.

Beneficiario: Niño 10 años de edad

Frecuencia: A los 10 años de edad: dos controles por año

PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS DE EDAD

4.2 PROMOCION DEL EJERCICIO

Examen: Consejería

Beneficiario: Personas de 15 años de edad y más

MAYORES DE 35 AÑOS DE EDAD

4.3 PREVENCION CARDIOVASCULAR EN POBLACION DE RIESGO

Examen: Consejería respecto de hábitos saludables, alimentación, consumo de ácido acetilsalicílico y otros.

Beneficiario: Mayores de 35 años de edad.

MUJERES EN EDAD FÉRTIL

4.4 PROMOCION CONSUMO DE ACIDO FÓLICO, FIERRO Y CALCIO:

Examen: Campaña de información a grupos específicos

Beneficiario: Mujeres en edad fértil.

II. Examen de Medicina Preventiva

El Examen de Medicina Preventiva (EMP) es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias del Estado.

Las instituciones están obligadas a difundir, fomentar y promover entre sus beneficiarios/as el Examen de Medicina Preventiva en los términos que señala el Título II "De los Instrumentos Contractuales Uniformes", del Capítulo I "El Contrato de Salud", del Compendio de Instrumentos Contractuales.

Las isapres deberán informar a sus cotizantes de las prestaciones y pruebas de sospecha diagnóstica comprendidas en este examen, de su frecuencia, periodicidad y de las condiciones de acceso, según disponga el Decreto GES que alude el artículo 11 de la Ley 19.966.

Mamografía del Examen de Medicina Preventiva (EMP)[104]

Toda persona beneficiaria que cumpla con el rango etario y la periodicidad establecida en el Decreto GES vigente o en la norma que corresponda, tendrá derecho a realizarse de forma gratuita una mamografía contenida en el EMP, sin requerimiento de orden médica.

a) Obligación de informar

Fonasa y las isapres deberán informar de manera clara a las personas beneficiarias del Examen de Medicina Preventiva acerca de la posibilidad de realizarse de forma gratuita la mamografía contenida en el EMP, sin el requerimiento de la orden respectiva, emitida por un médico u otro profesional de la salud, para respaldar el otorgamiento del examen imagenológico. Dicha entrega de información se podrá efectuar mediante los distintos canales de comunicación masiva de que dispongan, tales como sitios web, correo electrónico o afiches en sus sucursales de atención.

A su vez, en caso de que las personas beneficiarias lo requieran, las isapres deberán otorgarles mayor información, a lo menos acerca de los prestadores designados. Fonasa por su parte, deberá derivar a las personas beneficiarias a su centro de atención primaria respectivo, donde podrán obtener la información necesaria acerca de dicho beneficio.

También cumplirán con el rol de informar, los prestadores de salud públicos y privados que se desempeñen a lo menos en las áreas de cuidado de la salud de la mujer, quienes deberán comunicar a las personas beneficiarias que cumplan con los requisitos antes señalados, su derecho a realizarse dicho examen, según las condiciones descritas previamente.

b) Obligaciones de los prestadores de salud que realizan mamografías contenidas en el EMP

El prestador que realice la mamografía contenida en el EMP no podrá exigir como requisito una orden emitida por un médico u otro profesional de la salud a la persona beneficiaria que la solicite y que cumpla con el rango etario y la periodicidad establecida en el Decreto GES o en la normativa vigente que corresponda.

El prestador deberá utilizar y completar para cada beneficiaria que se realice la mamografía contenida en el EMP, el "Formulario de realización de mamografía del Examen de Medicina Preventiva (EMP)", cuyo formato se adjunta en el Anexo de este acápite "Mamografía del Examen de Medicina Preventiva (EMP)". La persona beneficiaria recibirá una copia de dicho formulario al momento de la atención.

En caso de que el resultado de la mamografía se encuentre alterado o requiera de estudios adicionales el prestador de salud que realizó el examen, tendrá la obligación de informar a la persona beneficiaria.

[104] Acápite y anexo incorporados por Circular IF/N° 435, de 14 de junio de 2023.

Para notificar a la beneficiaria el prestador deberá utilizar los datos proporcionados por la misma, a través del mecanismo de notificación escogido y registrado en el formulario antes mencionado.

Dicha notificación deberá señalar expresamente que el resultado de la mamografía se encuentra alterado o requiere ser complementado con estudios adicionales, los cuales no se encuentran dentro de la cobertura del EMP. Además, se deberá orientar a la beneficiaria resaltando la importancia que presenta que sea evaluada por un médico y el derecho que tendría de acceder a las prestaciones GES. Finalmente, se le deberá indicar que el informe se encontrará disponible para su retiro en el centro de salud donde se realizó la mamografía.

El prestador que tomó la mamografía, dispondrá de un plazo máximo de 5 días hábiles contado desde la fecha de realización del examen para efectuar la notificación, salvo que, en la respectiva contratación pública o privada para proveer el servicio de mamografía preventiva, se haya obligado a informar sus resultados en un plazo menor, caso en el cual deberá ajustarse a éste.

El prestador deberá estar siempre en condiciones de acreditar la realización oportuna de las notificaciones y, a su vez, deberá almacenar el formulario correspondiente, resguardando la privacidad de los datos, por un plazo de al menos cinco años.

Sin perjuicio de lo anterior, el informe respectivo, independiente de su resultado, podrá ser retirado por la beneficiaria en el prestador donde se realizó la mamografía.

c) Instrucciones comunes para Fonasa, isapres y prestadores de salud

El incumplimiento de las presentes instrucciones podrá ser fiscalizado por la Superintendencia de Salud, quien está facultada para aplicar las sanciones establecidas en la Ley.

Anexo "Formulario de realización de mamografía del Examen de Medicina Preventiva (EMP)".

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA DEL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): _____

DIRECCIÓN: _____CUIDAD: _____

RUT: _____

ANTECEDENTES DE LA USUARIA

NOMBRE: _____ EDAD: _____

RUN: _____ TELÉFONO DE CONTACTO: _____

DOMICILIO: _____ CUIDAD: _____

REGIÓN: _____ CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): _____

PREVISIÓN: _____

MECANISMO DE NOTIFICACIÓN DE RESULTADO ALTERADO:

☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ CARTA CERTIFICADA ☐ OTRO ¿CUÁL? _____

IMPORTANTE: La usuaria da fe que los datos proporcionados son fidedignos, puesto que serán ocupados por este centro de salud para realizar la notificación en caso que el resultado de la mamografía se encuentre alterado o requiera ser complementado con estudios adicionales, en un plazo que no podrá exceder los 5 días hábiles contado desde la fecha de realización del examen.
Independiente del resultado de la mamografía, la beneficiaria podrá acercarse a este prestador a retirar su informe respectivo.

FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN: _____

_____ _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE O TIMBRE DE LA INSTITUCIÓN

FIRMA O HUELLA DE LA BENEFICIARIA O REPRESENTANTE

Cumplimiento de metas de cobertura anual para el Examen de Medicina Preventiva

Para efectos de la medición de su cumplimiento, se considerarán las prestaciones, acciones de salud y pruebas de sospecha diagnóstica definidas por la Superintendencia de Salud para ese fin, contenidas en el "Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva.

Sin perjuicio de lo anterior, para medir las metas de cobertura del EMP, la Superintendencia de Salud contabiliza aquellas personas que pertenecen a los grupos de población objetivo definidos en el EMP y que a través de su isapre acceden a la prestación trazadora gratuita, de acuerdo a lo establecido en el artículo 145 del DFL N°1/ de 2005 del Minsal.

En este sentido, para medir el cumplimiento de dichas metas, sólo se considerarán las prestaciones de salud respecto de las cuales las personas beneficiarias no tuvieron que efectuar un copago, habiendo sido, por tanto, bonificadas en un 100% por la isapre, ya sea que ellas hayan sido otorgadas a través de los procedimientos y mecanismos definidos por la isapre especialmente para ese fin, como también las otorgadas a través del plan de salud complementario.

1. Definiciones relativas al cumplimiento de las metas de cobertura anual para el Examen de Medicina Preventiva

- **Examen de Medicina Preventiva:** El EMP incluye un conjunto de exámenes y/o evaluaciones mediante cuestionarios específicos que son usados como pruebas de sospecha diagnóstica (prevención secundaria) en poblaciones beneficiarias por grupos etarios y ciclo vital (embarazadas, recién nacidos(as), lactantes, niños(as), adultos(as) y adultos(as) mayores), para contribuir a la detección precoz de enfermedades, condiciones prevenibles o controlables. Se encuentra diseñado según población objetivo, definido por sexo y/o edad. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.

- **Prueba de sospecha diagnóstica:** Es aquella prestación cuyo objeto es la detección precoz de cada problema de salud identificado en una población objetivo determinada.

- **Prestación trazadora:** Es aquella que identifica el registro **que indica que se realizó la prueba de sospecha diagnóstica para un problema de salud**, lo que permite operacionalizar el cálculo del cumplimiento de las metas de cobertura para el EMP por las isapres. De acuerdo a lo que se señala en la letra e) del punto 2.1 del presente numeral III, las prestaciones trazadoras son determinadas por esta Superintendencia en el "Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva".

  Por ejemplo, la consulta ginecológica es la prestación trazadora de la medición del peso y la talla, con código 0101308 del arancel FONASA Modalidad de Libre Elección (MLE), que se realiza para diagnosticar sobrepeso y obesidad, que es el problema de salud identificado para la población objetivo mujeres embarazadas en el EMP.

  La prestación trazadora es bonificada en un 100% por la isapre, dando cumplimiento al artículo 145 del DFL Nº1, de 2005, del Minsal.

  Las prestaciones trazadoras incluyen las consultas médicas, los procedimientos y exámenes que cuentan con información codificada en el Arancel FONASA MLE y que, además, permiten inferir la realización del examen con los mismos parámetros solicitados en el EMP y, en consecuencia, cumplen el mismo objetivo trazador.

- **Meta de cobertura:** Con el objeto de promover la prevención y control del daño y mortalidad de problemas de salud priorizados, se establecen en el Título II del Decreto Supremo que aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud correspondiente, las metas de cobertura del EMP, tal como lo exige el artículo 33 de la Ley N° 19.966. El mismo decreto indica que las metas establecidas por población objetivo deberán cumplirse anualmente por el FONASA y por las isapres.

- **Población objetivo**: Corresponde a un determinado grupo de personas a las que les está indicado realizarse pruebas específicas de sospecha diagnóstica del EMP. El DS GES N°22 de 2019 contempla nueve poblaciones objetivo, las que podrían variar en los decretos que lo reemplacen.
- **Casos observables**: Personas que cumplen los requisitos establecidos para pertenecer a la población objetivo y que son aquellas a las que les corresponde beneficiarse del EMP. El número de personas observables es considerado como la base de cálculo para el cumplimiento de las metas de cobertura del EMP.

  Los casos observables son determinados según se especifica en el "Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva".
- **Casos observados**: Corresponden a las personas que se realizaron el EMP y que forman parte de las personas observables.

  Si una persona se realizó más de una vez la misma prestación trazadora, se contabiliza como un solo caso observado.

  Los casos observados son determinados según se especifica en el "Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva".
- **Porcentaje de realización de prestaciones trazadoras asociadas a un problema de salud**: Se calcula como el porcentaje de **los casos observados** en relación a los casos observables.

  Si una persona se realizó varias prestaciones trazadoras para un mismo problema de salud del EMP, solo una de ellas contribuye al conteo de observaciones.
- **Nivel de cumplimiento de las metas de cobertura del EMP para una determinada población objetivo en la isapre**: Para una isapre determinada, se calcula como el porcentaje de casos observables que se realizaron prestaciones trazadoras asociadas a los problemas de salud priorizados en esa población objetivo.[105]
- **Cumplimiento de las metas de cobertura del EMP por isapre**: Se determina sobre la base de los niveles de cumplimiento de las metas de cobertura del EMP para cada población objetivo de la isapre.
- **Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva:** Es el instrumento técnico, emitido por la Superintendencia de Salud, mediante un acto administrativo, que contiene el procedimiento de cálculo y la definición de sus criterios de medición (Ej.: vigencia de beneficios, casos observables y observados).[106]

2. Cálculo del indicador de cumplimiento de las metas del EMP

La información que será utilizada en el cálculo para determinar el nivel de cumplimiento de las metas de cobertura del EMP, es la siguiente:

2.1 Información necesaria para el cálculo del indicador de cumplimiento

a) Isapres afectas al cálculo del indicador

Los indicadores del nivel de cumplimiento de las metas de cobertura del EMP serán calculados para cada institución de salud previsional vigente, abierta o cerrada, sobre la base del registro de prestaciones trazadoras bonificadas en un 100% para el conjunto de su cartera, sin distinción del tipo de plan (individuales y grupales).

[105] Contenido del acápite fue reemplazado mediante Circular IF/N°420 de 30.12.2022
[106] Viñeta incorporada mediante Circular IF/N°420 de 30.12.2022

b) Fuente de datos para el cálculo del indicador de cumplimiento [107]

Para determinar el conjunto de casos observables y observados, y para fines del cumplimiento de las metas de cobertura para el EMP, la Superintendencia utilizará cualquier fuente de información que estime conveniente, resguardando el tratamiento de los datos personales conforme a lo establecido en la Ley N°19.628.

En cuanto a los datos aportados por las isapres para la medición del cumplimiento de las metas del EMP, la Superintendencia considerará sólo los datos comunicados por las isapres, incluyendo cualquier reprocesamiento hasta el día 10 de enero del año en que se verifica el cumplimiento de dichas metas.

c) Eliminada [108]

d) **Eliminada**

e) Prestaciones trazadoras consideradas en la medición del cumplimiento de las metas de cobertura para el EMP

Si bien el EMP debe ajustarse a las pruebas de sospecha diagnóstica contempladas en el decreto GES vigente, se incorporan a la medición del cumplimiento de las metas de cobertura para el EMP aquellos exámenes, procedimientos y consultas médicas, que se encuentren codificados en el Arancel Fonasa MLE, que midan los mismos parámetros solicitados por el EMP y en consecuencia cumplen el mismo objetivo trazador.

Las prestaciones trazadoras para la medición del cumplimiento del EMP son aquellas respecto de las cuales es posible acreditar y fiscalizar su cumplimiento o deducir su realización, las que se incluyen en el "Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva".

2.2 . Cálculo del nivel de cumplimiento de las metas

El nivel de cumplimiento de las metas del EMP será calculado anualmente para cada isapre y estará a cargo de la Superintendencia de Salud, conforme a lo establecido en el "Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva".

a) Porcentaje de realización de prestaciones trazadoras asociadas a un problema de salud

Para un determinado problema de salud y población objetiva, se aceptará la realización de prestaciones trazadoras (consultas médicas, exámenes o procedimientos) que permitan medir los mismos parámetros solicitados por el EMP y, en consecuencia, cumplan el mismo objetivo trazador, conforme se establece en el "Manual de Cálculo del Cumplimiento de Metas de Cobertura del Examen de Medicina Preventiva.

Para una población objetivo determinada, el porcentaje de cobertura de un problema de salud i en el año t se define por:

$$PS_t^i = \text{\% de cobertura de un problema de salud } i \text{ en año } t$$
$$= \frac{\text{Número de casos observados en año } t}{\text{Número de casos observables en año } t} \times 100$$

Donde, el número casos observados corresponde al número de personas de la población objetivo que se realizaron al menos una de las prestaciones trazadoras del problema de salud *i en el año t*.

[107] Contenido del acápite fue reemplazado mediante Circular IF/N°420 de 30.12.2022
[108] Letras c) y d) eliminadas mediante Circular IF/N°420 de 30.12.2022

b) Eliminada [109]

c) Eliminada

d) Eliminada

e) Población objetivo Mujeres Embarazadas (eliminada)[110]

f) Población objetivo mujeres de 25 a 64 años de edad (eliminada)

g) Población objetivo mujeres de 50 a 59 años de edad (eliminada)

3. Informe sobre cumplimiento de metas

La Superintendencia de Salud informará a las isapres el estado de avance del cumplimiento parcial de las metas de cobertura para el EMP, una vez cumplido el décimo mes de cada año evaluándose, en consecuencia, el avance parcial en el período entre enero y octubre de cada año[111].

4. Comunicación final del cumplimiento de las metas del EMP

La Superintendencia de Salud comunicará a las isapres, dentro de los primeros 10 días del mes de febrero de cada año, si se considera cumplido el requisito establecido en el artículo 198 bis del DFL N°1 de 2005, de Salud, para que puedan efectuar una variación en el precio de los planes de salud.

5. Determinación de cumplimientos parciales a las metas de cobertura EMP [112]

Durante el año a verificar, y dentro de un plazo prudencial, la Superintendencia podrá ejercer, mediante acto administrativo, su facultad de establecer cumplimientos parciales o rebajar prudencialmente las metas del EMP conforme al artículo 198 bis del DFL N°1, de 2005, de Salud.

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

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

1. Situación de cesantía

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

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

[109] Letras b), c) y d) eliminadas mediante Circular IF/N°420 de 30.12.2022
[110] Letras e), f) y g) eliminadas mediante Resolución Exenta IF/N°662 de 26.09.2022.
[111] Párrafo modificado por la Circular IF/N° 531, de fecha 31 de julio de 2026.
[112] Numeral agregado por Circular IF/N°420 de 30.12.2022

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

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

2. Variación permanente de la cotización

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

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

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

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

3. Variación en la composición del grupo familiar

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

a) Incorporación de beneficiarios

Para efectos de formalizar la incorporación de los familiares beneficiarios, la isapre podrá exigir a la persona cotizante la documentación que los acredite como tales, de acuerdo a lo instruido en el numeral 1, del Título I del Capítulo I. Si se trata de la incorporación del cónyuge de la afiliada, deberá proporcionar a ésta la misma orientación que se le instruye entregar a las futuras afiliadas, señalada en el párrafo segundo de la segunda viñeta del numeral 1 del Título I de este Capítulo I.[113]

Tratándose de un conviviente civil, bastará con el certificado que acredite tal calidad y una declaración jurada simple del afiliado, en la que consigne que dicho familiar vive a sus expensas y no disfruta de una renta -exceptuando las pensiones de orfandad- igual o superior al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el inciso 1° del artículo 4° de la Ley N° 18.806, siempre que no provenga de labores remuneradas realizadas por un período no superior a tres meses en cada año calendario.[114]

Cuando se trate de la incorporación de una persona recién nacida o un nonato[115], los beneficios se otorgarán desde el momento de su nacimiento, siempre que se inscriba en la isapre antes de cumplir un mes de vida o en

[113] Párrafo modificado por Circular IF N° 250, de 2015 y por Circular IF N° 383, de 24.06.2021.
[114] Párrafo incorporado por Circular IF N° 250, de 2015.
[115] La expresión “o no nato” fue incorporada por la Circular IF/Nº386, de 3.08.2021.

una fecha posterior, si así lo acordaren las partes. La cotización que financia estos beneficios corresponderá, como máximo, a aquélla que se descuenta de la remuneración devengada en el mes anterior al nacimiento.

Respecto del nonato o recién nacido que se incorpora hasta el primer mes de vida[116], no podrá exigirse una declaración de salud.

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

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

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

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

La isapre deberá suspender el cobro del precio por las cargas nonatas y menores de dos años de edad, hasta la cotización correspondiente a la remuneración del mes siguiente al cumplimiento de los dos años de edad. Lo anterior, sin perjuicio del cobro del precio GES que proceda respecto de ellas[117].

La isapre deberá emitir conforme a la regulación vigente, el FUN tipo 8 de “modificación de la cotización pactada” en el mes del cumplimiento de los dos años de edad de la carga que conforma el grupo familiar, debiendo notificarlo al mes siguiente a la entidad encargada del pago de la cotización, afectando dicha alza a la cotización correspondiente a la remuneración del mes siguiente al cumplimiento de la edad[118].

En caso de las personas extranjeras, la isapre deberá considerar como antecedente suficiente para acreditar la identidad la cédula de identidad para extranjeros, y en caso de que ésta se encuentre vencida, deberá considerarla vigente tal como lo expresa la ley, cuando se exhiba en conjunto con un certificado de residencia en trámite, o de prórroga de residencia temporal en trámite.

a.1) Incorporación de familiares beneficiarios recién nacidos y nonatos por medios no presenciales[119]

La isapre deberá disponer de a lo menos una de[120] las siguientes vías no presenciales para la incorporación de familiares beneficiarios recién nacidos o nacidas antes del mes de vida y los nonatos.

El servicio de atención continua telefónica de la isapre deberá informar a los cotizantes la existencia de estas vías cuando consulten por la incorporación de los referidos familiares beneficiarios.

Para todos los efectos, se considerará la fecha de la solicitud vía aplicación informática o correo electrónico como la de la incorporación.

[116] Modificado por la Circular IF/Nº386, de 3.08.2021.
[117] Párrafo incoporado por la Circular IF/N°455, de 5 de enero de 2024.
[118] Párrafo incoporado por la Circular IF/N°455, de 5 de enero de 2024.
[119] Letra a.1) incorporada por la Circular IF/Nº386, de 3.08.2021.
[120] Modificado por la Resolución Exenta IF/N°583 de fecha 14 de octubre de 2021.

La isapre deberá informar al cotizante la variación de cotización que se produce con la incorporación y, a su vez, el derecho que le asiste a aquel para cambiar libre y voluntariamente su plan de salud por uno que comercialice la isapre y que se ajuste a la cotización que pagaba antes de la incorporación de la nueva carga.

En caso de que el alza de cotización afecte al cotizante que se encuentre en un período de incapacidad laboral, la institución deberá además comunicarle que las diferencias de cotizaciones que se generen deberán ser pagadas por la isapre, con cargo a la entidad pagadora del subsidio, atendiendo al tipo de licencia de que se trate, de acuerdo con el numeral 7 "Alza de precio del contrato durante períodos de incapacidad laboral", Título IV "Instrucciones sobre procedimientos de modificación de contratos de salud", del presente Capítulo de este Compendio.

La isapre deberá remitir copia del FUN al correo electrónico del cotizante. En este, deberá quedar constancia en la sección de "Firma del Cotizante" que es una incorporación de familiar beneficiario no presencial. Las isapres que tengan implementada o implementen una sección del FUN para observaciones o fines similares, podrán registrar en ella la constancia aludida precedentemente[121].

a.1.1. Incorporación vía aplicación informática[122]

La isapre deberá disponer de una aplicación informática para la incorporación de los beneficiarios que señala la letra a.1). Esto podrá cumplirse a través de la página web principal de la isapre y/o las aplicaciones móviles que la isapre ponga a disposición de sus beneficiarios.

La incorporación de beneficiarios deberá realizarse en el entorno privado de la aplicación, al cuál sólo se podrá acceder vía contraseña. Asimismo, se deberá habilitar la posibilidad de adjuntar documentos para la incorporación de los beneficiarios.

Cualquier discontinuidad o falta de funcionamiento temporal de la aplicación informática obligará a la isa pre a utilizar el correo electrónico señalado en la letra a.1.2 que sigue como medio de incorporación no presencial de los beneficiarios recién nacidos y nonatos[123].

a.1.2. Incorporación vía correo electrónico[124]

La isapre deberá disponer de una casilla de correo electrónico donde se podrá requerir la incorporación de los familiares beneficiarios señalados en la letra a.1), la cual deberá ser además informada en la página web de la isapre[125].

A través del correo electrónico, la isapre requerirá al cotizante una imagen de su cédula de identidad por ambos lados. Respecto a los antecedentes requeridos para la incorporación, se deberá tener presente lo señalado en la letra a) que precede y el numeral 1, del Título I, del Compendio de Procedimientos.

No será necesaria la implementación de esta vía de incorporación de beneficiarios recién nacidos y nonatos en caso de que se haya optado por la aplicación informática. No obstante, en caso de discontinuidad o falta de funcionamiento de esta última, se estará a lo que señala la presente letra a.1.2[126].

b) Retiro de beneficiarios y beneficiarias[127]

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

[121] Incorporado por la Resolución Exenta IF/N°583 de fecha 14 de octubre de 2021.
[122] Letra a.1.1. fue incorporada por la Circular IF/Nº386, de 3.08.2021.
[123] Incorporado por la Resolución Exenta IF/N°583 de fecha 14 de octubre de 2021.
[124] Letra a.1.2. fue incorporada por la Circular IF/Nº386, de 3.08.2021.
[125] Modificado por la Resolución Exenta IF/N°583 de fecha 14 de octubre de 2021.
[126] Incorporado por la Resolución Exenta IF/N°583 de fecha 14 de octubre de 2021.
[127] Letra modificada por la Circular IF N° 182, 21.12.2012.

Lo anterior no obstará a que las partes acuerden la permanencia del beneficiario o beneficiaria como carga médica una vez extinguida su condición de familiar beneficiario.[128]

[129]En el evento de que la Institución tome conocimiento de la pérdida de la condición de carga legal del beneficiario, sin mediar una comunicación expresa de la persona cotizante en tal sentido, podrá darse inicio al procedimiento de retiro del beneficiario, desde ese momento y hasta el vencimiento de la próxima anualidad del contrato, ya que de lo contrario se entenderá que ha optado por mantener al beneficiario o beneficiaria como carga médica, enterando esta última, cuando proceda, sus cotizaciones de salud en la isapre. Una vez que se adquiere la calidad de carga médica, ésta se mantendrá mientras la isapre y el afiliado no acuerden expresamente su retiro o el propio beneficiario manifieste su voluntad de retirarse.

En caso de retiro, la isapre deberá informar la situación al afiliado a través de un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por éste, y si no la tuviere, deberá hacerlo por carta certificada, emitiendo el FUN correspondiente.[130]

Ahora bien, si la pérdida de la calidad de carga legal ocurre por haberse adquirido la de cotizante, la isapre además deberá informar en el respectivo mensaje enviado por correo electrónico o carta certificada, el derecho que tiene el beneficiario de permanecer en la institución suscribiendo un contrato, indicándole que de no hacerlo la isapre estará facultada para retirarlo. En esta última situación, el retiro sólo podrá hacerse efectivo una vez trascurrido el último día del mes subsiguiente a aquél en que el titular del contrato haya recibido el respectivo aviso o a aquél en que el afiliado le haya acreditado que su beneficiario adquirió dicha calidad. Lo anterior, salvo que, antes del vencimiento de ese plazo, el beneficiario haya ejercido su opción de permanecer en la isapre celebrando el correspondiente contrato o le haya informado su decisión de retirarse de ésta.[131]

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

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

Tratándose del fallecimiento de un beneficiario, en cambio, el contrato dejará de producir efectos de inmediato, por lo que corresponde que la isapre cobre el precio de la cotización pactada referente a dicho beneficiario, sólo hasta el mes que precede al del fallecimiento, la que financia los beneficios de ese período.[132]

Por lo tanto, la institución de salud, al momento de ser informada del fallecimiento de un beneficiario, junto con formalizar el retiro de éste del contrato de salud, deberá efectuar, en el caso que corresponda, las devoluciones de dinero por las cotizaciones devengadas desde el mes de la ocurrencia de la defunción.[133]

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

Párrafo eliminado[134]

[128] Párrafo modificado por Circular IF N° 327 de 2019.
[129] Los cuatro párrafos siguientes reemplazaron los párrafos tres y cuatro por Circular IF/N° 327, de 2019.
[130] Párrafo reemplazado por Circular IF 431, de 19.5.23
[131] Párrafo modificado por Circular IF 431, de 19.5.23
[132] Párrafo incorporado por la Circualr IF N° 273, 22.07.2016
[133] Párrafo incorporado por la Circular IF N°273, 22.07.2016
[134] Párrafo eliminado por Circular IF/N° 327 de 2019.

c) "Derecho de las cargas legales que adquieren la calidad de cotizante"[135][136]

Los beneficiarios que han perdido la calidad de carga legal y adquieren la de cotizante y opten por permanecer en la isapre, deberán suscribir un contrato, quedando ésta obligada a contratar y a ofrecerles los planes en actual comercialización que se ajusten a su cotización legal; aquéllos cuyos beneficios sean similares a los que tenían acceso como beneficiarios y los que, superando la cotización legal, respondan a los requerimientos que le efectúe el nuevo cotizante, no pudiendo imponerles otras restricciones que las que ya se encuentren vigentes ni exigirles una nueva declaración de salud.[137]

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

Eliminados párrafos tercero, cuarto, quinto y sexto de la letra c).[138]

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

4. Modificación del mes de la anualidad

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

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

5. Modificación de precio por cambio en el tramo de edad[139]

6. Casos especiales de modificación de contratos

6.1. Planes cerrados y con prestadores preferentes

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

a) Si se modifica el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan. Se presumirá que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.

b) Si la institución incurre en alguno de los siguientes incumplimientos:

[135] Letra introducida por la Circular IF N° 182, 21.12.2012.

[136] Título modificado por Circular IF/N° 327, de 2019.
[137] Párrafo modificado por Circular IF/N° 327, de 2019.
[138] Párrafos eliminados por Circular IF/N° 327, de 2019.
[139] Numeral 5 eliminado por Circular IF/N°468 de 2024

- Falta de atención continua y oportuna por parte del médico de cabecera o negativa de la isapre a reemplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante.
- Falta de derivación en caso de insuficiencia del prestador, derivación a un prestador o prestadores distintos de los indicados en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.
- En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el plan, sin perjuicio de la obligación de la isapre prevista en el artículo 189 letra b) número 2 del DFL N° 1.

  La facultad regulada en este numeral no priva al cotizante de la opción de solicitar el término del contrato de salud por el incumplimiento de las obligaciones por parte de la isapre, en conformidad a las reglas generales[140].

6.2. Planes de salud compensados

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

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

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

Ante el silencio del afiliado o afiliada que recibe la compensación, se entenderá que acepta el plan ofrecido por la isapre que más se ajusta a su cotización legal, en cuyo caso la Isapre emitirá el FUN respectivo, firmado sólo por ésta, y lo remitirá a la persona cotizante a través de un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por ésta, y si no la tuviere, deberá hacerlo por carta certificada antes de la entrada en vigencia de los beneficios del nuevo plan. La señalada comunicación podrá remitirse en forma complementaria por correo electrónico. El plan de salud compensado se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a aquél en que expire el plazo concedido al o la cotizante para pronunciarse sobre el Plan de salud propuesto por la isapre[141].

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

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

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

Si durante los períodos de incapacidad laboral, se produce un aumento del precio del plan de salud pactado, ya sea a consecuencia de la incorporación de nuevos beneficiarios al contrato o de la aplicación del procedimiento de revisión contractual previsto en el inciso 3° del artículo 197 del DFL Nº 1, las diferencias de cotizaciones que se generen deberán ser pagadas por las isapres, con cargo a la entidad pagadora del subsidio, atendiendo al tipo de licencia de que se trate.

En consecuencia, en el caso de los subsidios maternales que se financian por el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, los referidos aumentos de las cotizaciones deben ser pagados por las

[140] Viñeta modificada por Circular IF/294, de 5.10.2017
[141] Modificado por Circular IF N° 178, del 25.10.12 y por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

instituciones con cargo al mismo Fondo, en tanto que, si se trata de subsidios que no son financiados por éste -como en el caso de las licencias curativas o maternales suplementarias o de plazo ampliado- la diferencia de las cotizaciones debe ser de cargo de la propia isapre.

8. Formalización de las modificaciones

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

Para el caso de las trabajadoras y trabajadores dependientes o pensionados, la copia del FUN correspondiente deberá ser notificada personalmente, ya sea por funcionario o funcionaria de la isapre o en quien ella delegue la función o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, antes del día diez del mes siguiente a la fecha en que se pactaron las modificaciones, requiriendo su firma en el ejemplar de la isapre en señal de recepción o, [142]en su caso, proceder de acuerdo a lo establecido en el punto "2. Etapas de la suscripción", del Título I de este Capítulo . Excepcionalmente, si la modificación no afecta el monto de la cotización a enterar, la isapre podrá omitir la notificación antedicha.

De manera alternativa, la isapre podrá realizar la notificación de la modificación de que se trate al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, utilizando para ello, copia impresa del ejemplar correspondiente del FUN original, por ambas caras, debidamente digitalizada en forma previa. La mencionada copia deberá ser entregada en los plazos establecidos, por medio de una persona funcionaria de la isapre o bien, por la empresa notificadora en quien esta última haya delegado la función. Una de las copias firmadas del FUN original, quedará en poder del empleador y la otra en poder de la isapre, en señal de recepción. Esta última pasará a formar parte integrante de los documentos contractuales de la persona cotizante y de su archivo. [143]

No obstante lo anterior, si algún empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión solicitare el acceso a la documentación original, la isapre no podrá negárselo. [144]

La notificación que se efectúe utilizando una copia impresa del ejemplar del FUN, no dará lugar a ninguna alteración en las características generales del Formulario Único de Notificación, contempladas en la normativa vigente.[145]

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

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

[142]Oración modificada por la Circular IF N°274, de 29.08.2016
[143] Párrafo insertado por la Circular IF N°274, de 29.08.2016
[144] Párrafo insertado por la Circular IF N°274, de 29.08.2016
[145] Párrafo insertado por la Circular IF N°274, de 29.08.2016

9. Ajuste de contratos de salud previsional

9.1. Tipo de notificación (Tipo de FUN)

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

a) Notificación tipo 3. Se utilizará en todos los casos para indicar el ajuste a la ley.

b) Notificación tipo 5. Se agregará al N° 3 anterior, cuando el ajuste se suscriba en forma anticipada al cumplimiento de la anualidad.

c) Notificación tipo 8. Se agregará al N° 3 y/o al N° 5, cuando en la misma oportunidad, se modifique el precio del plan pactado.

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

9.2. Vigencia de beneficios de los contratos ajustados

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

9.3. Declaración de salud

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

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

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

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

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

Todos los contratos suscritos a partir del 1 de julio de 2005, cuyo precio del plan esté pactado en unidades de fomento o en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, su equivalencia en moneda de curso legal deberá expresarse en la sección D del FUN tipo 1, a la fecha de suscripción del contrato, sin que ello signifique alterar la unidad en que se haya pactado el plan.[146]

[146] Véase el Compendio de Instrumentos Contractuales.

10.3 Emisión de FUN de regularización Tipo 4[147]

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

Cuando la isapre detecte o constate que el cotizante omitió la notificación de cambio de empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión y cuente con antecedentes suficientes acerca de quién pagará sus cotizaciones, confeccionará el FUN tipo 4 correspondiente, sin necesidad de la firma del cotizante, enviando copia de éste al afiliado a través de un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por éste, y si no la tuviere, deberá hacerlo por carta certificada [148].

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

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

10.3.2) Por cambio de condición laboral

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

La Isapre deberá enviar la copia del FUN 4 al afiliado o afiliada, a través de un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por éste, y si no la tuviere, deberá hacerlo por carta certificada[149].

Las citaciones antes mencionadas podrán realizarse mediante un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por la persona cotizante, y si no la tuviere, deberá hacerlo por carta certificada[150]. En caso que la citación sea vía e-mail, la Isapre deberá estar en condiciones de acreditar el acuse de recibo por parte del afiliado. En esta citación se deberá solicitar al afiliado, cuando corresponda, lo siguiente: a) que actualice y acredite su condición laboral; b) que actualice su situación contractual en términos del financiamiento de la cotización pactada; c) otros[151].

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

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

Requisitos copulativos:

[147] Título II, punto 2 de la Circular IF/N°143, de fecha 25 de enero 2011 Nº 9, 9.8.2005
[148] Circular IF N° 178, del 25.10.12. Párrafo modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23
[149] Circular IF 178, del 25.10.12. Párrafo reemmplazado por Circular IF N° 431, 19.5.23.
[150] Oración reemmplazada por Circular IF N° 431, 19.5.23.
[151] Resolución Exenta N°331, de fecha 18 de abril de 2011.

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

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

En los casos en que el cotizante ha cambiado su condición laboral de trabajador dependiente a independiente, deberá acreditarlo mediante el respectivo certificado de pago de cotizaciones[152].

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

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

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

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

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

Requisitos copulativos:

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

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

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

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

[152] Modificado por Circular IF/N° 283, de 25.4.17

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

La Isapre deberá enviar la copia del FUN 4 al afiliado o afiliada, a través de un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por éste, y si no la tuviere, deberá hacerlo por carta certificada[153].

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

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

Requisitos copulativos para la eliminación del empleador que no paga:

a) Que cuente con alguno de los siguientes documentos: Planilla de pago de Cotizaciones de uno de los empleadores en la que se encuentre registrado el código 2, correspondiente a "término de la relación laboral" del cotizante; certificado entregado por el referido empleador donde se indique el término de la relación laboral o finiquito de contrato de trabajo del cotizante.

b) Que entre los documentos que reciba respecto del pago de las cotizaciones del afiliado no exista una planilla a nombre de un nuevo empleador o del propio cotizante que dé cuenta del pago del monto de la cotización que ya no es enterada por el empleador que puso término a la relación laboral."

11. Emisión Computacional del FUN

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

12. Disposición Transitoria: Planes con renuncia al desahucio vigente

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

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

[153] Modificado por Circular IF 178, del 25.10.12. Párrafo reemplazado por Circular IF N° 431, de 19.5.23

Anexo

ANEXO

CONTENIDO MÍNIMO FUN DE AJUSTE

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

Sección A: Antecedentes de la Notificación

- Tipo(s) de notificación: consignar el o los tipos de notificación que correspondan, señalando, en primer término, el Nº 3.

Sección B: Antecedentes del Cotizante

- Tipo de Cotizante: consignar el número 1, correspondiente a cotizante titular. En los casos en que se modifique la cotización pactada de un beneficiario cotizante, se deberá llenar otro FUN en el cual se consignará el número 2, correspondiente a este tipo de beneficiario.

- Se deberá registrar la identificación del cotizante, con su cédula de identidad, domicilio particular, teléfono, tipo de trabajador, número de entidades encargadas del pago de cotizaciones, y nombre de AFP o Institución de Previsión.

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

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

Sección D: Antecedentes del Contrato

- Señalar el inicio de vigencia de beneficios del contrato ajustado, correspondiente al mes subsiguiente a aquél en que las partes suscriben el referido ajuste o en que se cumpla la anualidad sin haberse suscrito los respectivos documentos.

- Indicar mes y año de la primera cotización a descontar de la remuneración o pensión, la que corresponderá al mes siguiente a aquél en que se realice el ajuste, aunque su monto no varíe.

- Registrar el mes en que se cumple el período anual del contrato. En el caso de ajustes anticipados, se debe anotar el mes en que efectivamente se realizó el respectivo ajuste, el que regirá para todos los efectos como nuevo mes de cumplimiento de la anualidad.

- Señalar el número total de beneficiarios y sólo en caso que se incorporen y/o retiren algunos de ellos, se debe llenar el recuadro correspondiente, indicando el código de movimiento, la identificación de las cargas y los demás datos requeridos en la "Nómina de Beneficiarios".

- Los demás campos de esta sección deben llenarse según las condiciones contractuales que se pacten en el ajuste.

Título V. Cumplimiento del contrato de salud

Las isapres deberán disponer de mecanismos alternativos que garanticen la continuidad del otorgamiento de los beneficios relacionados con la ejecución del contrato de salud, al momento en que éstos sean requeridos por los beneficiarios, ante contingencias de cualquier tipo que pudieran interrumpir los servicios dispuestos para ello[154].

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

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

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

No obstante la libertad de las isapres de implementar nuevos mecanismos y procedimientos para el otorgamiento de los beneficios, siempre deberán considerar entre ellos el pago de las solicitudes de reembolso en dinero efectivo, en las sucursales o puntos de atención, con la finalidad de garantizar el acceso expedito a los beneficios por parte de los afiliados y beneficiarios. Respecto de lo anterior, la isapre podrá establecer montos máximos en atención a medidas de seguridad, lo que deberá ser informado a los beneficiarios, tanto al momento en que concurra a realizar un reembolso, como en forma permanente a través de los medios de difusión con que cuente la isapre.[155]

Eliminado. [156]

En conformidad a la normativa vigente, la isapre deberá informar a sus beneficiarios -a través de los medios de que disponga- toda modificación respecto de los mecanismos utilizados para otorgar los beneficios, conforme a lo señalado en Capítulo VII, del Título II, del Compendio de Información, de esta Superintendencia.

No obstante, frente al cese temporal o definitivo de un convenio de pago para las prestaciones de salud con un prestador, fuera del control de la isapre, ésta tiene la responsabilidad de notificar dicha situación a su cartera de afiliados a través de sus respectivos correos electrónicos registrados, en caso de que los tuviere, y de publicarla en la página principal de su sitio web institucional. En ambas comunicaciones se deberá detallar la información relevante sobre el prestador de salud y el convenio de pago afectado, señalando la modalidad de pago y/o tecnología que resulte inaccesible.

La isapre debe informar del mismo modo cuando la referida situación se haya resuelto.

En ambos casos, las notificaciones deben llevarse a cabo en un plazo máximo de 5 contados desde el momento en que la isapre se entere del acontecimiento que las genera.

Para estos efectos, se define como convenio de pago el acuerdo establecido entre una isapre y un prestador de salud con el propósito principal de brindar a los beneficiarios de la isapre el acceso a las modalidades de pago -distintas del reembolso- y a las tecnologías implementadas para su concreción, de manera tal de disminuir el gasto de bolsillo de los beneficiarios (ej.: bonos convencionales, bonos electrónicos, programa de atención médica o PAM, aplicación de teléfono móvil, etc.).[157]

---

[154] Modificado por Circular IF Nº 213, 27.03.2014.
[155] Incorporado por la Circular IFN°221, 30.07.2014.
[156] El párrafo sobre reembolso en efectivo, que incorporaba la Circular IF N°329, de 19.08.2019, fue eliminado por dejarse sin efecto dicha Circular, según lo resuelto en Resolución Exenta SS N°158, de 13.02.2020.
[157] Párrafos 7 a 11 fueron incorporados por la Circular IF/N°444, de 02.10.2023, modificada por Resolución Exenta IF/N°8490-2023.

1. Otorgamiento de Beneficios

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

En el caso de los beneficiarios extranjeros, que exhiban cédulas de identidad para extranjeros que se encuentren vencidas, éstas deberán entenderse que se encuentran vigentes tal como lo expresa la ley, siempre que se exhiba en conjunto con un certificado de residencia en trámite o prórroga de residencia temporal en trámite.

De la misma forma, la isapre deberá procurar que los prestadores con los que tenga convenio den estricto cumplimiento a lo señalado en este párrafo, de manera de evitar que se perturbe el acceso a las prestaciones de salud o a las diversas gestiones necesarias que deban efectuar las personas para recibir dichas prestaciones.

Lo anterior, es sin perjuicio de la facultad de la institución para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la sola certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia del beneficio. Si la isapre considera 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 clinica, conforme al procedimiento establecido en el Numeral 2, del Titulo III, del Capitulo VI, de este Compendio. Esta facultad no habilita a las instituciones para requerir de los prestadores otros antecedentes médicos distintos a la certificación antes mencionada.[158]

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

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

2. Reliquidación de bonificación de prestaciones [159]

El saldo a favor de la persona afiliada que resulte de reliquidaciones efectuadas por la isapre, ante una rebaja o eliminación de prestaciones, llevada a cabo por un prestador; o por instrucción de la Superintendencia, en el marco de un procedimiento de resolución de conflictos o de fiscalización; o producto de cualquier otro título válido para tal efecto, es de propiedad de esa persona y, en consecuencia, se le debe reintegrar. Asimismo, en ausencia de un justo título o justificación de la procedencia de alguna diferencia de dinero a favor de una persona afiliada, la Institución de Salud no podrá incorporarla como parte de sus ingresos, debiendo ponerla a disposición de la persona beneficiaria.[160]

Párrafo suprimido[161]

Habiendo tomado conocimiento la isapre del saldo generado por las circunstancias señaladas precedentemente, deberá comunicarlo en el acto, a través del medio convenido, a la persona cotizante y reintegrar la diferencia dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha en que accedió a esa información. Sin perjuicio de lo anterior, si el procedimiento o título que determina el saldo tiene un plazo diverso al señalado precedentemente, se estará al que exprese cada uno de estos actos en particular.[162]

---

[158] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°410, de 14 de septiembre de 2022,
[159] Punto introducido por la Circular IF N°342, 20.11.2019
[160] Párrafo reemplazado por la Circular IF N°430, 09.05.2023
[161] Párrafo suprimido por la Circular IF N°430, 09.05.2023
[162] Párrafo incorporado por la Circular IF N°430, 09.05.2023

Respecto al cobro de dichos montos, la isapre deberá estarse al plazo general de prescripción definido en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil.

Restitución de Diferencias Menores

Para restituir a los beneficiarios diferencias menores (inferiores 0.08 U.F.), producto de reliquidaciones de bonificación de prestaciones, la isapre deberá aprovechar la instancia en que este último concurra presencialmente a realizar algún tipo de trámite, momento en el cual le comunicará el saldo que se le adeuda para proceder a su pago. Adicionalmente a tal comunicación, se deberá disponer en la sucursal -de manera complementaria- de todos aquellos medios informativos que son exigidos por la Superintendencia, respecto a los instrumentos de pago pendientes de cobro (Título IX, del Capítulo VII, del Compendio de Información) para proveer de información sobre esta materia en particular.

Los reintegros que se soliciten de manera presencial, correspondientes a montos menores, deberán efectuarse mediante pagos en dinero efectivo. Por lo anterior, se someterán a la Ley N°20.956. (norma sobre redondeo de pagos en dinero efectivo).

Con todo, si el beneficiario ejerce el cobro de este tipo de diferencias-independientemente del medio por el cual lo solicite- la isapre deberá disponer de su pago.

Párrafo suprimido[163]

Las Instituciones de Salud Previsional, deberán estar en condiciones de acreditar todas las devoluciones realizadas.

3. Negativa de cobertura

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

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

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

La referida comunicación deberá entregarse personalmente al interesado o interesada a través de un formulario llenado al efecto, o bien, remitirse a través de un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por éste, y si no la tuviere, deberá enviarse por carta certificada, al último domicilio registrado en la isapre, de acuerdo a las instrucciones que sobre la materia se encuentren vigentes, dentro del plazo de veinte días hábiles contado desde la presentación de la solicitud, conservando una copia en el archivo correspondiente.[164]

No obstante lo anterior, en aquellos casos excepcionales en que la isapre no cuente con los antecedentes necesarios para resolver dentro del plazo, podrá hacer uso de 10 días hábiles adicionales, para lo cual deberá notificar por escrito al beneficiario o beneficiaria afectado, de acuerdo a las modalidades de comunicación descritas en el párrafo precedente, antes del vencimiento del plazo original de 20 días hábiles, informando que éste se ha extendido en 10 días hábiles más para resolver respecto de la procedencia de la cobertura solicitada, trascurrido el cual la Institución deberá pronunciarse con los antecedentes que disponga.[165]

[163] Párrafo suprimido por la Circular IF N°430, 09.05.2023
[164] Modificado por Circular IF/N°269, de 06.07.2016. Párrafo reemplazado por la Circular IF N°431, 19.05.2023
[165] Modificado por Circular IF/N°269, de 06.07.2016

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

3.1. Exclusión de cobertura prestaciones con fines de embellecimiento[166]

El objeto del contrato de salud previsional es el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud de la persona afiliada y sus cargas. En tal sentido, las exclusiones de cobertura permitidas por la ley tienen carácter excepcional y su aplicación debe basarse en hechos acreditados fehacientemente[167].

Por tanto, si las prestaciones se encuentran fundadas en un diagnóstico y una indicación médicos, corresponde, por regla general, que sean bonificadas por la isapre de acuerdo a lo pactado en el contrato. Al respecto, las meras sospechas de que una prestación pudiera no haber tenido un fin terapéutico o reparador, sino de embellecimiento, no son suficientes para eximir a la isapre de su obligación de financiarla.

Sólo si la isapre posee medios de prueba que acrediten de manera fehaciente que la finalidad de la prestación es el mero embellecimiento, estará autorizada para negar la cobertura solicitada[168].

3.2. Cobertura de supuestas preexistencias respecto de las que no existen pruebas[169]

Atendido el carácter excepcional de las exclusiones de cobertura, su aplicación debe restringirse sólo a aquellas situaciones en que se encuentren suficientemente acreditadas.

Las isapres otorgarán cobertura, conforme al plan de salud pactado, a las prestaciones que hayan tenido lugar y que sean requeridas por sus beneficiarios, no obstante pudieren estimar que están vinculadas a una o más patologías o condiciones de salud preexistentes y omitidas en la Declaración de Salud, cuando no tengan elementos de prueba fehacientes en orden a fundar y acreditar el referido carácter preexistente.

4. Otorgamiento de presupuestos

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

[170]No obstante lo anterior, si la orden médica contiene una intervención, prestación o código que, por su naturaleza, pueda implicar el uso de dispositivos médicos implantables -como lentes intraoculares, marcapasos, stents-, o de prótesis, órtesis, placas, tornillos u otros elementos de osteosíntesis, aunque estos no estén expresamente mencionados en dicha orden, la isapre deberá incluir en el presupuesto la cobertura en porcentaje y tope aplicable en U.F y pesos, que corresponda a dichos dispositivos, conforme al plan de salud contratado.

[171]Lo señalado, sin perjuicio de la advertencia que, al respecto, la isapre deberá efectuar a la persona beneficiaria -a través de los medios idóneos y formales que ha implementado en materia de presupuestos- haciéndole la debida prevención y dejando registro de dicha advertencia, si se percata que, dicha prestación o código, podría llevar aparejados elementos que podrían haber sido omitidos en la orden médica.

---

[166] Incorporado por Circular IF 503, de 11.7.25
[167] Párrafo modificado por Resolución Exenta IF 10854, de 17.10.25, que acogió parcialmente recursos de reposición en contra de la Circular IF 503, de 11.7.25.
[168] Párrafo modificado por Resolución Exenta IF 10854, de 17.10.25, que acogió parcialmente recursos de reposición en contra de la Circular IF 503, de 11.7.25.
[169] Incorporado por Circular IF 503, de 11.7.25, previamente extraído del Compendio de Beneficios, Capítulo I "de los Beneficios Contractuales y de la Cobertura del Plan de Salud Complementario", Título VI " Restricciones de Cobertura".
[170] Párrafo incorporado por la Circular IF 509, de 16.9.2025
[171] Párrafo incorporado por la Circular IF 509, de 16.9.2025

La[172] isapre deberá informar al o la cotizante, en el mismo presupuesto, las patologías o diagnósticos que -de conformidad a su plan y contrato- no tendrán cobertura, señalando claramente en el documento el fundamento de ello, esto es, por tratarse de una preexistencia declarada, una exclusión legal o contractual u otra causa que la ley permita.

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

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

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

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

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

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

La[173] vigencia del presupuesto no podrá ser inferior a 15 días hábiles. Sin perjuicio de ello, el presupuesto estimado por la isapre se entenderá vigente incluso una vez expirado, siempre que las condiciones que sirvieron de base para su cálculo se mantengan inalteradas (p.ej. las prestaciones indicadas en la orden de atención, sus códigos, precio cobrado por el prestador y demás antecedentes relevantes que hayan sido considerados en la estimación).

a) Menciones mínimas sobre el formato de Presupuestos Médicos[174]

En armonía con las instrucciones antes mencionadas, las instituciones de salud previsional, con el fin de estandarizar la información que, como mínimo, debiese contener el presupuesto solicitado por la persona beneficiaria, deberá consignar las siguientes notas explicativas, indicaciones o advertencias, en el documento propiamente tal (sea físico o digital) o en un documento anexo al presupuesto. No obstante, dichas instituciones podrán incluir adicionalmente todas aquellas notas y definiciones que se ajusten a la normativa vigente y que estimen necesario incorporar para la correcta aplicación e interpretación del plan de salud, pudiendo utilizarlas para aclarar o precisar la información contenida en el presupuesto.

Las notas o indicaciones mínimas a constar en el documento son las siguientes:

1.- Relativas a restricciones o exclusiones contractuales. Incluyen, advertencias respecto a la afectación de la cobertura por restricciones asociadas a la Declaración de Salud y preexistencias declaradas; sobre la evaluación de la cobertura informada en el caso de preexistencias no declaradas y prestaciones con fines de embellecimiento

[172] La Circular IF 509, de 16.9.2025, elimina la palabra “Asimismo”
[173] Párrafo incorporado por la Circular IF 509, de 16.9.2025
[174] Letra incorporada por la Circular IF 509, de 16.9.2025

de que se tome conocimiento con posterioridad a la elaboración del presupuesto requerido y que pueden significar el rechazo de la cobertura de parte de la isapre.

La inserción de esta nota estandarizada sobre preexistencias no declaradas y prestaciones con fines de embellecimiento, es sin perjuicio de la obligación de la isapre de otorgar el presupuesto solicitado y adicionalmente, dar cumplimiento a las instrucciones que, en esta materia, ha impartido la Superintendencia mediante la Circular IF 503, de 11.7.2025, comprendida en el Compendio de Procedimientos.

2.- Relativas a la cobertura. Se deben incorporar advertencias sobre los elementos que podrían hacer variar la cobertura, como el uso de un tipo de habitación que no se encuentre expresamente descrita en el plan de salud o bien, mediante una indicación, instar a la persona beneficiaria a que revise el tipo de habitación que especifica el plan de salud, previo a la elección de esta última, así como los prestadores (médicos) del staff o en convenio, dada la incidencia de estos antecedentes en la cobertura; advertencias sobre la posible aplicación de topes de cobertura o límite máximo de cobertura conforme al plan de salud contratado, expresados en pesos o Unidades de Fomento; mención relacionada con la atención de parto y su cobertura proporcional a la vigencia del contrato (aplicación de novenos), indicando además, que, si existen cambios de plan durante el embarazo, el presupuesto se realizará en función de la permanencia de la beneficiaria en cada plan de salud; advertencia respecto a que no tendrán cobertura aquellas prestaciones que no se encuentren incluidas en el Arancel de la isapre. Finalmente, advertir sobre la posibilidad de que el plan de salud de la persona beneficiaria cuente con cobertura restringida, tales como, en el caso de las cirugías bariátricas o refractarias.

3.- Nota o indicación sobre la vigencia que tendrá el presupuesto otorgado.

4.- Nota o indicación específica que señale lo siguiente, conforme a lo dispuesto en esta norma: “Este presupuesto representa un valor referencial, y solo tendrá carácter vinculante en caso de que se mantengan los mismos códigos de prestaciones efectivamente otorgadas y que estas se realicen bajo las mismas condiciones de atención presupuestadas”.

5.- Nota informativa a las personas beneficiarias acerca de la posibilidad de acogerse a la CAEC, cada vez que tomen conocimiento de habérseles diagnosticado una enfermedad que pueda tener o adquirir la calidad de catastrófica, indicándoles los requisitos y procedimientos a seguir para activar el beneficio y vías de contacto.

Si el presupuesto realizado por una atención hospitalaria o ambulatoria con cobertura CAEC estima copagos superiores al deducible que debe pagar el beneficiario, la isapre deberá incluir una mención destacada en el formulario o documento (digital o escrito) señalando que el monto total a pagar por la intervención podría ser menor en caso de activar el beneficio CAEC y aceptar sus condiciones.

6.- Nota o indicación informativa señalando que, si el diagnóstico médico corresponde a un Problema de Salud GES notificado por su prestador, podrá activar este beneficio haciendo reseña de los procedimientos a seguir y vías de contacto.

Si el presupuesto de una atención hospitalaria o ambulatoria se refiere a un diagnóstico y prestación con cobertura GES, la isapre deberá incluir una mención destacada señalando que el monto total a pagar por la intervención podría ser menor en caso de activar el beneficio GES y aceptar sus condiciones.

b) Presupuestos Alternativos [175]. Las instituciones de Salud deberán informar a las personas beneficiarias, que han sido instruidos por esta Superintendencia para ofrecer alternativas presupuestarias respecto de la intervención hospitalaria o ambulatoria, según corresponda, que se deban practicar, en base al diagnóstico otorgado por el prestador de salud en su orden de atención.

Las alternativas presupuestarias estarán representadas por opciones vinculadas a otro prestador de salud o bien paquetizaciones que oferte la isapre como soluciones de salud, que sean financieramente más convenientes en términos de cobertura y copago, respecto del presupuesto original que se ha requerido.

La elaboración de los presupuestos alternativos deberá contar con la autorización de la persona beneficiaria o de su representante -que cuente con un poder simple- de manera que se pueda utilizar su información personal y médica con el debido resguardo. La persona beneficiaria no está obligada a autorizar la emisión de presupuestos

[175] Letra incorporada por la Circular IF509, de 16.9.2025

alternativos ni el tratamiento de sus datos personales para dichos fines, y siempre podrá rechazar este ofrecimiento de la isapre.

El tratamiento de los datos a que se refiere el párrafo precedente, quedará sujeto a las disposiciones contenidas en el artículo 134 bis, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de salud, y la Ley 19.628 sobre Protección a la Vida Privada.

La isapre dispondrá de los canales y, medios idóneos mediante los cuales obtendrá dicha autorización, la que podrá requerirse, a modo de ejemplo, a través de un "documento tipo" entregado de manera presencial; vía correo electrónico; un mandato contenido en el propio formulario de presupuesto o bien, mediante la sección de la página Web destinada a la solicitud de presupuestos médicos.

b1. Sobre presupuestos alternativos basados en Paquetizaciones [176]

En caso de que la isapre cuente con cobertura paquetizada para la intervención cuyo presupuesto se solicita, la institución de salud -mediando la autorización respectiva- deberá elaborar un presupuesto alternativo sobre la intervención sanitaria paquetizada que se requiera, para que, la persona beneficiaria, pueda ejercer su elección de manera informada. Para ello, la institución deberá entregar cómo mínimo, información respecto del prestador que otorga el paquete de prestaciones, el precio y la bonificación que correspondería aplicar a un problema de salud determinado, y alguna otra variable o información que se considere relevante a la hora de optar por alguna de las soluciones sanitarias convenidas por la isapre.

Lo señalado, sin perjuicio de las características y disposiciones que deben cumplir los presupuestos y que le sean aplicables, conforme a las instrucciones contenidas en este Capítulo I "Procedimientos Relativos al Contrato de Salud", Título V. "Cumplimiento del contrato de salud", punto 4 "Otorgamiento de Presupuestos", del Compendio de Procedimientos.

En el caso que existan distintos prestadores en convenio que otorguen la prestación paquetizada, o bien exista un solo prestador con diferentes valores asignados según especificaciones del plan de salud al que se le asocie; características propias de la solución de salud que se esboce; u otras condiciones diferentes, la institución de salud, podrá entregar presupuestos comparativos a la persona beneficiaria, de manera que pueda mejor resolver y tomar su decisión al respecto. Especialmente, deberá entregarse esta información comparativa, cuando se trate de Problemas de Salud GES, por los cuales la isapre haya creado un paquete de prestaciones alternativo para ofrecer a sus beneficiarios.

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

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

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

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

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

[176] Letra incorporada por la Circular IF509, de 16.9.2025

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

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

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

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

6. Uso de Excedentes

Véase el numeral 5 " Destino de los Excedentes", del Título IX " Excedentes de Cotización", del Capítulo III "Cotizantes" , de este Compendio[177].

[177] Párrafo reemplazado por la Circular IF/Nº348, de 31 de enero de 2020, modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.

7. Procedimiento de cobro y pago del seguro obligatorio de accidentes personales, establecido en la Ley N° 18.490[178]

7.1. Procedimiento

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

1. Solicitud de cobro del SOAP por el afiliado

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

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

2. Documentación exigible por la compañía de seguros

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

   a) Formulario que contiene la autorización de la persona afiliada o su representante para que la isapre gestione el cobro del seguro ante la compañía aseguradora.

   b) Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público, en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, de acuerdo al parte enviado al Tribunal competente. Este certificado incluirá la indicación del RUT del accidentado cuando conste. En este último, debe estar consignado el nombre y firma del funcionario que lo otorga y el timbre original de la entidad por la que actúa.

   c) Detalle valorizado y codificado de las respectivas atenciones brindadas al accidentado emitido en original por el prestador, donde se indique el nombre de la persona que recibió las prestaciones.

   d) Comprobantes que acrediten el valor o el precio de la atención, recuperación y rehabilitación médica y dental de cualquier orden, y de la farmacéutica a que haya debido someterse la víctima como consecuencia de las lesiones sufridas, tales como, original de recibos, boletas o facturas comprobatorios de los gastos, si corresponde, donde se indique el nombre de la persona que recibió la respectiva prestación.

   e) En caso de que se trate de gastos de rehabilitación, deberá acompañarse un certificado extendido por un médico de la especialidad que lo origina.

   f) Tratándose de gastos por atención, prestaciones o tratamientos dentales, deberá acompañarse un informe del dentista tratante, en caso de que corresponda.

   g) En caso de cobro por exámenes de laboratorio, radiografías, procedimientos de diagnóstico, reembolso de gastos farmacéuticos, tratamiento de kinesioterapia, procedimientos varios, éstos deberán

[178] Incorporado por Circular conjunta IF Nº 175, 12.09.2012.

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

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

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

3. Liquidación del siniestro

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

a) Código y descripción de la prestación,

b) Valor de la prestación informada en listado emitido por el prestador,

c) Monto indemnizado por la compañía por cada una de las prestaciones contenidas en el listado,

d) Diferencial no cubierto por el SOAP en cada una de las prestaciones del listado,

e) Explicación del rechazo de la cobertura solicitada, cuando corresponda.

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

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

4. Pago del siniestro

a) El pago de la compañía de seguros deberá efectuarse a través de la emisión de un cheque o vale vista, o mediante transacciones electrónicas, a nombre de quien hubiere efectuado el pago de las prestaciones otorgadas por el prestador, sea la isapre o el beneficiario.

b) Si las prestaciones aún no hubieren sido pagadas, podrá realizar el pago directamente al prestador.

c) La compañía deberá entregar el documento de pago a la isapre -de los citados en la letra a) de este numerando 4- o una copia del comprobante de pago si hubiese pagado directamente al prestador.

d) La isapre deberá entregar el documento de pago emitido por la compañía al beneficiario, en el plazo de cinco días hábiles contados desde que lo recibió.

5. Bonificación Isapre

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

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

7.2. Comunicaciones entre la isapre y la compañía de seguros

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

ANEXO

PODER ESPECIAL

DE _____ A ISAPRE _____

AUTORIZACIÓN COBRO SOAP DE GASTOS MÉDICOS

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

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

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

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

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

_____

Firma afiliado

Rut afiliado:

Título VI: Reglas en materia de terminación de contratos

1. Por incumplimiento de las obligaciones contractuales

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

1.1 Procedimiento general

Para efectos de ejercer las facultades de término de contrato contempladas en la ley, la isapre deberá cursar un FUN tipo 2, cuya copia respectiva será remitida a la persona afiliada -adjunta a un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por la o el cotizante, y si no la tuviere, a una carta certificada que indique claramente la causal de término del contrato de salud. En dicha comunicación la institución deberá efectuar una descripción completa de los hechos y detallar los antecedentes específicos que fundamentan la causal[179].

En caso de preexistencia, se deberá indicar la o las enfermedades, patologías o condiciones de salud que le sirven de fundamento y todos los antecedentes médicos concretos que invoca la isapre para configurar la causal de término[180].

En caso de no pago de cotizaciones, la isapre deberá indicar claramente cómo acceder a una copia del mensaje de correo electrónico o de la carta en que le había informado de la deuda, de acuerdo al numeral 1.2 que sigue y del comprobante de recepción o, en su caso, certificado de entrega, emitido por la empresa de correos, a través del sitio web privado del afiliado en la isapre o de una sucursal física de ésta, si el cotizante lo desea[181].

En caso de obtención indebida de beneficios, la isapre debe especificar el beneficio contractual respecto del cual se hubiera hecho mal uso, como también los antecedentes específicos que la institución de salud ha tenido a la vista para adoptar la decisión[182].

En el mensaje o la carta en que comunique el término del contrato, la isapre deberá señalar que los beneficios, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas, seguirán siendo de cargo de la isapre, hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral en su caso. Finalmente, se deberá informar, además, otros aspectos que ordenan las leyes o la normativa vigente, entre las que se encuentran la existencia de excesos de cotización y de la cuenta de excedentes; el monto acumulado por ambos conceptos, en caso de que corresponda, y también la posibilidad que le asiste a la persona afectada de reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de vigencia de los beneficios indicados precedentemente.[183] [184] [185] [186]

Si el o la cotizante reclama en contra del término de contrato dentro del plazo indicado precedentemente, éste se mantendrá vigente hasta la resolución del reclamo con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas. En este caso, la isapre dispondrá de diez días hábiles, contados desde que se le notifique el reclamo respectivo, para comunicar esta situación, por mensaje de correo electrónico o carta certificada, a las entidades encargadas del pago de la cotización, para efectos del correcto entero de las cotizaciones y el acceso a los beneficios pactados[187].

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

---

[179] Párrafo reemplazado por Circular IF N°485 de 21.10.2024.
[180] Párrafo agregado por Circular IF N°485 de 21.10.2024.
[181] Párrafo agregado por Circular IF N°485 de 21.10.2024
[182] Párrafo agregado por Circular IF N°485 de 21.10.2024
[183] Modificado por Circular IF N° 178, del 25.10.12.
[184] Modificado por Circular IF N° 241, del 19.02.2015
[185] Párrafo primero reemplazado por párrafos primero y segundo, por Circular IF N° 389, de 25.08.2021
[186] Párrafo agregado por Circular IF N°485 de 21.10.2024.
[187] Párrafo modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

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

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

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

El derecho de la isapre a poner término al contrato caducará después de noventa días contados desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación. Para estos efectos, en el caso de las enfermedades preexistentes, el plazo se contará desde el momento que la isapre haya recibido los antecedentes clínicos que demuestren el carácter de preexistente de la enfermedad, patología o condición de salud. En el caso de no pago de la cotización, dicho plazo se contará desde los treinta días siguientes a la fecha en que se recibió el mensaje de correo electrónico o entregó la carta certificada, conforme a lo señalado en el numeral 1.2 que prosigue[188]; en cuanto a la obtención indebida de beneficios, desde que a la isapre le conste dicho acto, y la omisión de un familiar beneficiario, desde que la institución tome conocimiento de ella.

Para efectos del párrafo anterior, la isapre en la comunicación que remita al cotizante, deberá explicitar e informar tanto la fecha como la descripción detallada del contexto en el que tomó en conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación que invoca[189].

Si no existiere constancia de que la isapre ha cumplido con la obligación referida en el párrafo segundo de la segunda viñeta del numeral 1 del Título I de este Capítulo I, en cuanto a la información y explicaciones que debe entregar a la futura afiliada, y ésta omitiere declarar como familiar beneficiario a su cónyuge, se presumirá que no lo hizo con el fin de perjudicar a la isapre, salvo prueba suficiente en contrario.[190]

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

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

a) Poner término al contrato de salud, siempre que haya comunicado al afiliado el no pago de cotización y sus posibles consecuencias –incluyendo expresamente en éstas dicho término de contrato-, dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización. Esta facultad deberá ejercerse una vez vencido el plazo otorgado por la isapre en dicha comunicación para pagar las obligaciones pendientes -sin que ello haya ocurrido- y hasta los noventa días posteriores al vencimiento del citado plazo[191].

La información sobre el no pago de la cotización y sus posibles consecuencias debe ser remitida a través de un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por el o la cotizante, y si no la tuviere, deberá hacerlo por carta certificada, y se aplicarán a dicha comunicación las reglas establecidas en el Título IV “Cobranza extrajudicial de deudas de cotizaciones de salud” del Capítulo III de este Compendio.[192]

El plazo que otorgue la isapre para el pago de la deuda no podrá ser inferior a treinta días, contados desde que el afiliado reciba la comunicación sobre el no pago de la cotización y sus posibles consecuencias. Dicho plazo se contará desde la recepción del mensaje de correo electrónico o la entrega de la carta certificada, en los términos que señala el numeral 3 “Instrucciones respecto a las cartas certificadas”, del Título VII, del Capítulo I, de este

[188] Modificado por Circular IF Nº 365, de 11.08.2020; por Circular IF N° 389, de 25.08.2021 y por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[189] Párrafo agregado por Circular IF N°485 de 21.10.2024.
[190] Párrafo incorporado por Circular IF N° 383, de 24.06.2021.
[191] Párrafo modificado por Circular IF 365, de 2020.
[192] Párrafo insertado por Circular IF N° 389, de 25.08.2021 y modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

Compendio. Si, voluntariamente, la isapre decide otorgarle un plazo mayor para pagar, el término de caducidad de noventa días se contará igualmente desde el vencimiento de los treinta días siguientes a la recepción de la referida información por el afiliado.[193]

Párrafo suprimido[194]

La isapre deberá estar siempre en condiciones de demostrar que el afiliado recibió la información de que trata esta letra[195].[196]

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

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

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

2. Por muerte del afiliado o afiliada

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

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

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

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

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

3. Por pérdida de la relación laboral con una empresa

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

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

4. Desahucio o desafiliación[197]

Transcurrido el primer año de vigencia de los beneficios contractuales, el afiliado o afiliada podrá poner término al contrato de salud, en cualquier época, bastando para ello con una comunicación escrita dirigida a la isapre, dada

[193] Párrafo reemplazado por Circular IF N° 389, de 25.08.2021 y modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[194] Suprimido por Circular IF N° 389, de 25.08.2021.
[195] Párrafos 2° al 4° de la letra a), agregados por Circular IF 365, de 2020.
[196] Frase inicial suprimida por Circular IF N° 389, de 25.08.2021.
[197] Modificado por Circular IF/N° 347 de 2020.

con una antelación de, a lo menos, un mes al cumplimiento del primer año de vigencia de beneficios contractuales o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación.

La comunicación podrá ser efectuada por cualquier medio idóneo. En todo caso, las isapres siempre deberán tener disponible la opción para sus afiliados de desahuciar el contrato en sus sucursales y contar con un sistema electrónico que se encuentre de manera permanente a disposición de éstos, que permita la desafiliación, el que deberá sujetarse a las normas contenidas en el Título II del presente Capítulo.[198]

a) Contenido de la comunicación de desafiliación[199]

La intención de desafiliarse de la isapre podrá ser manifestada a través de cualquier documento que exprese inequívocamente la voluntad de la persona afiliada de desahuciar el contrato de salud. Esta comunicación deberá contener, además, el nombre completo del o la cotizante, el número de su cédula de identidad, su número de teléfono, su domicilio actual y la Institución de Salud a la que se trasladará, la fecha y su firma, ya sea manual o electrónica. En el evento de que la comunicación no contenga toda la información relativa al cotizante, ésta deberá ser devuelta a la persona interesada para que proceda a completarla.

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

b) Procedimiento de desafiliación[200]

La comunicación podrá efectuarse por vía electrónica o física. En este último caso podrá presentarse en cualquiera de las oficinas de atención de público de la isapre, durante su horario habitual de funcionamiento. La carta podrá ser presentada personalmente por el afiliado, remitirse por correo electrónico o certificado o a través de otros medios que la isapre disponga para ello[201].

Inciso segundo eliminado

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

c) Visación de la desafiliación por la isapre[202]

Las isapres deberán aceptar o rechazar todas las comunicaciones de desafiliación que se le presenten al momento de su recepción, entregando en ese mismo acto una constancia al afiliado, debidamente fechada y timbrada.

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

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

La isapre deberá consignar en la respuesta a la comunicación de desafiliación el mes y el año al que corresponderá la última remuneración o pensión que estará afecta a descuento. Además, deberá indicar si el afiliado o afiliada mantiene excesos y cuenta de excedentes y señalar el monto acumulado de exedentes[203], cuando corresponda. En el caso de rechazo de la desafiliación, la isapre deberá registrar la concurrencia de la causal de rechazo antes señalada.

---

[198] Párrafo agregado por Circular IF/N° 347 de 2020.
[199] Modificado en su epígrafe y contenido por Circular IF/N° 347 de 2020.
[200] Modificado por Circular IF/N° 347 de 2020.
[201] Párrafo modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[202] Modificado en su epígrafe y contenido por Circular IF/N° 347 de 2020.
[203] Párrafo modificado por Circular IF/N°262 de 2016 y Resolución Exenta IF/N°136, de 15 de abril de 2016.

d) Notificación de las desafiliaciones cursadas[204]

La isapre deberá notificar personalmente, por correo electrónico -en caso de contar con una dirección autorizada por el cotizante o proporcionada por la entidad pagadora- o, si no contare con ella, por correo certificado,[205] la desafiliación del o la cotizante a las entidades encargadas del pago de la cotización, antes del décimo día del mes siguiente a aquél en que la desafiliación ha sido aceptada, sea por que el cotizante se afilió a otra isapre o –si ha manifestado su decisión de no incorporarse a otra isapre- a aquél en que haya vencido el plazo para ejercer su derecho a retractarse de la desafiliación.

e) Extensión del contrato con desafiliación visada

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

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

f) Reglas especiales sobre el desahucio por medios electrónicos[206]

Al implementar un sistema electrónico para la desafiliación, las isapres deberán tomar todos los resguardos necesarios para que el cotizante tenga cabal y claro conocimiento del significado del acto de desafiliarse y de sus consecuencias, advirtiendo de ello a éste.

En caso de que en dicho procedimiento el afiliado sea asesorado por un agente de ventas, el sistema deberá permitir el ingreso de los datos necesarios para la identificación de éste último, los que podrán ser incorporados por el cotizante, con la información que el propio agente deberá proporcionarle.

Si el afiliado opta por desahuciar el contrato utilizando el sistema electrónico, deberá, en el mismo acto, informar a su isapre el nombre de la institución -Fonasa o isapre- a la que desea afiliarse.

Si la institución a la que el cotizante pretende afiliarse es una isapre, éste deberá ingresar electrónicamente en la isapre de actual afiliación la información que acredite que ha sido aceptado en otra isapre, identificando al efecto a la institución en la que suscribió el nuevo contrato de salud e ingresando el número de folio del FUN tipo 1, que está ubicado en el costado superior derecho de éste. Al efecto, el sistema de afiliación electrónica de la nueva institución deberá dirigir al cotizante a su actual isapre, para que proceda a manifestar -o ratificar- en forma expresa, mediante el ingreso de la referida información, su voluntad de desahuciar el contrato de salud. Dicho sistema deberá permitir que el cotizante autorice a la isapre de destino a desafiliarlo de aquélla en la que mantiene un contrato de salud vigente, con el objeto de evitar situaciones de multiafiliación.

Sólo una vez que el interesado haya cumplido con la entrega de información referida en el párrafo precedente, la isapre a la que le solicitó el desahucio procederá a aceptar -de inmediato- la desafiliación, debiendo, en el acto, dar aviso de ello al cotizante y a la isapre de nueva afiliación. Además, deberá efectuar las notificaciones ordenadas en la letra d) de este numeral 4.

La isapre de actual afiliación y aquella a la cual el cotizante se incorporará, deberán tomar todos los resguardos necesarios, actuando en forma coordinada, para que la desafiliación y la suscripción del nuevo contrato sean efectuadas dentro del mismo mes calendario.

Con todo, el afiliado que ha efectuado el desahucio del contrato por medio del sistema electrónico referido en estas reglas, que haya manifestado –de acuerdo al párrafo tercero- que no desea afiliarse a otra isapre, siempre y cuando efectivamente no haya suscrito un contrato de salud con una nueva isapre, tendrá el derecho a retractarse de dicho desahucio en un plazo de 10 días hábiles, contados desde que lo presentó, debiendo, en tal caso, la isapre actual

[204] Modificado por Circular IF/N° 347 y actualizado mediante RE IF/N° 345, ambos de 2020.
[205] Oración inicial reemplazada por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[206] Letra incorporada por Circular IF/N° 347 y actualizado mediante RE IF/N° 345, ambos de 2020.

mantener las condiciones contractuales vigentes al momento de dicha presentación. Como consecuencia de lo anterior, entre otras, la isapre actual no podrá obligar al cotizante a suscribir una nueva declaración de salud y deberá mantener la antigüedad de la afiliación y a los beneficiarios consignados en el respectivo Formulario Único de Notificación.

El cotizante podrá manifestar su voluntad de ejercer el derecho a retracto por cualquier medio que garantice su autoría y deberá informarlo a la isapre ante la cual había manifestado su voluntad de desahuciar el contrato, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente.

5. Desafiliación en caso de cesantía

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

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

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

7. Por mutuo acuerdo

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

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

8. Por mutuo acuerdo con efecto retroactivo

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

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

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

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

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

9. Reincorporación a la isapre

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

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

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

Anexo Carta de desafiliación[207]

CARTA DE DESAFILIACIÓN[208]

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

IMPORTANTE:

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

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

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

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

……
FIRMA COTIZANTE

Información a completar por la Isapre:

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

Excesos de cotización Si…. No…. Excedentes de Cotización Si….. No….

Monto por Concepto de Excedentes $.....

(Información de carácter provisoria)

---

1. Esta carta podrá presentarse en cualquier oficina de la isapre en que se atienda público, durante su horario habitual de funcionamiento.
2. No se podrá exigir que esta carta contenga información adicional a la establecida en este formato para ser aceptada por la isapre receptora.
3. La isapre deberá pronunciarse sobre la carta en forma inmediata.[209]

[207] Modificado por Circular IF/N° 347 de 2020.
[208] Formato de carta de desafiliación modificado por Circular IF/N°262, de 2016 y Resolución Exenta IF/N°136, de 15 de abril de 2016.
[209] Subrayado por Circular IF/275, de 2016.

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

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

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

a) Comunicación en las oficinas de la isapre

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

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

b) Comunicación por medios tecnológicos

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

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

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

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

2. Comunicación de la isapre al afiliado o afiliada

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

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

3. Instrucciones respecto a las cartas certificadas

Cuando en virtud de la ley o de instrucciones de este Organismo, las isapres tengan la obligación de enviar cartas certificadas a sus afiliados o beneficiarios, ésta se entenderá cumplida, sea que las isapres utilicen el servicio de correo certificado que presta la Empresa de Correos de Chile o el de otras empresas privadas de ese mismo giro.

En todo caso, la isapre deberá contratar un servicio de expedición de cartas certificadas que cumpla con las disposiciones legales y reglamentarias de seguridad y certeza y éstas puedan ser verificadas.[210]

En tal sentido, se entiende que una carta es certificada cuando existe: a) la constancia de su remitente, con nombre y domicilio; b) la individualización completa de su destinatario y la dirección de envío, consignada de manera precisa y completa; c) su entrega al destinatario o –como alternativa en caso de su ausencia- a una persona autorizada por éste mediante un poder especial para este objeto, otorgado en la forma que prescriba el Reglamento y, si éste no es habido de manera personal, la posibilidad de su búsqueda o aviso público de tal circunstancia; d) para el evento de no poder ser entregada a su destinatario, la obligación de ser devuelta a la oficina de despacho; e) la inscripción de estos antecedentes en un registro que consignará para la carta un número de orden.[211]

La isapre, ya sea que utilice a la Empresa de Correos de Chile o a una empresa de correo privado para efectuar una notificación a través de carta certificada, deberá encontrarse, en cualquier tiempo y en todos los casos, en condiciones de acreditar tanto su remisión como su entrega en el domicilio del destinatario[212].

La remisión se acreditará de acuerdo a la nómina de envío que para cada caso se ha regulado, o bien con una creada al efecto que dé cuenta del envío. Las referidas nóminas y los antecedentes de que disponga la isapre, relacionados con las cartas enviadas, tales como devolución de éstas por la oficina de correos, deberán ser conservados en poder de la isapre por un período no inferior a cinco años, contados desde la remisión de la carta.[213]

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

4. Instrucciones respecto de la notificación por correo electrónico[214].

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

- Notificación complementaria: la isapre podrá remitir un correo electrónico, además de la notificación por correo certificado -privado o a través de Correos de Chile- que la normativa contemple. En todo caso, para efectos de la contabilización de los plazos, regirá la notificación por correo certificado.
- Notificación alternativa: la isapre podrá remitir un correo electrónico con la notificación de que se trate, en forma preferente o en reemplazo de la notificación por correo certificado, según se indique en la norma respectiva[215].

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

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

a) La individualización del afiliado, nombre, cédula de identidad, su dirección física y su dirección de correo electrónico;

b) La aceptación expresa del correo electrónico como forma de comunicación con la isapre, para recibir ciertas notificaciones que la normativa vigente permite.

[210] Párrafos primero y segundo reemplazados por Circular IF N° 300, de 17.11.2017.
[211] Párrafo intercalado por Circular IF N° 389, de 25.08.2021 y modificado por Resolución Exenta IF N° 68, de 1.2.22.
[212] Modificada por Circular IF/N° 189, 20.05.2013, impartió instrucciones sobre la carta certificada.
[213] Oración agregada por Circular IF N° 300, de 17.11.2017.
[214] Incorporado por Circular IF N° 178, del 25.10.12.
[215] Definición modificada por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

c) La aceptación de adquirir la obligación de mantener actualizada su dirección de correo electrónico y con capacidad suficiente y operativa para recibir las comunicaciones electrónicas que se le envíen.

d) La declaración de aceptar y conocer que la notificación se entiende practicada el mismo día en que se hubiere verificado la comunicación electrónica, de tal manera que en caso que se trate de una notificación alternativa, los plazos comenzarán a correr al día siguiente[216].

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

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

a) Que aseguren su disponibilidad y acceso para uso posterior.

b) Que mantenga un registro en la página web de la isapre para que el afiliado pueda acceder, previa identificación, a las comunicaciones que le hayan sido enviadas por correo electrónico.

c) Que los sistemas utilizados por el emisor sean programas de uso generalizado, de modo que permitan que las comunicaciones sean técnicamente compatibles con el destinatario.

d) Que tengan medidas de seguridad tendientes a evitar la interceptación, obtención, alteración y otras formas de acceso no autorizado a las comunicaciones electrónicas.

e) En caso de requerirse visores o aplicaciones adicionales para el acceso al contenido de las comunicaciones, éstas deberán ser puestas a disposición del afiliado gratuitamente en la misma comunicación que las requiera.

f) Deberá quedar constancia de la transmisión de las comunicaciones efectuadas por medios electrónicos e identificarse el remitente, destinatario, fecha y hora de las mismas. Para efectos de lo anterior, la isapre podrá acreditar el envío del correo electrónico a través del LOG del servidor que utiliza o, mediante algún mecanismo alternativo que dé cuenta de su ingreso a un servidor distinto.

g) Las Aseguradoras deberán conservar los registros de estas comunicaciones por un período de tiempo que no podrá ser inferior a 18 meses, a objeto de asegurar la constancia de la transmisión y recepción ante un eventual requerimiento del afiliado o un órgano administrativo o judicial.

h) El registro deberá garantizar el no repudio e integridad, bajo la responsabilidad de la Isapre, independientemente del operador de correo electrónico que haya utilizado.

i) Para el caso en que el correo electrónico remita un archivo adjunto, éste deberá encontrarse en formato PDF.

5.- Comunicación y registro de datos de los afiliados para la transferencia electrónica[217]

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

Asimismo, la institución deberá informar a sus afiliados sobre la posibilidad de registrar los antedichos datos a través de cualquiera de los medios de que disponga, tales como, el servicio continuo de atención telefónica,

[216] Frase final suprimida por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[217] Incorporado según Circular IF/N° 236 de 2014.

comunicaciones a las direcciones de correos electrónicos que tenga registradas, la concurrencia de los interesados a las oficinas de atención de público a hacer algún trámite y por cualquier otra vía de difusión que estime conveniente.

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

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

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

Capítulo II Selección de Prestaciones Valorizadas

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

Este instrumento está constituido por un conjunto de prestaciones médicas que han sido seleccionadas por la Superintendencia considerando su alto impacto sobre el gasto, mayor frecuencia y/o alto costo, que deberán ser valorizadas por las isapres en una unidad común, de acuerdo a la cobertura que a ellas se les otorgue en los planes de salud con que cuentan las referidas instituciones.[218]

1. Formato de la cartilla

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

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

2. Normas generales de valorización de las prestaciones

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

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

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

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

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

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

4. Existencia de más de un convenio

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

[218] Vésase el Compendio de Información.

5. Inexistencia de convenio

De no contar la isapre con planes que contemplen el otorgamiento de beneficios asociados a determinados prestadores, deberá dejar en blanco las columnas de la selección de prestaciones valorizadas correspondientes a tales beneficios.[219]

6. Actualización de la Selección de Prestaciones Valorizadas

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

7. Valorización de cartillas correspondientes a planes nuevos

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

8. Utilización de la selección de prestaciones valorizadas

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

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

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

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

Para los efectos señalados en los dos párrafos precedentes la firma del interesado estampada en el documento será suficiente prueba de su entrega, debiendo quedar copia de éste a disposición de la Superintendencia en el Archivo de Cotizantes[220] .

[219] Véase el Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
[220] Véase el Compendio de Información.

Anexo Nº 1 Selección de Prestaciones Valorizadas

ANEXO N°1

NOMBRE DEL PLAN: "....."
SELECCION DE PRESTACIONES VALORIZADAS
Valorizada al .... de..... de 19....

	PRESTACIONES	COLUMNA 1 LIBRE ELECCION % BONIFIC.	COLUMNA 2 LIBRE ELECCION TOPE $	COLUMNA 3 Beneficios asociados a deter. Prestadores (4) % BONIFIC.	COLUMNA 4 Beneficios asociados a deter. Prestadores (4) TOPE $	COLUMNA 5 Beneficios asociados a deter. Prestadores (4) COPAGO $	COLUMNA 6 Beneficios asociados a deter. Prestadores (4) N° DEL PRESTADOR (E) (5)
HOSPITALARIAS	**PARTO NORMAL**						
	Derecho de pabellón 6						
	Honorarios médicos						
	Honorarios matrona						
	Atención inmediata recién nacido						
	Visita neonatólogo						
	PARTO POR CESÁREA						
	Derecho de pabellón 7						
	Honorarios médicos						
	Honorarios matrona						
	Atención inmediata recién nacido						
	Visita neonatólogo						
	APENDICECTOMÍA						
	Derecho de pabellón 7						
	Honorarios médicos						
	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPÍA						
	Derecho de pabellón 10						
	Honorarios médicos						
	HISTERECTOMÍA TOTAL						
	Derecho de pabellón 8						
	Honorarios médicos						
	AMIGDALECTOMÍA						
	Derecho de pabellón 5						
	Honorarios médicos						
	CIRUGÍA CARDÍACA DE COMPLEJIDAD MAYOR						
	Derecho de pabellón 14						
	Honorarios médicos						
	EXTIRPACION TUMOR Y/O QUISTE ENCEFÁLICO						
	Derecho de pabellón 12						
	Honorarios médicos						
	DIAS CAMA						
	Medicina						
	Sala cuna						
	U.T.I. adulto						
	U.T.I. pediatría						
	U.T.I. neonatal						
	MEDICAMENTOS Y MAT.CLÍNICOS: Para los siguientes eventos: **(B)**						
	Apendicectomía						
	Hospitalización por Neumonía						
AMBULATORIAS	**CONSULTAS**						
	Consulta médica electiva o de urgencia						
	Consulta psiquiátrica **(A)**						
	EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS						
	Hemograma						
	Estudio de lípidos sanguíneos						
	Perfil bioquímico						
	Urocultivo						
	Orina completa						
	Densitometría ósea						
	Citodiagnóstico corriente						
	Estudio histopatológico corriente						
	Exploración vitreorretinal						
	Electrocardiograma de reposo						
	Ecocardiograma Doppler						
	Gastroduodenoscopía						
	Hemodiálisis con insumos incluidos						
	Rodillera, bota larga o corta de yeso						
	IMAGENOLOGÍA						
	Radiografía de torax						
	Mamografía bilateral						
	Radiografía de brazo, codo, muñeca o similares						
	Tomografía axial computarizada de cerebro						
	Ecotomografía abdominal						
	Ecotomografía ginecológica						
	MEDICINA FÍSICA						
	Ejercicios respiratorios **(A)**						
	Reeducación motriz **(A)**						

(A) **Prestaciones con tope anual**
(B) **Tope de medicamentos y materiales clínicos**
(C) **Reajustabilidad**
(D) **Cobertura Restringida**
(E) **Individualización del prestador en las tablas contenidas al dorso (6)**

FECHA **FIRMA AFILIADO**

4) Modificado por la Circular N°57, del 4 de febrero de 2000
5) Modificado por la Circular N°57, del 4 de febrero de 2000
6) Modificado por la Circular N°57, del 4 de febrero de 2000

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

Eliminado [221]

[221] Eliminado por la Circular IF/N°285, de 2017

Anexo Nº 2 Instrucciones para el llenado de la Selección de Prestaciones Valorizadas

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL ANEXO Nº 1

Para efectos de completar la información consignada en el Anexo Nº 1 de la selección de prestaciones valorizadas, las isapres deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

ANVERSO DEL ANEXO Nº 1

MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

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

BENEFICIOS ASOCIADOS A DETERMINADOS PRESTADORES.

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

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

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

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

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

REVERSO DEL ANEXO Nº 1

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

Para efectos de completar la información consignada en las tablas contenidas en el reverso del anexo Nº 1 -que resumen los resultados de las acreditaciones y certificaciones de los prestadores individualizados en los planes cerrados y en los planes con prestadores preferentes- las isapres deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

TABLA N° 1

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

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

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

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

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

TABLA Nº 2

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

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

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

TABLA Nº 3

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

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

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

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

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

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

Anexo Nº 3 Instrucciones para el llenado de las notas explicativas

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE NOTAS DEL ANEXO Nº 1

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

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

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

A) NOTAS ESPECÍFICAS:

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

A.1) Se asignará la Nota (A), a aquellas prestaciones que usualmente tienen tope anual y que, en este caso, corresponden a Consulta de[222] Medicina Física. En el espacio destinado al efecto, la isapre deberá indicar el tope anual y la unidad en que éste se expresa, que corresponda a una o todas las prestaciones señaladas a continuación:

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

- Eliminada[223].
- Ejercicios Respiratorios ..... ($ o UF)
- Reeducación Motriz ..... ($ o UF)

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

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

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

B) NOTAS GENERALES:

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

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

- Los topes por prestación están expresados en Unidades de Fomento

[222] Modificado por la Circular IF/Nº396, de 08 de noviembre de 2021.
[223] Viñeta eliminada por la Circular IF/Nº396, de 08 de noviembre de 2021.

- El Arancel está expresado en Unidades de Fomento
- El Arancel en pesos se reajustará (períodos de aplicación)

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

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

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

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

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

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

DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES COMPRENDIDAS EN EL ANEXO Nº 1

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

PARTO NORMAL

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

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

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

Honorarios médicos (equivalentes al código 20.04.003 del FONASA)

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

Honorarios matrona (equivalente al código 20.04.004 del FONASA)

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

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

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

Visita neonatólogo (equivalente al código 01.01.008 del FONASA)

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

PARTO POR CESÁREA

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

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

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

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

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

Honorarios matrona (equivalente al código 20.04.004 del FONASA)

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

Atención inmediata recién nacido (equivalente al 01.01.007 del FONASA)

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

Visita neonatólogo (equivalente al código 01.01.008 del FONASA)

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

APENDICECTOMÍA

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

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

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

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

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

COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPÍA

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

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

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

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

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

HISTERECTOMÍA TOTAL

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

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

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

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

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

AMIGDALECTOMÍA

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

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

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

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

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

CIRUGÍA CARDÍACA DE COMPLEJIDAD MAYOR

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

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

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

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

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

EXTIRPACIÓN DE TUMOR Y/O QUISTE ENCEFÁLICO Y DE HIPÓFISIS [224]

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

[224] Se reemplazó la prestación “Extirpación de tumor y/o quiste cerebral”, código 11.02.013, por “Extirpación de tumor y/o quiste encefálico y de hipófisis”, código 11.03.026, ambos del Arancel FONASA.

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

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

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

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

DÍAS CAMA

Medicina (equivalente al código 02.02.104 del FONASA)

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

Incluye:

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

Sala cuna (equivalente al código 02.02.004 del FONASA)

Corresponde al día cama de hospitalización en sala cuna

Incluye:

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

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

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

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

Incluye:

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

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

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

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

Incluye:

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

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

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

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

Incluye:

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

MEDICAMENTOS Y MATERIALES CLÍNICOS

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

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

Apendicectomía: 3 días - cama

Neumonía: 7 días - cama

CONSULTAS

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

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

Consulta psiquiátrica (equivalente al código 09.01.009 del FONASA)

Corresponde a la atención profesional otorgada por un médico psiquiatra.

EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS

Hemograma (equivalente al código 03.01.045 del FONASA)

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

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

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

Perfil bioquímico (equivalente al código 03.02.075 del FONASA)

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

Urocultivo (equivalente al código 03.06.011 del FONASA)

Incluye recuento de colonias y antibiograma, con cualquier técnica.

Orina completa (equivalente al código 03.09.022 del FONASA)

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

Densitometría ósea (equivalente al código 05.01.030 del FONASA)

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

Citodiagnóstico corriente (equivalente al código 08.01.001 del FONASA)

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

Estudio histopatológico corriente (equivalente al código 08.01.008 del FONASA)

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

Exploración vitreorretinal (equivalente al código 12.01.019 del FONASA)

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

Electrocardiograma de reposo (equivalente al código 17.01.001 del FONASA)

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

Ecocardiograma Doppler (equivalente al código 17.01.007 del FONASA)

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

Gastroduodenoscopía (equivalente al código 18.01.001 del FONASA)

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

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

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

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

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

IMAGENOLOGÍA

Radiografía de tórax (equivalente al código 04.01.070 del FONASA)

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

Mamografía bilateral (equivalente al código 04.01.010 del FONASA)

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

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

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

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

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

Ecotomografía abdominal (equivalente al código 04.04.003 del FONASA)

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

Ecotomografía ginecológica (equivalente al código 04.04.006 del FONASA)

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

MEDICINA FÍSICA

Ejercicios respiratorios (equivalente al código 06.01.017 del FONASA)

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

Reeducación motriz (equivalente al código 06.01.024 del FONASA)

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

APÉNDICE DEL ANEXO Nº 4

DERECHO DE PABELLÓN

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

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

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

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

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

Insumos desechables:

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

Insumos recuperables:

- Cánulas y sondas.

- Paños esterilizados para campo operatorio, para cubrir mesas y otros.
- Uniformes esterilizados para el equipo de médicos, personal paramédico y auxiliares.
- Jeringas de vidrio, agujas metálicas y guantes quirúrgicos.

d) Utilización de elementos y útiles fungibles de uso general.

- Gasa, algodón, tórulas, apósitos y otros.
- Tela adhesiva y similares, de todo tipo.
- Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo, aerosol, etc.) y formalina.
- Jabones para lavado quirúrgico y escobillas esterilizadas.
- Todo tipo de material de sutura.

e) Gases: Oxígeno y aire comprimido.

f) Anestésicos de cualquier tipo.

Capítulo III Cotizaciones

Título I: Declaración y pago de cotizaciones de salud [225]

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

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

1. Planillas de cotizaciones

Las isapres deberán utilizar las "Planillas de Declaración y Pago de Cotizaciones de Salud a Isapre", cuyo formato e instructivo se adjunta en Anexo Nº 1 de este Título.

En el caso de trabajadores independientes o cotizantes voluntarios, se podrá utilizar el formulario "Declaración y Pago de Cotizaciones de Salud a Isapre", cuyo formato se detalla en Anexo Nº 2 de este Título.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

[225] La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2014, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento, a contar de enero de 2014.
La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2013, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 70,3 Unidades de Fomento, a contar de enero de 2013.
La Resolución Exenta N°16, 5.1.2012, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 67,4 Unidades de Fomento, a contar de enero 2012.
La Resolución Exenta N° 27, 6.1.2011, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 66 Unidades de Fomento, a contar de enero 2011**.**

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

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

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

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

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

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

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

Anexo Nº 1[226]

PLANILLA DE DECLARACIÓN Y PAGO DE COTIZACIONES DE SALUD A ISAPRE — **ANEXO N°1**

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

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

1 Razón Social o Nombre		2 R.U.T.		3 Dirección Calle		N°	
Depto.	Comuna	Ciudad		Región	4 Teléfono		
5 Nombre Representante Legal		6 R.U.T. Repr. Legal	7 I Cambio en el Repr.	II Cambio dirección del empleador		III Cambio R.U.T.empleador	

SECCÓN B: Detalle de Cotizaciones

Identificación del Afiliado — Mov. del Personal [11]

N° [1]	R.U.T. o C.I. (Con dig. verif.) [2]	N° DE FUN. o Interno [3]	Primer y Segundo Apellidos Nombres [4]	REMUNERACIÓN IMPONIBLE PENSIÓN O RENTA DECLARADA $ [5]	COTIZACIÓ 7% $ [6]	LEY 18.566 % $ [7]	COTIZACIÓN ADICIONAL VOLUNTARIA $ [8]	COTIZACIÓN A PAGAR $ [9]	COTIZACIÓN PACTADA $ [10]	COD.	FECHA INICIO DÍA MES AÑO	FECHA TÉRMINO DÍA MES AÑO
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
NOTA: Si el N° de trabajadores es mayor a 10 adjunte las hojas de detalle necesarias.			TOTAL PÁGINA								1. Contra 2. Retiro 3. Subsic	4. Accidentes del trabajo 5. Permiso sin goce de sueldo.
			TOTAL ACUMULADO									

SECCIÓN C: Antecedentes de la cotización

[1] Detalle de Cotización declarada y otros.

CONCEPTO	CÓDIGO	VALORES
Cotiz. legal	01	
Cotiz. Art. 8° Ley 18.566	02	
Cotiz. Adicional Voluntaria	03	
Total Cotización a pagar	04	
Reajustes	05	
Intereses	06	
SUB-TOTAL	07	
TOTAL A PAGAR	08	

[2] Antecedentes sobre el pago.

Efectivo [ ] Cheque N°_____

Banco_____ Plaza _____

Declaro que los datos consignados son expresión fiel a la realidad

Firma Rep. Legal

Espacio para indicar oficinas de pago,horario y forma de presentar cheques

N° de Folio Planilla de Declaración

SECCIÓN D: Antecedentes Generales

[1] NORMAL [ ] [2] ATRASADA [ ] ADELANTADA [ ]

[4] Fecha de Pago [ ][ ][ ][ ][ ][ ] (DÍA MES AÑO) [5] N° de Afiliados [ ]

[6] Período de Pago
Remuneraciones de: [ ][ ][ ][ ] (MES AÑO) Gratificaciones Desde [ ][ ][ ][ ] (MES AÑO)

[7] N° de Hojas anex. [ ] Hasta [ ][ ][ ][ ] (MES AÑO)

V° B° Recepción y Cálculo

V° B° Y TIMBRE CAJERO

[226] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

INSTRUCTIVO AL ANEXO Nº 1

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

ANTECEDENTES:

El artículo N° 185 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud[227], establece que el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o imponente y cotizante voluntario, deberán declarar y pagar las cotizaciones de salud a la isapre, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas. 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, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo.[228]

Los pagos deberán hacerse efectivos en los lugares que la Institución de Salud Previsional determine.[229]

I. DEDUCCION DE LA COTIZACION DE SALUD:[230]

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

b) La cotización de salud convenida, podrá tener un valor superior al de la cotización legal; estará exenta del impuesto a la renta, hasta el monto de la cotización mínima legal para salud según el tope imponible que se encuentre vigente a la fecha del pago de la cotización [231]y el empleador deberá deducirla en forma íntegra de las remuneraciones del trabajador y enterarla en la isapre respectiva.

En todo caso, la suma de la cotización legal de salud y de la cotización adicional que se establece, no podrá ser superior al monto de la cotización mínima legal para salud según el tope imponible que se encuentre vigente a la fecha del pago de la cotización.[232]

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

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

---

[227] Cita legal reemplazada por Circular IF/275, de 2016.
[228] Oración final, agregada por Circular IF/275, de 2016.
[229] Parte final, eliminada por Circular IF/275, de 2016.
[230] La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2014, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento.
La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2013, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 70,3 Unidades de Fomento.
La Resolución Exenta N° 16, 05.01.2012, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 67,4 Unidades de Fomento.
La Resolución Exenta N° 27, 06.01.2011, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 66 Unidades de Fomento.
[231] Circular IF/275, de 2016, reemplazó la expresión "hasta un tope de 4,529 U.F." por "hasta el monto de la cotización mínima legal para salud según el tope imponible que se encuentre vigente a la fecha del pago de la cotización".
[232]Circular IF/275, de 2016, reemplazó la expresión "a 4, 529 Unidades de Fomento" por "al monto de la cotización mínima legal para salud según el tope imponible que se encuentre vigente a la fecha del pago de la cotización".

II. DECLARACION Y PAGO DE LAS COTIZACIONES:

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

III. DECLARACION Y NO PAGO DE COTIZACIONES:

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

IV. PLAZO LEGAL PARA ENTERAR LAS COTIZACIONES:

Las cotizaciones deberán ser declaradas y pagadas en los centros de recaudación establecidos por la isapre, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se devengan, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente, si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo. 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, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo.[233]

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

COTIZACIONES NO DECLARADAS, INCOMPLETAS O ERRONEAS: El empleador o entidad estará afecto a una multa de beneficio fiscal, consistente en media Unidad de Fomento por cada trabajador, cuyas cotizaciones no se declaren o cuyas declaraciones sean incompletas o erróneas, la cual se aplicará según lo dispuesto en el artículo N°185 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. [234]

REAJUSTES: Las cotizaciones que no se paguen oportunamente por el encargado del pago de la cotización, se reajustarán entre el último día del plazo legal y el día en que efectivamente se paguen. Lo anterior, considerando la variación diaria del IPC, según lo dispuesto en el artículo N°186 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.[235]

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

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

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

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

1.- General:

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

[233] Oración final, agregada por Circular IF/275, de 2016.
[234] Cita reemplazada por Circular IF/275, de 2016.
[235] Cita reemplazada por Circular IF/275, de 2016.

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

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

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

2.- Específicas:

Tipo de Pago:

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

Sección A: Identificación del Ente Pagador:

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

En esta Sección se deberá colocar:

Recuadro Nº 1 - Razón Social o Nombre: Se deberá registrar la razón social o el primer apellido, segundo apellido y nombres, según corresponda.[236]

Recuadro Nº 2 - RUT: Deberá anotarse el número de RUT del encargado del pago de la cotización con dígito verificador.

Recuadro Nº 3 - Dirección: Se deberá consignar la dirección del encargado del pago de la cotización.

Recuadro Nº 4 - Teléfono: Deberá anotarse el número telefónico del encargado del pago de la cotización.

Recuadro Nº 5 - Nombre del Representante Legal: Deberá anotarse el nombre del Representante Legal de la empresa o entidad encargada del pago de la pensión.

Recuadro Nº 6 - RUT Representante Legal: Deberá anotarse el Nº de RUT del Representante Legal con dígito verificador.

Recuadro Nº 7 - Cambios en el Representante Legal, en la Dirección o en el RUT del Empleador: Deberá consignarse con una cruz, sólo si existiera un cambio en alguno de los datos indicados, respecto al último mes declarado en la isapre.

Sección B: Detalle de Cotizaciones:

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

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

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

[236] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

COLUMNA 2: Debe anotarse el Nº de RUT o Cédula de Identidad con dígito verificador del cotizante.

COLUMNA 3: Espacio que corresponde al Nº de Folio de Contrato o Formulario Único de Notificación emitido por la isapre en la suscripción del contrato.

COLUMNA 4: Deberá anotarse el primer apellido, segundo apellido y nombres del afiliado, en ese mismo orden.[237]

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

COLUMNA 6: Debe anotarse el monto en pesos ($) del 7% de Cotización Legal mínima de Salud, calculado sobre la Columna Nº 5.

COLUMNA 7: **No vigente.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección C: Antecedentes de la Cotización:

[237] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

En los recuadros del Nº 1 al Nº 7 de esta Sección, se deberá consignar lo siguiente:

Recuadro Nº 1: Detalle de cotizaciones Declaradas y otros.

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

Código 02: No vigente[238]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección D: Antecedentes Generales:

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

Recuadro Nº 1 Normal: Este espacio se debe llenar con una "X", si la cotización está siendo pagada entre el 1° y el 10 del mes siguiente al cual se devengaron las remuneraciones, pensiones y rentas declaradas que le dieron origen. Asimismo, se debe llenar con una "X", cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones a través de un medio electrónico, hasta el día 13 del aludido mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo.[239]

Recuadro Nº 2 Atrasado: Este espacio se debe llenar con una "X" si la cotización está siendo pagada con atraso.

Recuadro Nº 3 Adelantada: Este espacio se debe llenar con una "X" si la cotización está siendo pagada en forma anticipada a la fecha normal de pago.

Recuadro Nº 4 Fecha de Pago: Deberá llenarse indicando el día, mes y año en que se pagan las cotizaciones.

[238] *Código 02:* Corresponde anotar el total de cotización adicional solicitada por el trabajador, en virtud de la Ley Nº 18.566 y que actualmente **no se encuentra vigente.** Información instruida por Circular IF/275, de 2016.

[239] Oración final, agregada por Circular IF/275, de 2016.

Recuadro Nº 5 Número de Afiliados: Se deberá anotar el número de cotizantes informados en el DETALLE DE COTIZACIONES.

Recuadro Nº 6 Período de Pago Remuneraciones, Rentas o Pensiones y Gratificaciones: Corresponde al mes y año en que se devengaron las remuneraciones, rentas o pensiones, cuyas cotizaciones se están pagando. Asimismo, se deberá indicar, en el caso de cotizaciones derivadas de gratificaciones, el período durante el cual ellas se devengaron.

Recuadro Nº 7 Número de Hojas Anexas: Se deberá anotar el número de hojas de DETALLE DE COTIZACIONES que se adjuntan, cuando el número de afiliados informados es mayor a 10. Las hojas anexas pueden tener una estructura computacional.

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

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

Anexo Nº 2

DECLARACION Y PAGO DE COTIZACIONES DE SALUD A ISAPRE
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O VOLUNTARIO

TIPO DE COTIZANTE: INDEPENDIENTE ☐ VOLUNTARIO ☐ FOLIO

NOMBRE	R.U.T.

CALLE	N°	DEPTO.	COMUNA	CIUDAD	REGION

PERIODO DE COTIZACION	RENTA DECLARADA	COTIZACION PACTADA	FECHA DE PAGO

COTIZACION LEGAL	
COTIZACION ADICIONAL	
TOTAL DECLARADO	
REAJUSTES	
INTERESES	
TOTAL A PAGAR	

EFECTIVO	
CHEQUE N°	
BANCO	
PLAZA	

ESPACIO PARA INDICAR OFICINAS DE PAGO, HORARIO Y FORMA DE PRESENTAR CHEQUES

NORMAL		1
ATRASADA		2
ADELANTADA		3

FECHA, V°B° Y TIMBRE CAJERO

3. Ley N° 21.063, SANNA[240]

La Ley N° 21.063 estableció un seguro obligatorio para los padres y las madres trabajadores de niños y niñas afectados por una condición grave de salud, SANNA, para que puedan ausentarse justificadamente de su trabajo durante un tiempo determinado, con el objeto de prestarles atención, acompañamiento o cuidado personal, recibiendo durante dicho período un subsidio que reemplace total o parcialmente su remuneración o renta mensual, siempre que cumpla con las condiciones y requisitos que establece la Ley.

El artículo 16 de la mencionada Ley dispone que el trabajador o trabajadora que haga uso de este permiso tendrá derecho a un subsidio con cargo al Seguro por todo el período de su duración, si cumple con los requisitos de afiliación y cotización regulados en dicha Ley y que éste será imponible para previsión y salud de conformidad al artículo 17 del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Por tanto, las entidades pagadoras del subsidio SANNA deberán efectuar las cotizaciones de pensión y salud, sobre la base de la remuneración imponible correspondiente al mes anterior al inicio de la licencia médica SANNA, o en su defecto, la remuneración imponible establecida en el contrato de trabajo, enterándolas en las entidades que correspondan.

[240] Incorporado mediante Circular IF/N° 320, de 30.11.2018.

Para que las entidades pagadoras puedan determinar el monto del aludido Subsidio y, a su vez, enteren correctamente las cotizaciones de pensión y salud en las instituciones que correspondan, deben disponer de la información sobre el sistema de salud al que se encuentra afiliado el trabajador.

A la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez le corresponde revisar el cumplimiento de los requisitos generales y específicos de acceso al Seguro, para que a los padres y madres de niños y niñas afectados por una condición grave de salud que hagan uso del permiso, se les otorguen las prestaciones a que dé lugar éste.

Considerando la relevancia que tiene disponer de la información referida al sistema de salud de cada trabajador o trabajadora, resulta necesario establecer un procedimiento a través del cual la COMPIN pueda verificar dicha información.

Para tal efecto, la COMPIN deberá enviar a todas las isapres registradas en la Superintendencia de Salud, los días viernes de cada semana, o el día hábil siguiente si aquél fuere feriado o festivo, la nómina de beneficiarios SANNA cuyas licencias médicas hayan sido autorizadas durante la semana de su envío. La nómina debe contener el RUN del beneficiario y la fecha de inicio y término del reposo otorgado en la respectiva licencia. El envío deberá efectuarse a través de un correo electrónico dirigido a los representantes en calidad de titular y suplentes, que fueron designados por las isapres como encargados de establecer el flujo de información de licencias médicas SANNA e informados a la Superintendencia de Seguridad Social.

Las isapres, por su parte, tendrán un plazo de cinco días hábiles contado desde la recepción del correo electrónico que contiene la nómina de trabajadores que se encuentren haciendo uso de licencia médica SANNA, para informar a la COMPIN, por el mismo medio, quiénes de esos trabajadores son sus beneficiarios, indicando el RUN y la cotización pactada del mes de uso del beneficio. El correo electrónico remitido por la COMPIN se entenderá recepcionado en la isapre el día hábil siguiente de su envío.

En el evento que la isapre no tenga beneficiarios por confirmar, bastará que le comunique a la COMPIN dicha situación, a través del mismo medio y dentro del plazo indicado precedentemente.

Finalmente, una vez que la COMPIN reciba la comunicación de parte de las isapres, dispondrá de un plazo de 2 días hábiles contado desde su recepción, para remitir dicha información a la respectiva entidad pagadora del subsidio SANNA, o a aquella que haya sido mandatada para cumplir dicha función, conjuntamente con los antecedentes a que se hace mención en el numeral 12. del Capítulo IV. de la Circular N°3.364, de 22 de junio de 2018, de la Superintendencia de Seguridad Social.

4. Pago de cotizaciones de trabajadores independientes con cargo a las sumas retenidas por el Servicio de Impuestos Internos[241].

Tratándose de trabajadores independientes que estén obligados a efectuar cotizaciones para salud, el Servicio de Impuestos Internos comunicará a la Tesorería General de la República acerca de las sumas retenidas de acuerdo a los artículos 74, N°2, y 84 letra b), de la Ley sobre Impuesto a la Renta o a las normas legales que las reemplacen, y ésta enterará, con cargo a dichas cantidades y hasta el monto en que dichos recursos alcancen para realizar el pago respectivo, las cotizaciones de salud en la isapre que corresponda.

[242]La Tesorería General de la República enterará mensualmente las cotizaciones de salud, incluidos los respectivos reajustes cuando corresponda[243], mencionadas en el inciso primero del artículo 92 del D.L. N°3.500, de 1980, divididas por 12 y actualizadas conforme a lo dispuesto en el artículo 97 del D.L. N°824, sobre Impuesto a la Renta.

[241] Incorporado por Circular IF/N° 326, de 25 de marzo de 2019, conjunta con la Superintendencia de Pensiones.
[242] Los tres párrafos siguientes fueron incorporados por Circular IF/N° 327, de 2019.
[243] Expresión intercalada según Circular IF/N° 376, de 2020.

Dichos pagos se efectuarán hasta el último día hábil de cada mes, a partir del mes de junio de 2019, lo que otorgará al trabajador independiente una cobertura de salud anual desde el día 1 de julio del año en que se pagó la cotización hasta el 30 de junio del año siguiente a dicho pago.

Las isapres deberán imputar la totalidad de las cotizaciones de salud, con sus respectivos reajustes cuando corresponda[244], a la cotización pactada en el contrato de salud al que se encuentre adscrito el trabajador independiente, ya sea en calidad de titular o de carga, a más tardar el quinto día hábil siguiente de recibido el respectivo monto.

El afiliado deberá pagar directamente a la isapre, en la forma, plazo y condiciones acordadas en el contrato de salud, el saldo de cotización pactada que pudiere resultar una vez enterado por Tesorería el monto retenido por el Servicio de Impuestos Internos e imputado por la respectiva institución de salud previsional a la cotización de cada mes.

[245]Con el objeto de que los respectivos afiliados trabajadores independientes estén debidamente informados sobre el saldo de cotización a pagar a que se refiere el párrafo anterior, la isapre deberá comunicarles mensualmente dicha situación, adjuntando, como mínimo, la siguiente información:

1. Identificación del afiliado mediante su nombre y R.U.N.
2. Mes y año en que corresponde efectuar el pago de la cotización.
3. Total cotización pactada por el afiliado, en pesos.
4. Monto total en pesos de cotizaciones de salud incluidos los reajustes respectivos en caso que corresponda, recibido a través de la Tesorería General de la República (TGR) y el detalle de dicho monto asociado al afiliado y a cada uno de los beneficiarios del contrato si corresponde, especificando el RUN y nombre de cada uno de ellos.
5. Saldo de cotización a pagar en pesos, obtenido de la diferencia entre la cotización pactada y el total del monto percibido través de la TGR.[246]

La referida información deberá enviarse mediante correo electrónico, a más tardar el quinto día hábil siguiente de recibida la cotización de parte de la Tesorería General de la República. En el mismo plazo deberá estar disponible para su consulta en una aplicación especial en su página web y en el servicio de atención telefónica.

[247]Cuando el monto que la isapre haya imputado en la cotización de salud de un determinado mes más los pagos que el trabajador hubiere efectuado en el mismo período, sea mayor que la cotización pactada, se generarán excedentes o excesos de cotización, según corresponda, cuyo tratamiento deberá sujetarse a la normativa vigente, contenida en el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, Capítulo III “Cotizaciones”, Títulos VIII y IX.

Si a la fecha en que la isapre reciba el pago de parte de la Tesorería General de la República, el trabajador independiente (titular o carga) ya no perteneciere a aquélla, la respectiva institución deberá regularizar la cotización mal enterada de acuerdo al procedimiento establecido en el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, Capítulo III, Título V.

Título II: Emisión computacional de planillas de declaración y pago

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

1. Tanto las carátulas como las hojas de detalle deberán ajustarse exactamente al formato, orden y contenido que se instruye en el Anexo Nº 1 del Título I de este Capítulo y su instructivo.

2. La isapre deberá instruir a los empleadores que utilicen esta modalidad, en el sentido que es necesario imprimir con caracteres destacados el nombre de la isapre, en el extremo superior de la carátula.

---

[244] Expresión incorporada por Circular IF/N° 376, de 2020.
[245] Los siguientes dos párrafos fueron incorporados por la Circular IF/N° 341, de 2019
[246] Números 4 y 5 modificados por Circular IF/N° 376, de 2020.
[247] Los siguientes dos párrafos fueron incorporados por Circular IF/N° 327, de 2019.

3. Dicha modalidad podrá ser utilizada por cualquier empleador o entidad encargada del pago de la pensión, que deba declarar y pagar cotizaciones a la isapre, a su propia elección, no pudiendo la institución obligar a adoptar su aplicación.

4. La isapre debe asignar un folio a cada una de las carátulas computacionales que reciba. La asignación de este folio deberá permitir una perfecta singularización de la planilla, evitando su duplicación, ya sea respecto de las demás carátulas computacionales, como de las preimpresas, de manera de asegurar su inequívoca identificación.

Título III: Declaración y pago de cotizaciones de salud mediante la transmisión electrónica de información a través de Internet[248]

Las instrucciones de que trata este número contienen las normas de funcionamiento, con los formatos y estructuras de mensajes a ser utilizados por las isapres y los encargados del pago de la cotización en la "Declaración y pago de cotizaciones de salud mediante la transmisión electrónica de información a través de Internet", de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Superintendencia sobre comunicaciones mediante transmisión electrónica de datos. [249]

1. Definiciones

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

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

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

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

1.4. Declaración: **Es la transferencia electrónica de información para el pago de las cotizaciones de salud por Internet que es generada por cada empleador, encargado del pago de la pensión, trabajador independiente o cotizante voluntario. El formulario para la declaración se contiene en el Anexo Nº 1 de este Título.**

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

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

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

1.7. Orden de pago: Es la transferencia electrónica de información que es generada por cada encargado del pago de la cotización para definir la modalidad y fecha de pago de la declaración. El formulario a utilizar para emitir órdenes de pago se contiene en el Anexo Nº 2 de este Título.

1.8. Crédito: Es la transferencia electrónica de información que es generada por el banco para comunicar a la isapre el abono efectuado en la cuenta corriente de recaudación de la isapre por el valor de las cotizaciones de salud señalado en la declaración. El formulario a utilizar para comunicar el crédito se contiene en el Anexo Nº 3 de este Título.

[248] Inciso segundo al artículo 185 del DFL Nº 1, de 2005.
[249] Instrucciones se contienen en el Capítulo VI "Procedimientos operativos de las isapres", de este Compendio.

1.9. Débito: Es la transferencia electrónica de información que es generada por el banco para comunicar al encargado del pago de la cotización el débito o cargo efectuado en su cuenta corriente por el valor de las cotizaciones de salud señalada en la declaración. El formulario a utilizar para comunicar el débito se contiene en el Anexo Nº 4 de este Título.

1.10. Comprobante de pago: Documento que acredita el pago de la cotización de salud en el Sistema Mixto de Declaración y Pago. El formulario a utilizar para extender el comprobante de pago se contiene en el Anexo Nº 6 de este Título.

1.11. Confirmación: Es la transferencia electrónica de información que es generada por la isapre y que tiene como destinatario al encargado del pago de la cotización, para certificar que las cotizaciones de salud declaradas han sido pagadas a la isapre. El formulario a utilizar para extender la confirmación se contiene en el Anexo Nº 5 de este Título.

2. Modelos operativos

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

Los encargados del pago de cotizaciones de salud que decidan realizar la declaración y pago de éstas por Internet, deberán registrarse en alguna de las empresas administradoras de sitios web destinadas al servicio de recaudación electrónica de cotizaciones previsionales, las que podrán corresponder a una empresa externa a la que la Institución de Salud haya delegado total o parcialmente la función de recaudar[250].

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

- Identificación del Encargado del Pago de la Cotización (nombre o razón social o, en su caso, primer apellido, segundo apellido y nombres).[251]
- RUT
- Código de actividad económica, cuando corresponda (según el clasificador del Servicio de Impuestos Internos).
- Dirección (calle, número, departamento, comuna, ciudad y Región).
- Teléfono.
- Nombre del representante legal.
- RUT del representante legal.
- Banco y número de la cuenta corriente asociada a la Autorización para Transferencias Electrónicas de Fondos.
- Dirección de correo electrónico.

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

[250] Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.
[251] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

2.2. Sistema electrónico de declaración y pago

a. Inicio de la operación del sistema

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

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

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

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

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

b. Confirmación de la isapre

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

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

c. Envío de la orden de pago al banco

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

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

d. Débito y crédito

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

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

e. Conciliación de datos y confirmación

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

f. Inconsistencia entre la declaración y el monto pagado

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

g. Rechazo de la orden de pago por el banco

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

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

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

h. Confirmación

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

2.3. Sistema mixto de declaración y pago y su funcionamiento

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

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

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

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

c. El Comprobante de pago, cuyo diseño está definido en el Anexo Nº 6 de este Título, constará a lo menos de tres ejemplares con la siguiente distribución:

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

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

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

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

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

2.4. El sitio Web

El Sitio Web deberá poseer una certificación digital otorgada y emitida por una autoridad certificadora u otro Organismo competente que la Superintendencia de Salud determine[252].

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

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

2.5. Mecanismos de control

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

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

2.6. Respaldos y seguridad

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

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

2.7. Responsabilidad de la isapre

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

La celebración de estos contratos no exime en caso alguno de responsabilidad a la isapre frente a la Superintendencia de Salud respecto de los actos de las empresas administradoras de sitios web que puedan afectar a los cotizantes, ni en las materias objeto de estas instrucciones, ni en los restantes aspectos de su

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

funcionamiento, cuya fiscalización la ley encarga a este Organismo, tales como irregularidades relacionadas con la pérdida de información y de fondos recaudados a través de los medios electrónicos definidos precedentemente.

Anexo N° 1

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

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

Registro de Encabezado

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

Registro de Antecedentes (Identificación del ente pagador)

Ítem	**Obligatorio o Condicional**	**Observaciones**

Razón social o nombres – primer apellido – segundo apellido del Encargado del Pago de la Cotización[253]	O	
Domicilio: Calle, avenida	O	
Número	O	
Número depto, oficina, local, población	C	
Comuna	O	
Ciudad	O	
Región	O	
Número teléfono		
Nombre representante legal	O	
RUT (con dígito verificador) del Representante legal	C	
Cambio en el Representante legal	C	
Cambio dirección del empleador	C	
Cambio RUT empleador	C	

Registro de Detalle de Cotizaciones de Salud

Ítem	**Obligatorio o Condicional**	**Observaciones**
Número de folio de la DECLARACIÓN	O	
RUT o Cédula nacional de identidad (con dígito verificador) del cotizante	O	
Primer Apellido[254]	O	
Segundo Apellido[255]	O	
Nombres	O	
Remuneración imponible, pensión o renta declarada (con topo de 60 UF)	C	
Cotización legal de salud	C	
Derogada (cotización Ley 18.566)		
Cotización adicional voluntaria	C	
Cotización a pagar	O	
Cotización pactada	O	
Total a pagar	O	

[253] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.
[254] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.
[255] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

Código movimiento personal	C	Debe completarse, cuando sea procedente, con alguno de los siguientes códigos: 1= Contrataciones 2= Retiros 3= Subsidios 4= Accidentes del trabajo 5= Permiso sin goce de sueldo
Fecha inicio	C	Debe registrarse la fecha de inicio del movimiento de personal de que se trate, con formato ddmmaaaa
Fecha término	C	Debe registrarse la fecha de término del movimiento de personal de que se trate, con formato ddmmaaaa
Rut entidad pagadora subsidio (con dígito verificador)	C	Debe completarse cuando el trabajador se encuentre con subsidio por incapacidad laboral

Registro Resumen de Declaración

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

Anexo N° 2

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

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

Registro

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

Anexo N° 3

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

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

Registro

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

Anexo N° 4

Débito: Es la transferencia electrónica de información que es generada por el banco para comunicar al Encargado el Pago de la Cotización el débito o cargo efectuado en su cuenta corriente por el valor de las cotizaciones de salud señalado en la Declaración.

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

Registro

Ítem	**Obligatorio o Condicional**
Nombre de la transferencia electrónica	O
Fecha operación	O
Hora operación	O
Nombre del banco que realizó la operación	O
Número de folio de la DECLARACIÓN	O
RUT (con dígito verificador) del Encargado del Pago de la Cotización	C
Fecha de los cargos	C
Hora de los cargos	O
Período de pago	O
Monto cargo en cuenta corriente por Cotizaciones de Salud	O
Número cuenta corriente del Encargado del Pago de la Cotización	O
Nombre de la isapre a la que se hizo el abono en cuenta corriente	O
Número de cuenta corriente de la isapre en que se efectuó el abono	O
Número de afiliados	O

Anexo N° 5

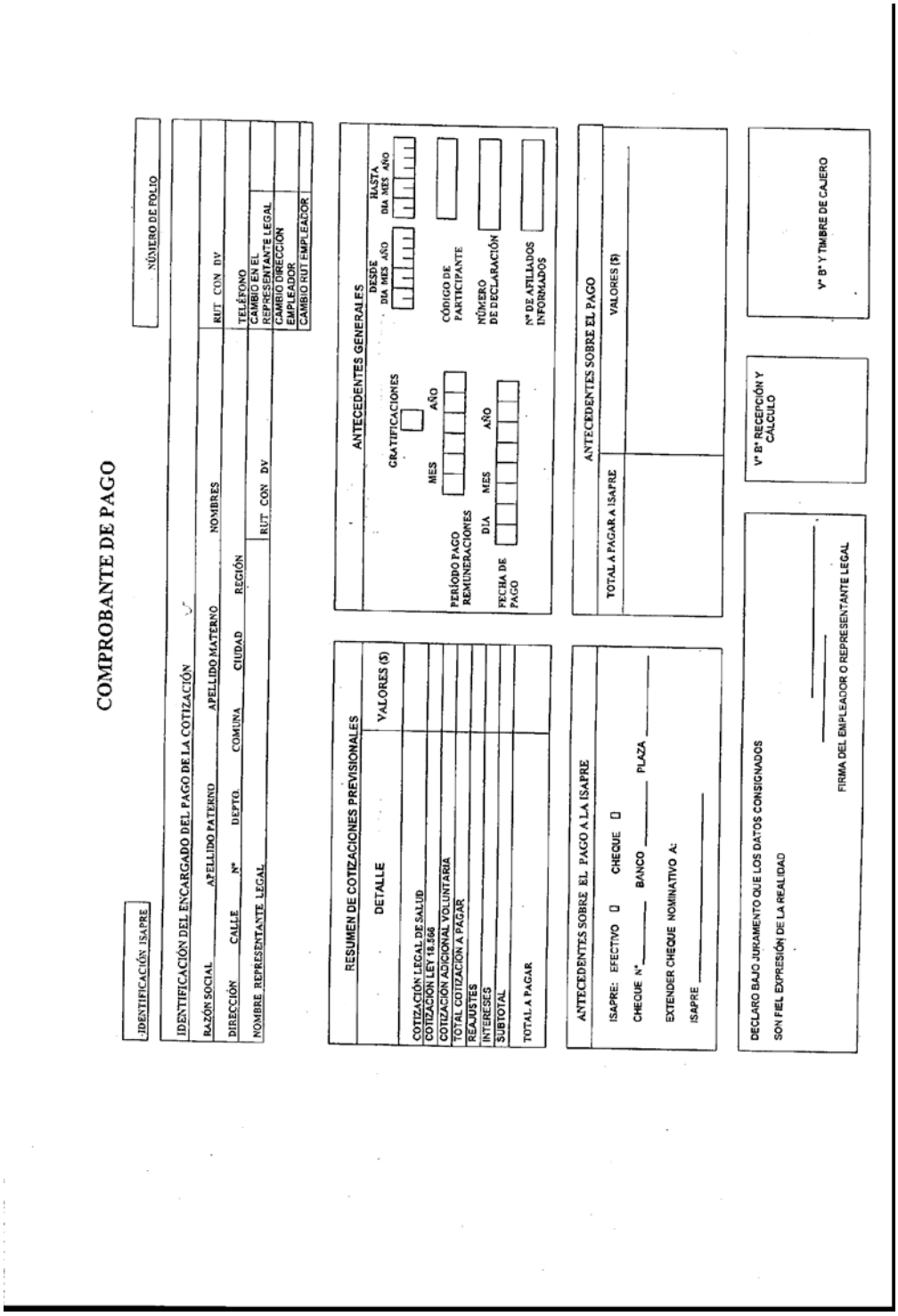
Confirmación: Es la transferencia electrónica de información que es generada por la isapre y que tiene como destinatario al Encargado el Pago de la Cotización, para certificar que las cotizaciones de salud declaradas han sido pagadas a la isapre.

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

Registro

Ítem	**Obligatorio o Condicional**
Nombre de la transferencia electrónica	O
Identificación isapre que origina la transferencia electrónica	O
Fecha operación	O
Hora operación	O
Número de folio de la DECLARACIÓN	O
RUT (con dígito verificador) del Encargado del Pago de la Cotización	O
Nombre del Encargado del Pago de la Cotización titular de la cuenta corriente	O
Número cuenta corriente del Encargado del Pago de la Cotización	O
Monto pagado por cotizaciones de salud	O
Período de pago	O
Número de afiliados	O
Fecha de los cargos en cuenta corriente	O
Identificación institución bancaria que efectuó el cargo	O

Anexo N° 6



COMPROBANTE DE PAGO

IDENTIFICACIÓN ISAPRE

NÚMERO DE FOLIO

IDENTIFICACIÓN DEL ENCARGADO DEL PAGO DE LA COTIZACIÓN

RAZÓN SOCIAL | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUT CON DV

DIRECCIÓN | CALLE | Nº | DEPTO. | COMUNA | CIUDAD | REGIÓN | TELÉFONO

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL | RUT CON DV | CAMBIO EN EL REPRESENTANTE LEGAL | CAMBIO DIRECCIÓN EMPLEADOR | CAMBIO RUT EMPLEADOR

RESUMEN DE COTIZACIONES PREVISIONALES

DETALLE	VALORES ($)
COTIZACIÓN LEGAL DE SALUD	
COTIZACIÓN LEY 18.566	
COTIZACIÓN ADICIONAL VOLUNTARIA	
TOTAL COTIZACIÓN A PAGAR	
REAJUSTES	
INTERESES	
SUBTOTAL	
TOTAL A PAGAR	

ANTECEDENTES GENERALES

DESDE DIA MES AÑO | HASTA DIA MES AÑO

GRATIFICACIONES

PERÍODO PAGO REMUNERACIONES MES AÑO

FECHA DE PAGO DIA MES AÑO

CÓDIGO DE PARTICIPANTE

NÚMERO DE DECLARACIÓN

Nº DE AFILIADOS INFORMADOS

ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO A LA ISAPRE

ISAPRE: EFECTIVO ☐ CHEQUE ☐

CHEQUE Nº _____ BANCO _____ PLAZA _____

EXTENDER CHEQUE NOMINATIVO A:

ISAPRE _____

ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO

TOTAL A PAGAR A ISAPRE | VALORES ($)

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON FIEL EXPRESIÓN DE LA REALIDAD

FIRMA DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

Vº Bº RECEPCIÓN Y CALCULO

Vº Bº Y TIMBRE DE CAJERO

Título IV: Cobranza extrajudicial de deudas de cotizaciones de salud

1. Normas comunes a todo procedimiento extrajudicial de cobro de cotizaciones

1.1 Deber de información general

La isapre deberá informar a los afiliados si la cobranza extrajudicial de cotizaciones la realiza directamente o la ha encargado a una empresa de cobranza u otra entidad distinta de la isapre que le presta dicho servicio. En este último caso, deberá identificar a los encargados de la gestión; los horarios en que se efectuará y la eventual información sobre la cobranza que podrá proporcionar a terceros de conformidad a la Ley Nº 19.628, sobre protección de los datos de carácter personal.

Esta información deberá suministrarse a los afiliados junto con la primera comunicación a que se refiere el número siguiente.

1.2 Contenido mínimo de la primera comunicación

La primera comunicación escrita que las instituciones envíen a sus afiliados con la finalidad de llevar a cabo cobros extrajudiciales de cotizaciones de salud impagas, deberá señalar expresamente que se trata de una cobranza extrajudicial e incluir, al menos, la siguiente información:

a) Todos los antecedentes que permitan a los afiliados verificar, por sí mismos, el origen, período y monto de la deuda que se cobra, precisándose el mes en el cual se originó la obligación, el monto pactado, el monto enterado y las diferencias generadas;

b) Los montos máximos que, por concepto de gastos de cobranza extrajudicial se encuentran autorizadas a cobrar en virtud de la Ley Nº 19.496.

1.3. Prohibiciones

En las actuaciones de cobranza extrajudicial estará estrictamente prohibido:

a) El envío al cotizante de documentos que aparenten ser escritos judiciales;

b) Comunicaciones a terceros ajenos a la obligación en las que se dé cuenta de la morosidad;

c) Visitas o llamadas telefónicas a la morada del deudor durante días y horas que no sean los que declara hábiles el artículo 59 del Código de Procedimiento Civil y

d) Hacer referencia en las comunicaciones, directa o indirectamente, de la eventual aplicación del procedimiento de cobro previsto en la Ley 17.322; de los efectos o consecuencias que pudiera acarrear el eventual ejercicio de acciones judiciales, civiles o penales, en contra de los afiliados ni de la posible incorporación de sus antecedentes a una empresa administradora de datos -DICOM o Boletín de Informaciones Comerciales- sin advertir previa y expresamente los requisitos y limitaciones legales a las que está sujeta la interposición de dichas acciones o la incorporación a esos registros.

e) En general, realizar conductas que afecten la privacidad del hogar, la convivencia normal de sus miembros ni la situación laboral del deudor.

1.4. Cobro de cotizaciones prescritas

Si la cobranza comprende deudas de cotizaciones generadas en períodos que exceden el plazo de prescripción general establecido en el artículo 2.515 del Código Civil, en la primera comunicación al deudor deberá, además, informarse de esa circunstancia al cotizante, indicándole el monto exacto de la deuda generada durante dicho lapso y el derecho que le asiste, en caso que se le requiera judicialmente el pago de la misma, de solicitar se declare judicialmente la extinción de su obligación por prescripción.

2. Normas aplicables a los cotizantes que detentan la calidad de trabajadores dependientes o pensionados

2.1. Obligación de notificación al empleador o ente pagador de la pensión del monto a descontar

En conformidad a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud sobre procedimientos de suscripción, adecuación, modificación y terminación de contratos, es obligación de la isapre notificar la suscripción y toda modificación de precio al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, según corresponda.

2.2. Incumplimiento de la obligación de notificación al empleador o ente pagador de la pensión

En el evento que la isapre no hubiese dado cumplimiento a la obligación referida en el párrafo anterior, no tendrá acción de cobro en contra del cotizante ni en contra del empleador.

La isapre que retarde el cumplimiento de la obligación referida, sólo podrá exigir el pago a contar de la fecha en que haya notificado debidamente el monto total a descontar y enterar para el período informado.

Todo lo anterior debe entenderse sin perjuicio de lo instruido sobre la notificación del F.U.N. a los pensionados del Instituto de Previsión Social o el Organismo que en el futuro asuma sus funciones[256],[257] de Mutualidades de Empleadores de la Ley Nº 16.744 y a las Compañías de Seguros y de las AFP. [258]

2.3. Obligación de comunicar al cotizante el no pago de la cotización por parte del empleador o ente pagador de la pensión

La circunstancia de no haberse enterado por el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, en su caso, el monto total de la cotización pactada, deberá ser informada al o la cotizante, a través de un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por éste, y si no la tuviere, deberá hacerlo mediante la remisión a su domicilio de una carta por correo certificado.[259].

El plazo para enviar la comunicación se extenderá hasta el último día del tercer mes siguiente a aquél en que no se pagó la cotización.

La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar el envío de la mencionada comunicación, para lo cual deberá disponer de una nómina de correos que se identifique con el título “Aviso deuda de cotizaciones”, debidamente timbrada en cada una de sus páginas.

2.4. Contenido de la comunicación al cotizante

En la comunicación que se remita al cotizante con el objeto de cumplir con la obligación instruida en el punto precedente, se deberá consignar la siguiente información:

a) La circunstancia que el empleador o entidad encargada del pago de la pensión fue debidamente notificado del monto total a descontar y enterar para el período informado, en conformidad a las instrucciones de la Superintendencia sobre procedimientos de suscripción, adecuación, modificación y terminación de contratos.[260] Para dichos efectos, se deberá hacer referencia al FUN respectivo y explicitar el monto de la deuda, mes en el cual se originó la obligación, precisando, el monto pactado, el monto enterado y las diferencias generadas;

b) La aclaración que el incumplimiento del empleador o entidad encargada del pago de la pensión de su obligación de declarar y pagar la cotización pactada y notificada habilitará al trabajador para ejercer las acciones previstas en el artículo 4° de la Ley Nº 17.322, reclamando el ejercicio de las acciones de cobro de las cotizaciones por parte de la isapre, sin perjuicio de las demás acciones legales que correspondan.

c) La indicación de que si el incumplimiento de pago informado deriva de una situación de cesantía que no ha sido debidamente informada a la isapre, el cotizante deberá concurrir a la Institución a regularizar su situación contractual, siendo de su responsabilidad el pago de las cotizaciones devengadas con posterioridad al término de su relación laboral.

2.5. Efectos de la omisión de la comunicación al cotizante

---

[256] Denominación sustituida por Circular IF/275, de 2016.
[257] Artículo 54 de la Ley N° 20.255, publicada en el Diario Oficial de 17.3.2008.
[258] Estas instrucciones se contienen en el Título IV del Capítulo III de este Compendio.
[259] Circular IF N° 178, del 25.10.12. Párrafo reemplazado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[260] Instrucciones contenidas en el Capítulo I de este Compendio.

En el evento que la isapre omita la carta que comunica al cotizante el no pago de cotizaciones por parte de su empleador o ente pagador de la pensión, deberá inhibirse del cobro de reajustes, intereses y gastos de cobranza que se pudieran originar en virtud de la deuda y su recuperación, cuando éstos sean de cargo del cotizante.

3. Normas aplicables a los cotizantes que tienen[261] la calidad de trabajadores independientes o cotizantes voluntarios

3.1. Situación del trabajador independiente o cotizante voluntario[262]

El no pago de las cotizaciones pactadas por los afiliados que tengan la calidad de trabajadores independientes o cotizantes voluntarios, deberá ser formalmente representado a los deudores, a través de un mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por éstos, y si no la tuvieren, deberá hacerse mediante la remisión a sus domicilios de una carta por correo certificado. La comunicación, por cualesquiera de dichos medios, deberá enviarse hasta el último día del tercer mes siguiente a aquél en que no se pagó la cotización[263].

En la referida comunicación, la isapre deberá indicar las posibles consecuencias del no pago de la deuda y fijar un plazo dentro del cual el deudor debe solucionar su situación de morosidad. El plazo que se otorgue no podrá ser inferior a treinta días, contado desde la fecha en que la comunicación sea recibida por el afiliado o afiliada. Si aquélla fue realizada por correo certificado y la persona afiliada, con anterioridad de más de diez días a la remisión de la carta, se había cambiado de domicilio y no lo había informado a la isapre, el plazo se contará desde la fecha en que conste que la empresa de correos concurrió a entregar la carta en el domicilio registrado por el cotizante en la isapre[264].

La nómina de correo que acredite el envío de la mencionada comunicación, deberá identificarse con el título “Aviso deuda de cotizaciones trabajadores independientes o cotizantes voluntarios” y deberá encontrarse debidamente timbrada en cada una de sus páginas.

3.2. Efectos de la falta de notificación

En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, con el contenido indicado en el párrafo 2° del 3.1, precedente, impedirá a la Institución de Salud Previsional poner término al contrato por no pago de la cotización ni cobrar intereses, reajustes y multas, por el periodo correspondiente.

4. Cotizantes en situación de cesantía

Si durante la vigencia del contrato de salud, sobreviene una situación de cesantía del cotizante, se observarán las siguientes instrucciones:

a) El cotizante deberá informar la situación de cesantía a la isapre dentro del plazo que se hubiere convenido en el respectivo contrato, pudiendo solicitar a la isapre la modificación de su plan de salud, destinar los excedentes de cotización para cubrir las cotizaciones, o bien desafiliarse[265].

b) Para ejercer cualquiera de estos derechos, la situación de cesantía deberá ser acreditada ante la Institución, para lo cual bastará la presentación de cualquier instrumento auténtico que pruebe dicho carácter, como por ejemplo, el finiquito laboral, una carta de despido, renuncia que conste por escrito y notificada al empleador.

---

[261] Vocablo reemplazado por Circular IF N° 389, de 25.08.2021.
[262] Circular IF N° 178, 25.10.12.
[263] Párrafo reemplazado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[264] Circular IF N°204, 04.12.2013. Párrafo reemplazado por Circular IF N° 389, de 25.08.2021, y por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[265] Párrafo modificado por la Circular IF/Nº348, de 31 de enero de 2020, modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.

c) La situación de cesantía informada por el afiliado, en la forma y plazos convenidos, deberá ser registrada y formalizada por la isapre, a través de la suscripción de un FUN tipo 4 o de la correspondiente carta de desafiliación, según cuál sea la opción del cotizante.

De incumplirse esta instrucción, no se generará para el cotizante obligación de pago de las cotizaciones devengadas con posterioridad a la fecha en que se materializó el aviso correspondiente, a menos que haya hecho uso de los beneficios pactados.

Cuando la situación de cesantía sea comunicada personalmente por el cotizante en la respectiva Institución de Salud, ésta deberá adoptar las medidas tendientes a informarle, en ese mismo acto, que esa sola condición no constituye una causal de término del contrato de salud, por lo que de no mediar una modificación del plan vigente o la desafiliación de la Institución, el contrato de salud se mantendrá inalterado en las mismas condiciones pactadas originalmente, quedando el cotizante obligado al pago de las cotizaciones de salud y la isapre a financiar las prestaciones de salud que éste y sus beneficiarios requieran.

5. Eliminado*[266]*

6. Prohibición del cobro al afiliado, y al empleador en el caso de trabajadores dependientes, de las cotizaciones de salud adeudadas en períodos de incapacidad laboral por permiso Ley SANNA.[267]

En virtud de la Ley Nº 21.063, durante los períodos de incapacidad laboral por permiso con cargo al Seguro Ley SANNA, el cotizante, y el empleador en el caso del trabajador dependiente, no son los responsables del pago de las cotizaciones de previsión y de salud, razón por la que la isapre no podrá efectuar acciones de cobro en contra de ellos, por deudas de cotizaciones generadas en períodos en los que se haya hecho uso del subsidio establecido en esta Ley.

[266] Eliminado por Circular IF Nº 152, del 30 de junio de 2011.

[267] Circular IF/N° 318, de 13.11.2018.

Título V: Regularización de cotizaciones mal enteradas[268] [269]

I. Definiciones

Para efecto de las presentes instrucciones, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se señala:

1) **Cotizaciones mal enteradas o CME:** Son aquellos montos que, correspondiendo a la cotización legal de salud, cotización adicional voluntaria y/o aporte adicional del empleador y la cotización de salud recibida a través de la Tesorería General de la República incluidos los respectivos reajustes, son percibidos por el FONASA o una isapre determinada, en circunstancias que su destino era otra institución de salud.[270]

2) **Aseguradora de origen**: es aquella entidad - isapre o FONASA - que recibe las cotizaciones mal enteradas y sobre la cual pesa la responsabilidad de su oportuno y correcto traspaso.

3) **Aseguradora de destino**: es aquella entidad - isapre o FONASA - que debe percibir efectivamente las cotizaciones mal enteradas. Esta aseguradora tiene la responsabilidad de confirmar la información de las cotizaciones que son consultadas por la aseguradora de origen, de acuerdo al proceso de regularización contemplado en el numerando III siguiente.

II. Origen de las cotizaciones mal enteradas

Los valores percibidos por una aseguradora en calidad de CME pueden provenir de cotizantes que nunca han estado afiliados en esa aseguradora, de aquéllos que habiendo estado afiliados a una isapre han dejado de pertenecer a ella, o de los que, habiendo suscrito un contrato de salud, aún no les es exigible la obligación de pago de la cotización. Cualquiera sea el caso, dichos valores deberán ser traspasados a la entidad que corresponda, según lo dispuesto en el numerando III siguiente.

III. Proceso de regularización masiva de CME

A. Devolución masiva de CME en isapres

La regularización de los saldos que se originen por cotizaciones mal enteradas en los procesos de recaudación mensual de las isapres, constará de las siguientes etapas:

1) **Etapa de Confirmación[271]**

a) La isapre de origen enviará, hasta el último día hábil del mes siguiente al de su recaudación mensual, al resto de las isapres registradas en esta Superintendencia, una comunicación escrita por medio electrónico y un archivo, según los Anexos N° 2 y N° 3, respectivamente, con el inventario de las CME recibidas durante el mes anterior, a fin de que cada isapre de destino identifique si dichos montos corresponden a afiliados y beneficiarios vigentes en el período consultado.

b) Las isapres de destino deberán dar respuesta al requerimiento citado precedentemente, hasta el día 15 del mes siguiente de recibida la información de la isapre de origen, mediante comunicación escrita -según el Anexo N° 4- informando si la persona se encontraba vigente en su isapre como titular o beneficiario, en el

[268] Circular IF/N° 164, del 3 de enero de 2012, que "Imparte instrucciones sobre la regularización de cotizaciones mal enteradas"
[269] Modificado por Circular IF/N° 286, del 09 de junio de 2017.
[270] Definición reemplazada por Circular IF/N° 376, de 2020.
[271] Letras a) y b) ajustadas por Circular IF/N° 376, de 2020.

período consultado, según el archivo del Anexo N° 3, llenando los campos pertinentes para acreditar su propiedad.

En el evento que la isapre de destino no tenga ningún beneficiario por confirmar bastará que le informe a la isapre de origen dicha situación, a través de un correo electrónico, en el mismo plazo indicado precedentemente.

2) Etapa de Traspaso[272]

a) Una vez recibida la totalidad de las respuestas incluidas en la comunicación mensual, la isapre de origen deberá efectuar los traspasos de las CME, hasta el último día hábil del mes en que se reciba la confirmación de la isapre de destino, a las isapres que hayan informado que las personas consultadas eran beneficiarios vigentes en el período indicado. Para estos efectos, la isapre de origen deberá utilizar el archivo y la comunicación escrita, detallados en los Anexos N° 3 y N° 5, respectivamente.

Las isapres deben adoptar todas las medidas tendientes a identificar correctamente la isapre destinataria de dichos fondos, agotando todas las gestiones para la debida regularización de las CME, pudiendo valerse, a lo menos, de los siguientes medios: a través del mecanismo de confirmación de que trata el número 1) de este numerando III y mediante otros procedimientos y tecnologías de consulta e intercambio de información que se puedan desarrollar y estén disponibles, que aseguren la debida confidencialidad de datos y la oportunidad de las confirmaciones.

Dichos procedimientos y tecnologías de consulta e intercambio de información podrán ser desarrollados por una empresa con la cual la isapre suscriba convenios de prestación de servicios para la normalización de las CME, que regulen la relación jurídica entre ambas.

b) Las cotizaciones mal enteradas de las personas que no fueron confirmadas como beneficiarias en alguna de las isapres consultadas y que correspondan a la cotización legal para salud, deberán ser traspasadas por la isapre de origen, en forma íntegra al FONASA, según el archivo y la comunicación escrita definidos en los Anexos N° 3 y N° 5, respectivamente.

Lo anterior, por cuanto, la cotización legal de salud correspondiente a las personas que no forman parte integrante de un contrato de salud en una isapre, ya sea en calidad de titular o de carga, debe enterarse en el Fondo Nacional de Salud.[273]

Todas aquellas CME que no fueron confirmadas por la isapre de destino deberán traspasarse al FONASA hasta el último día hábil del mes en que vence el plazo para recibir la confirmación de las Instituciones.

En cuanto a las cotizaciones adicionales voluntarias y aportes del empleador, su devolución se sujetará a lo establecido en el punto 4 de esta letra A.

c) Corresponde a la isapre de destino el derecho a cobrar los intereses y reajustes, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 186 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Para el efecto descrito, dicha institución podrá, en caso que así lo determine, cobrar directamente a la entidad encargada del pago de la cotización correspondiente al afiliado involucrado, los intereses y reajustes que correspondan.[274]

Los reajustes de las cotizaciones de salud de los trabajadores independientes cuyos pagos, con cargo a las sumas retenidas por el Servicio de Impuestos Internos, son efectuados por la Tesorería General de la

[272] Letras a) y b) ajustadas por circular IF/N° 376, de 2020.
[273] Reemplazado por Circular IF/N° 376, de 2020.
[274] Expresión “, según la tabla que emite mensualmente esta Superintendencia”, suprimida por Circular IF/275, de 2016.

República, pasan a formar parte de las cotizaciones de salud de los titulares del respectivo contrato de salud, ya sea que correspondan al mismo afiliado o a un beneficiario de dicho contrato.[275]

3) Etapa de notificación al afiliado y entidad encargada del pago de la cotización

a) Comunicación a efectuar por la isapre de Origen

La isapre de origen deberá enviar a la entidad encargada del pago de la cotización, por correo certificado, correo privado o correo electrónico, una carta explicativa comunicándole la circunstancia de haberse enterado erróneamente la cotización de salud correspondiente a uno o más de sus trabajadores y pensionados, y la aseguradora a la cual fueron traspasadas, según el formato contenido en el Anexo N° 7.

El plazo que tiene la isapre para comunicar dicha situación es hasta el último día hábil del mes subsiguiente al de la recaudación.

La isapre de origen deberá comunicar dicha eventualidad una sola vez a aquella entidad encargada del pago de la cotización que entere CME durante dos o más meses seguidos, dentro de un año calendario.

Con todo, por un período de seis meses, deberá poner a disposición de las entidades encargadas del pago de la cotización y cotizantes, a través de su página web, una consulta sobre las CME que han sido traspasadas durante los últimos seis meses, conforme las precisiones que se indican en el numerando V "Disposiciones Varias".

b) Comunicación a efectuar por la isapre de Destino

La isapre de destino, dentro de los primeros 10 días hábiles posteriores a la fecha de recibido el traspaso de sus cotizaciones desde la aseguradora de origen, deberá comunicar dicha situación a sus afiliados vigentes, a través de mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por éstos, y si no la tuvieren, deberá hacerse mediante la remisión a sus domicilios de una carta por correo certificado o simple, utilizando el formato de la comunicación establecida en el Anexo N° 7, que deberá adaptar a esta situación[276].

Con todo, por un período de seis meses, deberá poner a disposición de las entidades encargadas del pago de la cotización y cotizantes, a través de su página web, una consulta sobre las CME que han sido recibidas durante los últimos seis meses, conforme las precisiones que se indican en Disposiciones Varias.

4) Devolución de Cotizaciones Adicionales Voluntarias y Aportes Adicionales correspondientes a personas afiliadas en FONASA

Las isapres deberán efectuar, por lo menos una vez al año, devoluciones de los montos adeudados por concepto de cotizaciones de salud mal enteradas correspondientes a la cotización adicional voluntaria de personas afiliadas al FONASA y/o los aportes adicionales de sus empleadores que excedían la cotización mínima legal traspasada al FONASA, según las siguientes reglas:

a) Los valores enterados en la isapre por este concepto, deberán ser devueltos por éstas a las personas involucradas antes del 30 de abril de cada año, respectos de los montos acumulados al 31 de diciembre del año anterior.

b) Para hacer efectiva la devolución de los montos adeudados por concepto de cotizaciones de salud mal enteradas correspondientes a la cotización adicional voluntaria y/o a los aportes adicionales de sus empleadores, la isapre de origen deberá extender un cheque nominativo a nombre del cotizante o el

[275] Párrafo incluido por Circular IF/N° 376, de 2020.
[276] Párrafo reemplazado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

empleador, según corresponda, y remitirlo por correo certificado, o poner a disposición de éste un vale vista para ser cobrado en cualquier sucursal del Banco que lo emitió, indicándole el plazo para retirar y cobrar el documento, o efectuar un depósito o transferencia electrónica en una cuenta corriente, en una cuenta vista bancaria o en una cuenta de ahorro, cuyo titular sea la persona cotizante o el empleador, según corresponda.

c) La modalidad de pago que la institución adopte en cada situación, deberá ser comunicada al interesado mediante una carta que indique los motivos y el detalle de la devolución.

d) En el evento que la isapre no cuente con el domicilio de la persona cotizante, deberá comunicar al empleador sobre la situación y, además, informar a través de su página web, por un período de seis meses, acerca de esta devolución masiva, señalando los RUN de cada uno de las personas a quienes adeuda y los mecanismos para hacer efectivo su cobro, ajustándose al plazo dispuesto en la letra a) precedente.

e) No obstante lo anterior, las isapres podrán efectuar voluntariamente devoluciones masivas extraordinarias para regularizar los saldos pendientes a otras fechas, debiendo comunicar esta devolución hasta el último día hábil del mes en que ésta se efectúa.

El proceso de regularización de cotizaciones mal enteradas en isapres se grafica en el Anexo N° 1.

B. Devolución masiva de CME en FONASA

i)El FONASA, de acuerdo a la información que se encuentre disponible en sus sistemas de información, remitirá a las isapres, en forma mensual[277], un inventario con las cotizaciones mal enteradas que fueron identificadas en cada ejercicio, acompañando una comunicación y un archivo conforme a las definiciones de los Anexos N° 2 y N° 3.

Las isapres dispondrán de los mismos plazos descritos en la letra A precedente para confirmar la titularidad sobre las cotizaciones consultadas y deberá contar con los respaldos digitales que justifiquen su pretensión, adjuntando el archivo y la carta definidos en los Anexos N° 3 y N° 4, respectivamente.

El FONASA por su parte, una vez recibidas las respuestas incluidas en la consulta mensual, cuyo envío es obligatorio para la totalidad de las isapres, deberá efectuar los traspasos de las CME correspondientes a los titulares y beneficiarios de un contrato de salud, hasta el último día hábil del mes en que recibió la confirmación de la isapre utilizando el archivo y la comunicación escrita, detallados en los Anexos N° 3 y N° 5, respectivamente.[278]

[279]

ii) Con la finalidad de efectuar la regularización de las CME en forma oportuna e identificar correctamente la isapre destinataria de dichos fondos, FONASA podrá utilizar otros procedimientos de consulta e intercambio de información que se puedan desarrollar y estén disponibles en las isapres o en alguna base de datos de un tercero que haya suscrito un convenio con dichas instituciones para la normalización de las CME.

IV. Proceso de regularización de CME por solicitud directa

1) La aseguradora de destino podrá solicitar a la aseguradora de origen, mediante comunicación escrita señalada en el Anexo N° 6, el traspaso de CME, ya sea a petición del responsable del pago de la cotización y/o el afiliado o por antecedentes que disponga la propia aseguradora.

[277] Modificado por Circular IF/N° 376, de 2020.
[278] Párrafo reemplazado por Circular IF/N° 376, de 2020.
[279] Recuadro y frase que lo precedía, eliminados por Circular IF/N° 376, de 2020.

Si la aseguradora de origen detecta que hay montos pendientes de cobro que no fueron detallados en la solicitud, deberá informarlos e incluirlos en la devolución correspondiente, previa confirmación de la aseguradora de destino.

El plazo máximo para el reintegro de las CME será hasta el último día hábil del mes siguiente[280] de recibida la respectiva solicitud en la aseguradora de origen.

2) Las solicitudes de devolución de CME que efectúen las isapres a FONASA, correspondientes a los titulares y beneficiarios de un contrato de salud, deben acompañarse de un archivo computacional con firma electrónica avanzada, de acuerdo al formato definido en el Anexo N° 3 (el mismo usado para la confirmación, pero indicando el FUN vigente del contrato de salud en el que se encuentre el beneficiario durante el periodo correspondiente a la cotización).

FONASA deberá proceder a la devolución de las cotizaciones mal enteradas solicitadas por las instituciones de salud de destino hasta el último día del mes siguiente de recibida la solicitud, correspondiente a los RUN de los beneficiarios de las Isapres.

Tratándose de cotizaciones que no han sido reportadas a FONASA por la institución recaudadora, las isapres deberán enviar el archivo descrito en el Anexo N°3, informando además el campo “Número de Serie”, “RUT entidad recaudadora” y “DV entidad recaudadora”.[281]

Una vez recibida la confirmación y cargada la recaudación en la cuenta corriente de FONASA, se procederá al traspaso de las CME. Si la entidad recaudadora responde y traspasa las cotizaciones dentro de los primeros 15 días de un mes, FONASA devolverá dentro de los 15 días siguientes del mismo mes. Si la entidad recaudadora responde los últimos 15 días de un mes, FONASA devolverá dentro de los 15 primeros días del mes siguiente.

3) Respecto de las solicitudes que efectúa el FONASA, la isapre de origen deberá traspasar a dicho Fondo los valores correspondientes a la cotización legal obligatoria equivalente al 7% de la remuneración o renta imponible o pensión del cotizante.

Las cotizaciones adicionales voluntarias y aportes adicionales deberán ser devueltos por la isapre al afiliado o a la entidad encargada del pago de la cotización, según corresponda, en la oportunidad establecida en el numerando III, A. punto 4, anteriormente señalado.

V. Disposiciones varias

1) Formalidades del traspaso

El traspaso de las CME podrá efectuarse mediante transferencia electrónica de fondos o a través de un cheque nominativo y cruzado a nombre de la aseguradora de destino.

Cualquiera sea el medio de pago que la aseguradora de origen utilice para efectuar el traspaso de CME, deberá realizar el depósito en la cuenta corriente de la aseguradora de destino, de tal modo que los fondos se encuentren disponibles, a más tardar, el día que vence el plazo para efectuar dicho traspaso.[282]

2) Plazos

Para todos los efectos previstos en esta normativa, los plazos son de días hábiles, considerándose inhábil el día sábado, domingo y festivos. Si un plazo recayese en un día inhábil, éste vencerá el día hábil siguiente.

3) Archivos

[280] Modificado por Circular IF/N° 376, de 2020.
[281] Párrafos 1al 3 reemplazados por Circular IF/N° 376, de 2020.
[282] Párrafo incorporado mediante Circular IF/N° 293, de 26.09.2017.

Para efectos de facilitar las fiscalizaciones que eventualmente se practiquen sobre esta materia, las instituciones de salud deberán mantener a disposición de la Superintendencia de Salud, la información que dé cuenta de los traspasos de fondos efectuados por las aseguradoras de origen y las confirmaciones de las aseguradoras de destino en cada ejercicio y los respaldos de correo y/o de comunicaciones electrónicas.

Por su parte, las instituciones de salud deberán conservar copia de la documentación que permita acreditar el cumplimiento de las notificaciones efectuadas a las entidades encargadas del pago de la cotización y personas cotizantes.

4) Medios de transmisión de la información

Las instituciones de salud deben usar medios de transmisión electrónica para remitir archivos digitales con todos los elementos de seguridad que sean necesarios para garantizar la recepción oportuna e íntegra de la información. Por su parte, deberán confirmar y resolver las diferencias detectadas, directamente con los responsables y encargados de cada etapa en el proceso, en las respectivas entidades.

Para dar cumplimiento a las formalidades que trata esta norma, las instituciones de salud deberán generar los elementos necesarios que permitan la verificación del traspaso de la información con la finalidad de evitar el repudio y/o el desconocimiento de las transacciones electrónicas realizadas.

En este sentido las instituciones de salud serán recíprocamente responsables de definir las unidades y personal encargado para gestionar el envío y recepción de la información, así como también los medios por los cuales se tomará contacto utilizando, a modo de ejemplo, el portal web institucional de cada entidad, lo que deberá ser formalmente comunicado entre ellas previo al inicio de cada proceso, previniendo cualquier aspecto que pueda afectar la oportunidad e integridad de las operaciones.

En caso de habilitar para tal efecto sus portales web institucionales, se deberán considerar las opciones que permitan dar cuenta de los archivos remitidos y las comunicaciones contenidas en los Anexos N° s 2, 3, 4, 5 y 6, permitiendo también el acceso en caso de procesos de fiscalización.

5) Registro contable en las isapres

Desde el momento que la institución constata que ha recibido cotizaciones y sus respectivos reajustes[283] que no le pertenecen, deberá registrar dichos montos en una cuenta de pasivos, específicamente, en la subcuenta “Cotizaciones Mal Enteradas” de la F.E.F.I.

6) Controles del Proceso

En el evento que sea disputada la propiedad de las cotizaciones por más de una entidad, ya sea en el proceso de devolución masiva o por solicitud directa, dicha propiedad será resuelta por las propias instituciones de salud, de acuerdo a los antecedentes contractuales ajustados a la normativa vigente.

7) Información en Portal Web Institucional[284]

Para efectos de lo dispuesto en el numerando III, A, puntos 3 y 4 de las presentes instrucciones, las isapres deberán publicar en sus páginas web, en un lugar destacado y de fácil acceso -según formato que se describe en Anexo N° 8- la siguiente información:

a. Los cotizantes, empleadores, entidades pagadoras de pensiones y la Tesorería General de la República por los cuales se registren CME traspasadas a otras instituciones de salud.
b. Los cotizantes y entidades encargadas del pago de la cotización para los cuales hay devolución de cotizaciones adicionales voluntarias y/o aportes adicionales.
c. Los cotizantes, empleadores, entidades pagadoras de pensiones y la Tesorería General de la República por los cuales se hayan recibido CME desde otras instituciones de salud.

[283] Expresión incorporada por Circular IF/N° 376, de 2020.
[284] Letras a, b y c ajustadas por Circular IF/N° 376, de 2020.

Para formular una consulta bastará que el usuario ingrese su RUN o RUT, según corresponda -sin necesidad de clave alguna- y el detalle de la información que se desplegará será, a lo menos, el tipo de cotización, período de remuneración, estado en que se encuentran las cotizaciones, nombre aseguradora de destino u origen.

Esta información deberá ser publicada durante los 10 días hábiles posteriores a la fecha de las CME traspasadas y las CME recibidas y mantenerse publicada por al menos 6 meses.

8) Facultad de suscripción de convenios

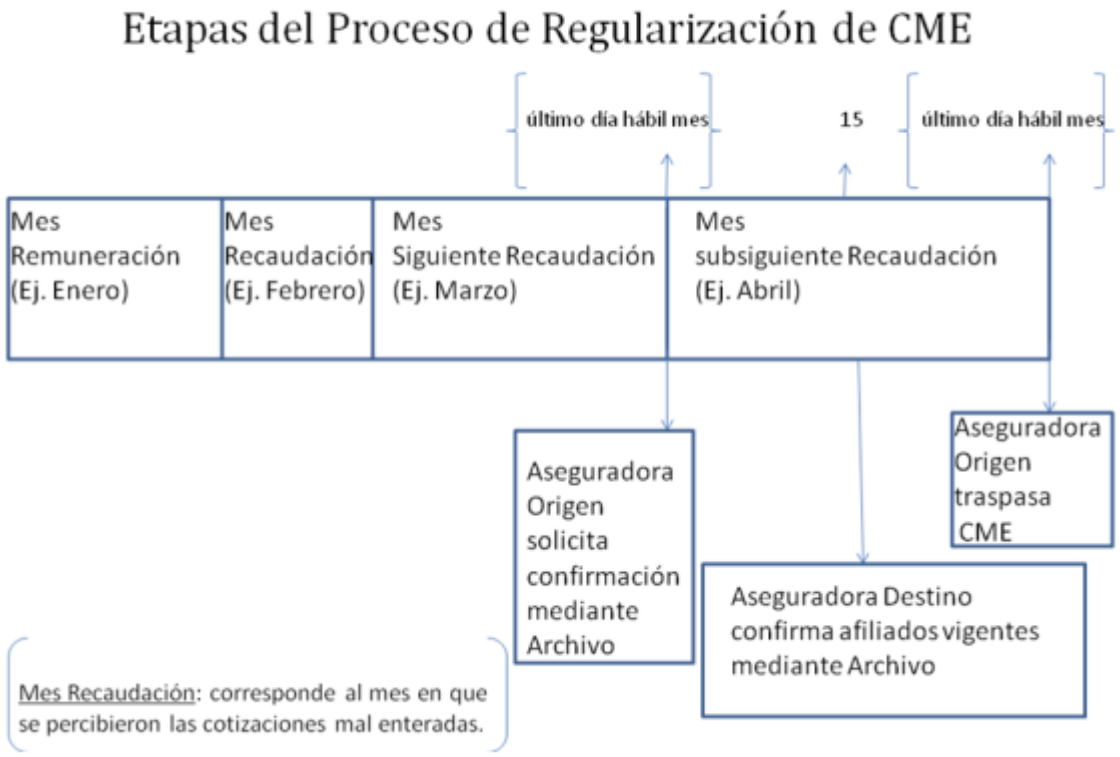
Tanto las isapres como FONASA podrán suscribir convenios con un tercero para la utilización de información de las personas que pertenezcan a las isapres y sus cotizaciones, para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el numerando III, letra A y letra B y numerando IV. Dichos convenios deben incluir cláusulas de seguridad de la información y protección de datos de carácter personal, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 19.628, y contemplar los mecanismos de seguridad utilizados para dar cumplimiento a la gestión encomendada.

La empresa con la que las instituciones de salud hayan suscrito convenios deberá proporcionarles la información necesaria a objeto de que el proceso de CME sea eficiente y expedito.

VI. Información de las devoluciones masivas y directas

El FONASA y las isapres deberán informar semestralmente a esta Superintendencia los traspasos y devoluciones masivas y por solicitud directa definidas precedentemente, según los formatos indicados en el Anexo N° 9.**”**

Anexo N° 1


Etapas del Proceso de Regularización de CME
último día hábil mes
15
último día hábil mes
Mes Remuneración (Ej. Enero)
Mes Recaudación (Ej. Febrero)
Mes Siguiente Recaudación (Ej. Marzo)
Mes subsiguiente Recaudación (Ej. Abril)
Aseguradora Origen solicita confirmación mediante Archivo
Aseguradora Origen traspasa CME
Aseguradora Destino confirma afiliados vigentes mediante Archivo
Mes Recaudación: corresponde al mes en que se percibieron las cotizaciones mal enteradas.

Anexo N° 2[285]

Carta solicitud verificación de Beneficiarios

Formato de comunicación enviada por Aseguradora de Origen para verificar si una persona era beneficiario de la Aseguradora de Destino en el período indicado

Señores

Según normativa de la Superintendencia de Salud, a través de la que se instruye consultar y confirmar con las distintas aseguradoras, el destino de las cotizaciones mal enteradas existentes en nuestra isapre, solicitamos a esa Institución verifique e informe si los cotizantes señalados en archivo adjunto se encuentran vigentes como titular o beneficiario cotizante para el período de remuneración indicado.

Si se requiere información adicional, agradeceremos contactarse con nuestra Unidad de ..... Sr(a)....., correo electrónico .....@aseguradora.cl

REPRESENTANTE ASEGURADORA ORIGEN

[285] Ajustado por Circular IF/N° 376, de 2020.

Anexo N° 3[286]

Conjuntamente con las cartas señaladas en los Anexos N° s 2, 4, 5 y 6, cada aseguradora de origen y destino, según corresponda y el FONASA, remitirán un archivo con el detalle de las consultas, confirmaciones y traspasos en un formato único, completando los datos que correspondan a su calidad, según el siguiente detalle:

FORMATO PARA CONSULTA, CONFIRMACIÓN Y TRASPASO DE COTIZACIONES MAL ENTERADAS

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
02	DV de la Persona Cotizante	Alfanumérico
03	Número Planilla de Cotización	Numérico
04	RUT Entidad encargada del pago de la cotización	Numérico
05	DV Entidad encargada del pago de la cotización	Alfanumérico
06	Nombre o Razón Social de la Entidad encargada del pago de la cotización	Alfanumérico
07	Remuneración Imponible	Numérico
08	Cotización Legal Obligatoria	Numérico
09	Cotización Adicional Voluntaria	Numérico
10	Cotización total Pagada	Numérico
11	Mes de Remuneración	Numérico
12	RUT Institución recaudadora	Numérico
13	DV Institución recaudadora	Alfanumérico
14	RUT Aseguradora de Destino	Numérico
15	DV Aseguradora Destino	Alfanumérico
16	Código Aseguradora Destino	Numérico
17	Folio FUN	Numérico
18	Código Aseguradora Origen	Numérico
19	Motivo del No Traspaso	Alfanumérico

A) Para realizar la consulta desde la aseguradora de origen a la de destino, deben llenarse los campos (01) RUN de la Persona Cotizante, (02) DV de la Persona Cotizante y (11) Mes de Remuneración.

B) Para la confirmación, la aseguradora de destino debe llenar los campos (14) RUT Aseguradora de Destino, (15) DV Aseguradora Destino, (16) Código Aseguradora Destino y (17) Folio FUN.

Las respuestas de las confirmaciones deben contener la totalidad de los registros de los archivos originales.

C) Los traspasos hacia las isapres de destino deben contener la totalidad de los registros faltantes.

[286] Ajustado por Circular IF/N° 376, de 2020.

DEFINICIONES

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	RUN de la Persona Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante y que corresponde al informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.
02	DV de la Persona Cotizante	Corresponde al dígito verificador del RUN de la persona cotizante que corresponde al informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.
03	Número Planilla de Cotización	Corresponde al número de serie de la planilla de pago de cotizaciones.
04	RUT Entidad encargada del pago de la cotización	Corresponde al Rol Único Tributario de la Entidad encargada del pago de la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de los afiliados independientes y voluntarios, se debe repetir el RUN del afiliado.
05	DV Entidad encargada del pago de la cotización	Corresponde al Digito verificador de Rol Único Tributario del Empleador o Entidad encargada del pago de la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de los afiliados independientes y voluntarios, se debe repetir el DV del RUN del afiliado.
06	Nombre o Razón Social Entidad encargada del pago de la cotización	Corresponde al nombre o razón social de la Entidad encargada del pago de la cotización que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.
07	Remuneración Imponible	Indica el monto en pesos de la remuneración, pensión o renta en el período que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse el campo de la Planilla correspondiente.
08	Cotización Legal Obligatoria	Corresponde al monto en pesos de la cotización legal obligatoria que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse al campo de la planilla correspondiente.
09	Cotización Adicional Voluntaria	Corresponde al monto por concepto de cotización adicional voluntaria que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse el campo de la planilla correspondiente.

10	Cotización total Pagada	Corresponde al monto total en pesos pagado, que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica, de acuerdo a cada persona cotizante, por entidad empleadora o encargada de la pensión, o bien, cotizante independiente o voluntario.
11	Mes de Remuneración	Corresponde al mes y año (mm/aaaa) en que se devengó la cotización, esto es el mes de la remuneración sobre la que se calculó y descontó la cotización de salud de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.
12	RUT Institución recaudadora	Corresponde al Rol Único Tributario de la entidad encargada de recaudar las cotizaciones.
13	DV Institución recaudadora	Corresponde al digito verificador del Rol Único Tributario de la entidad encargada de recaudar las cotizaciones.
14	RUT Aseguradora de Destino	Corresponde al Rol Único Tributario de la isapre que recibe el Archivo y confirma si la persona es beneficiaria vigente en el período consultado.
15	DV Aseguradora de Destino	Corresponde al Digito verificador de Rol Único Tributario de la Aseguradora de Destino.
16	Código Aseguradora Destino	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.
17	Folio FUN	Corresponde al número de folio indicado en el anverso del Formulario Único de Notificación de la persona beneficiaria en la Aseguradora de Destino vigente en el período consultado.
18	Código Aseguradora Origen	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.
19	Motivo del No Traspaso	Corresponde indicar la causa por la que no se traspasarán las CME

Características generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	-El archivo deberá indicar el nombre que corresponda a la acción que se está ejecutando, esto es, “Archivo de Consulta de CME”, “Archivo de Confirmación de CME”, “Archivo de Traspaso de CME”.
Características del Archivo	- Archivo TXT - Un registro por línea - Separador de campo carácter pipe (|)
Información contenida en el Archivo	-Detalle de la información en proceso de consulta, confirmación y traspaso de cotizaciones mal enteradas. -La Aseguradora de Origen deberá completar los campos requeridos N° (12) “RUT Institución recaudadora” y N° (13) “DV Institución recaudadora”, en la medida que disponga de dicha información. -Los datos que se consignen en los respectivos Archivos deberán corresponder a los contenidos en las respectivas planillas de cotizaciones, salvo el campo Folio FUN y Código Aseguradora respectiva.
Periodicidad de envío del Archivo	-Mensual

Anexo N° 4[287]

Carta confirmación de Beneficiarios

Formato de comunicación de respuesta de Aseguradora de Destino para confirmar que una persona era titular o beneficiario en el período indicado

A raíz del proceso mensual de regularización de cotizaciones mal enteradas, se confirma que las personas cotizantes identificadas, se encontraban vigentes en los períodos informados según el archivo adjunto.

Para efectos de realizar los traspasos, los datos correspondientes a la isapre son los siguientes:

Razón Social isapre :
RUT isapre :
N° Cuenta Corriente :
Banco :
Monto confirmado :

Si se requiere información adicional, agradeceremos contactarse con nuestra Unidad de ..... Sr(a)....., correo electrónico .....@aseguradora.cl

REPRESENTANTE ASEGURADORA DE DESTINO

[287] Ajustado por Circular IF/N° 376, de 2020.

Anexo N° 5

Carta de Traspaso de CME

Formato de comunicación para devolución de cotizaciones mal enteradas: Las cartas que sean remitidas a la aseguradora de destino, junto al respectivo traspaso de cotizaciones mal enteradas, deberán estipular el siguiente texto:

A raíz del proceso mensual de regularización de cotizaciones mal enteradas, traspasamos a (Nombre aseguradora) ....., R.U.T....., mediante (medio de traspaso)..... los montos que hemos percibido por concepto de cotizaciones mal enteradas de cotizantes de esa aseguradora en el período indicado según el archivo adjunto.

*Sólo en caso de transferencia electrónica o depósito en cuenta corriente:

Los montos traspasados se depositaron en su cuenta corriente con el cheque N°....del Banco..., según el siguiente detalle:

Razón Social isapre :
RUT isapre :
N° Cuenta Corriente :
Banco :
Monto :
Fecha :

Los montos traspasados se transfirieron electrónicamente a su cuenta corriente según el siguiente detalle:

Razón Social isapre :
RUT isapre :
N° Cuenta Corriente :
Banco :
Monto :
Fecha :

Si se requiere información adicional, agradeceremos contactarse con nuestra Unidad de ..... Sr(a)....., correo electrónico .....@aseguradora.cl

REPRESENTANTE ASEGURADORA DE ORIGEN

Anexo N° 6[288]

Carta de solicitud directa de CME

Formato de comunicación para solicitud de cotizaciones mal enteradas: Las cartas que sean remitidas a la aseguradora solicitando la devolución de CME, deberán contener el siguiente texto:

Solicitamos a (aseguradora)....., la devolución de las cotizaciones mal enteradas, correspondientes a personas beneficiarias de (nombre aseguradora solicitante).....en el período indicado de acuerdo al archivo adjunto.

En caso de efectuarse la devolución mediante transferencia electrónica la cuenta corriente dispuesta para tal efecto corresponde al siguiente detalle:

Razón Social isapre :
RUT isapre :
N° Cuenta Corriente :
Banco :

Si se requiere información adicional, agradeceremos contactarse con nuestra Unidad de ..... Sr(a)....., correo electrónico .....@aseguradora.cl

REPRESENTANTE ASEGURADORA

[288] Ajustado por Circular IF/N° 376, de 2020.

Anexo N° 7

Carta a la entidad encargada del pago de la cotización

Formato de carta de isapre de Origen a entidad encargada del pago de la cotización: Las cartas que sean remitidas a los empleadores y/o entidades encargadas del pago de la pensión, informándoles la circunstancia de haber enterado erróneamente las cotizaciones de salud correspondiente a uno o más de sus trabajadores y/o pensionados, deberá ajustarse al siguiente texto:

Por instrucciones de la Superintendencia de Salud, comunico a usted que (nombre aseguradora).....R.U.T....., ha recibido cotizaciones enteradas erróneamente por Ud., las que fueron traspasadas directamente a las aseguradoras que se detallan, y que corresponden a las siguientes personas:

En relación a las personas que se encontraban afiliados al Fondo Nacional de Salud y por los cuales enteró una cotización superior a la cotización obligatoria para salud, cabe señalar, que a dicho Organismo sólo fueron traspasados los montos correspondientes a la cotización obligatoria para salud y que el exceso de cotización enterada por usted se encuentra disponible en (indicar dirección a donde se debe dirigir el afiliado para solicitar la devolución de los excesos, sólo en caso que no se haya devuelto en forma masiva). No obstante lo anterior, cabe señalar que a lo menos una vez al año se procede a la devolución masiva de los aportes del empleador y de los adicionales voluntarios de la persona cotizante.

RUN trabajador	Nombre trabajador [1]	Período Cotización	Cotización enterada	Cotización traspasada	Aseguradora de destino de los fondos
XXX	XXXXXX	XXXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXX

Lo anterior se comunica a usted para su conocimiento y correcciones respectivas.

REPRESENTANTE ISAPRE

[1] El nombre del trabajador se deberá completar cuando la Aseguradora de Origen disponga de ese dato.

Anexo N° 8

Cotizaciones de Salud Mal Enteradas

Señor(a) Beneficiario(a)/Empleador(a)/Entidad encargada del pago de la Pensión:

De acuerdo a instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud, informamos a Ud. el estado de las cotizaciones de salud mal enteradas que han sido traspasadas y/o recibidas a la fecha por la aseguradora:

I.- Ingreso General

Ingrese el R.U.T del Beneficiario/Empleador/Entidad encargada del pago de la Pensión

R.U.T. _____ - _ (sin puntos)

[ACEPTAR] [BORRAR]

I.- Detalle Información

Tipo Cotización	RUT Entidad encargada pago cotización / RUN Cotizante	Período Remuneración	Estado Cotización	Nombre Aseguradora
Cotización Mal Enterada			**Traspasadas**	**Nombre aseguradora de Destino**
Cotización Mal Enterada			**Recibidas**	**Nombre aseguradora de Origen**
Cotización Adicional Voluntaria			**1.-Cobrado 2.-Pendiente cobro**	
Aporte Empleador			**1.-Cobrado 2.-Pendiente cobro**	

En caso de cotizaciones de salud correspondientes al adicional voluntario o aporte de empleador y que se encuentran pendientes de cobro, se deberá: indicar sucursal y medio para revalidar los documentos correspondientes.

Anexo N° 9

INFORME SEMESTRAL

Cuadro primer semestre (a informar hasta el 15 de agosto de XXXX)

Mes traspaso CME	Monto $ *	Aseguradora Destino *	Número de Personas *
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			

*Detallar por mes y aseguradora

Mes devolución Adicional Voluntario y Aporte Empleadores	Monto $	Número de Personas
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		

Cuadro segundo semestre (a informar hasta el 15 de febrero de XXXX)

Mes traspaso CME	Monto $ *	Aseguradora Destino *	Número de Personas *
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			

*Detallar por mes y aseguradora

Mes devolución Adicional Voluntario y Aporte Empleadores	Monto $	Número de Personas
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		

Anexo N° 10 Eliminado[289]

[289] Anexo N°10 que se refiere a la devolución de cotizaciones de salud pagadas en exceso en FONASA, eliminado por Circular IF/275, de 2016.

Título VI: Eliminado[290]

Título VII: Procedimientos especiales de notificación del FUN al IPS, a Mutualidades de Empleadores, a las Compañías de Seguros, a las AFP y a Empleadores del Sector Público [291]

1. Notificación al ex INP, actual Instituto de Previsión Social, y a las Mutualidades de Empleadores de la Ley Nº 16.744.

En los casos de pensionados que suscriben un contrato con una isapre o modifican el ya existente, pueden producirse problemas en lo que respecta a la notificación del Formulario Único de Notificación (F.U.N.) por parte de la entidad pagadora de la pensión y en el consiguiente descuento y pago de la cotización de salud pactada por las partes.

Ello se produce por cuanto al suscribirse un contrato de salud o modificarse el existente durante cualquier día de un mes, la isapre, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 184 del DFL Nº 1, tiene plazo para notificar al organismo pagador de la pensión hasta antes del día 10 del mes siguiente a dicha suscripción o modificación, época en la que las pensiones se encuentran procesadas computacionalmente y a veces comenzando su proceso de pago.

Por ende, al ser notificado el organismo pagador de pensión en la oportunidad señalada, se encuentra imposibilitado para efectuar el nuevo descuento para salud, debido a que ya ha efectuado la liquidación de la pensión del mes en la que se ha descontado el 7% para Fonasa o la cotización establecida en el contrato de salud que existía antes de la modificación, ya sea con la misma o con otra isapre.

Esta situación luego es reflejada en el proceso de declaración y pago de cotizaciones, enterándose una cotización diferente a la pactada y/o pagándose la cotización ante un organismo que no correspondía.

1.1. Recepción del formulario único de notificación

En razón de lo referido, las isapres deben notificar los FUN suscritos por pensionados del ex INP, actual IPS, o Mutualidades de Empleadores de la Ley Nº 16.744, hasta antes del día 10 del mes siguiente a la suscripción del contrato o modificación.

Lo anterior supone que la isapre debe practicar la notificación del F.U.N. a la entidad pagadora de la pensión hasta el día 9 del mes siguiente a la suscripción del contrato o modificación, notificación que deberá ser personal.

Las entidades pagadoras de pensión señaladas en el párrafo anteprecedente recibirán la notificación del Formulario Único de Notificación (F.U.N.), devolviendo a la isapre la copia que le pertenece a aquélla, debidamente firmada, timbrada y fechada, en un mismo acto, conservando la que es para la institución pagadora de la pensión, efectuando luego todos los procedimientos internos necesarios.

Cabe señalar que las entidades pagadoras de pensión deben recibir la aludida notificación. Si ello no ocurre, la isapre deberá informar la situación a la Superintendencia de Seguridad Social, dentro de los tres días hábiles siguientes a la negativa de la entidad pagadora de la pensión, indicando la oficina o sucursal en que se intentó efectuar la notificación y las razones por las cuales no se pudo llevar a cabo y fecha en que ello ocurrió, remitiendo copia del o de los F.U.N., la que podrá aplicar las sanciones a que se refiere el artículo 57 de la Ley N°16.395 o la normativa vigente, en su caso.[292] [293]

1.2. Regularización del destinatario de la cotización de salud y/o el monto de la misma

---

[290] Título VI eliminado a través de Circular IF/N° 164, del 3 de enero de 2012, que “Imparte instrucciones sobre la regularización de cotizaciones mal enteradas”

[291] Encabezado del Título modificado por la Circular IF 345, de 08.01.2020.
[292] Frase final, insertada por Circular IF/275, de 2016.
[293] La Ley Nº 16.395, 28.01.1996, Artículo 57.

Notificado el F.U.N. la entidad pagadora de la pensión deberá realizar las gestiones tendientes a regularizar el monto de la cotización de salud y/o el destinatario, lo que deberá efectuarse en el próximo proceso de liquidación de pensiones, de acuerdo con el procedimiento que se indica a continuación:

a) Si el F.U.N. es recibido dentro de los nueve primeros días del mes, pero cuando se ha efectuado el cierre interno por parte de la entidad pagadora de pensión, la nueva cotización se efectuará en el próximo proceso de pago de pensiones, oportunidad en que también se realizarán los descuentos del diferencial entre la nueva cotización y aquélla que se descontó en el pago de pensión anterior.

b) En aquellos casos en que los F.U.N. sean notificados después del día 9 del mes de que se trata, serán de todas formas recibidos por el ex Instituto de Normalización Previsional, actual IPS, o por las Mutualidades de Empleadores de la Ley Nº 16.744, pero dicha notificación surtirá efecto sólo a partir del mes siguiente al que se consigna en el F.U.N., sin que proceda pago retroactivo por el mes en que se recibió la notificación.

El ex Instituto de Normalización Previsional, actual IPS, y las Mutualidades de los Empleadores, deberán efectuar inmediatamente todas las diligencias que sean necesarias para la recuperación de la cotización para salud que hayan efectuado al Fonasa o a otra isapre, remitiéndola a la isapre de afiliación del pensionado.

1.3. Improcedencia de aplicar reajustes, intereses o multas a la entidad pagadora de la pensión

En la situación de que se trata en las letras A) y B) del punto anterior, la entidad pagadora de la pensión no puede dar cabal cumplimiento a la obligación de descontar la cotización correcta y/o pagarla a la entidad de verdadera afiliación del pensionado, en el proceso de pago de pensión del mes de la notificación, por una causa de fuerza mayor o caso fortuito en los términos del artículo 45 del Código Civil, cual es la imposibilidad de ajustar los descuentos de la pensión durante el mismo mes en que recibió el F.U.N., toda vez que los descuentos sobre las pensiones y los destinatarios de las cotizaciones ya están procesadas computacionalmente.

Reconociendo dicha causal de fuerza mayor o caso fortuito, no corresponde que se apliquen a las instituciones pagadoras de pensión las sanciones del inciso quinto del artículo 185 y en el artículo 186 del DFL Nº 1.

1.4. Causales por las cuales el ex INP, actual IPS, o las Mutualidades de Empleadores de la Ley Nº 16.744 pueden rechazar formularios únicos de notificación (F.U.N.)

Las entidades pagadoras de pensión podrán rechazar los F.U.N. que se les notifique, dentro del plazo de tres días hábiles, sólo cuando éstos contengan datos erróneos, tales como identificación del cotizante, su R.U.T., datos numéricos y la denominación de la razón social de dicha entidad pagadora de pensión.

En este caso, la entidad pagadora deberá devolver el formulario a la isapre, dejando constancia en su reverso de los motivos que originaron el citado rechazo, firma del encargado de la entidad pagadora, timbre y su fecha. La devolución del formulario con las observaciones deberá efectuarse con un procedimiento que evite su pérdida y pueda posteriormente acreditarse.

Para el efecto de corregir el F.U.N. que haya sido rechazado, la isapre debe completar un nuevo formulario, donde aparezcan subsanados los errores observados, señalando que este nuevo F.U.N. se extiende para rectificar y es en reemplazo del formulario anterior rechazado.

En todo caso, el formulario corregido será notificado a la entidad pagadora de la pensión, fecha desde la cual rige para todos los efectos.

2. Notificación a las Compañías de Seguros

2.1. De acuerdo a instrucciones impartidas por la Superintendencia de Valores y Seguros, las compañías de seguros que contratan rentas vitalicias previsionales están obligadas a recibir todos los Formularios Únicos de Notificación, con excepción de aquellos que adolezcan de datos erróneos, independientemente de su fecha de presentación.

Los Formularios Únicos de Notificación que presenten datos erróneos, específicamente en relación a la identificación del cotizante, su R.U.T. y a la denominación de la razón social de la compañía y R.U.T. de la misma, entre otros, serán rechazados por las compañías de seguros dejando constancia de los motivos que originaron el citado rechazo, al reverso del formulario.

En tales situaciones, las isapres deberán permitir a las referidas compañías, estampar la fecha, el timbre de la compañía y una constancia escrita de la o las causales de rechazo al reverso del respectivo F.U.N. Posteriormente, la isapre debe proceder a completar un nuevo F.U.N., corrigiendo los datos erróneos detectados, y presentarlo a la compañía de seguros respectiva para su notificación.

2.2. Los F.U.N. presentados dentro de los nueve primeros días de cada mes, pero después del cierre interno de la compañía respectiva, serán debidamente recibidos por las compañías de seguros. No obstante lo anterior, la nueva cotización sólo se efectuará al mes siguiente a aquél que se indica en el F.U.N., oportunidad en la que se realizarán los descuentos del diferencial entre la nueva y antigua cotización más el descuento correspondiente a la nueva cotización.

2.3. Los F.U.N. presentados con posterioridad al día 9 del mes de que se trata, serán recibidos por las compañías de seguros, pero las notificaciones surtirán efecto sólo a partir del mes siguiente. En otras palabras, la nueva cotización a descontar corresponderá a la del mes siguiente a aquél que se consigna en el F.U.N., sin considerar retroactividad.

3. Notificación a las AFP

3.1. Recepción del Formulario Único de Notificación

Las isapres, conforme al artículo 184 del DFL Nº 1, deben notificar los F.U.N. suscritos por pensionados de las AFP, hasta antes del día 10 del mes siguiente a la suscripción del contrato o modificación.

Las AFP recibirán la notificación del F.U.N., devolviendo a la isapre la copia que le pertenece a ésta, debidamente firmada, timbrada y fechada, en un mismo acto, conservando la que es para ella, efectuando luego todos los procedimientos internos necesarios.

3.2. Regularización del destinatario de la cotización de salud y/o el monto de la misma

Notificado el F.U.N., la AFP deberá realizar las gestiones tendientes a regularizar el monto de la cotización de salud y/o el destinatario, lo que deberá efectuarse en el próximo proceso de liquidación de pensiones, de acuerdo con el procedimiento que se indica:

Los F.U.N. recibidos dentro del plazo legal establecido en el artículo 184 del DFL Nº 1, es decir, dentro de los nueve primeros días del mes, pero después del cierre interno de la AFP, serán debidamente recibidos por las administradoras. No obstante lo anterior, la nueva cotización sólo se efectuará al mes siguiente a aquél que se indica en el F.U.N., oportunidad en la que se realizarán los descuentos del diferencial entre la nueva y la antigua cotización más el descuento correspondiente a la nueva cotización. El diferencial de cotización debe ir en una planilla de pago de cotizaciones separada, toda vez que corresponde a un período distinto.

Asimismo, la AFP efectuará, en los casos que proceda, la recuperación de la cotización de salud en la isapre antigua o en Fonasa, de acuerdo al siguiente procedimiento:

- Tratándose de la recuperación de la cotización de salud en una ISAPRE, esta última, a solicitud de las AFP, los empleadores, afiliados o ex-afiliados deberá efectuar el traspaso de las cotizaciones mal enteradas hasta el día quince del mes subsiguiente de recibida la respectiva solicitud
- Tratándose de la recuperación de la cotización de salud en Fonasa, las solicitudes de traspaso de cotizaciones presentadas por una AFP, los empleadores o afiliados, deberán ser tramitadas a través de la isapre donde debió efectuarse la correspondiente cotización de salud.

Por lo tanto, las respectivas AFP deberán efectuar inmediatamente todas las diligencias que sean necesarias para la recuperación de la cotización para salud que hayan efectuado a otra Institución de Salud Previsional o a Fonasa, mediante la solicitud por escrito a la isapre que corresponda, del traspaso de dicha cotización a la nueva entidad de afiliación del pensionado.[294]

[294] El procedimiento de recuperación de cotizaciones mal enteradas está regulado en el Título III de este Capítulo.

Los F.U.N. presentados con posterioridad al día nueve del mes de que se trata serán recibidos por la AFP, pero las notificaciones surtirán efecto sólo a partir del mes siguiente, de modo que la nueva cotización a descontar corresponderá a la del mes siguiente a aquél que se consigna en el F.U.N., sin que proceda pago retroactivo por el mes en que se recibió la notificación.

3.3. Improcedencia de aplicar reajustes, intereses o multas a la entidad pagadora de la pensión

En las situaciones descritas en las letras A) y B) del punto anterior, se configura una causal de fuerza mayor consistente en que la AFP no puede dar cabal cumplimiento a la obligación de descontar la cotización correcta y/o pagarla a la entidad de verdadera afiliación del pensionado, en el proceso de pago de pensión del mes de la notificación, dada la imposibilidad de ajustar los descuentos de la pensión durante el mismo mes en que recibió el F.U.N., toda vez que los descuentos sobre las pensiones y los destinatarios de las cotizaciones ya están procesadas computacionalmente.

Reconociendo dicha causal de fuerza mayor o caso fortuito, no corresponde que se apliquen a las instituciones pagadoras de pensión las sanciones del inciso quinto del artículo 185 y en el artículo 186 del DFL Nº 1.

3.4. Causales por las cuales las AFP pueden rechazar el F.U.N.

Los Formularios Únicos de Notificación que presenten datos erróneos, específicamente en relación a la identificación del cotizante, su R.U.T, datos numéricos y a la denominación de la razón social de la AFP y R.U.T de la misma, entre otros, serán rechazados por las Administradoras, dejando constancia de los motivos que originaron el citado rechazo, al reverso del formulario. También serán motivo de rechazo del FUN las siguientes causales: no afiliado a la administradora, no pensionado, traspasado a otra AFP o a una compañía de seguros, pensionado fallecido.

En tales situaciones, las isapres deberán permitir a las referidas AFP, estampar la fecha, el timbre de la Administradora y una constancia escrita de la o las causales de rechazo al reverso del respectivo F.U.N. Posteriormente, la isapre debe proceder a completar un nuevo F.U.N., corrigiendo los datos erróneos detectados, y presentarlo a la AFP respectiva para su notificación.

Las AFP podrán rechazar los F.U.N. que se les notifique, dentro del plazo máximo de dos días hábiles de recibidos éstos.

En todo caso, el formulario corregido será notificado a la entidad pagadora de la pensión, fecha desde la cual rige para todos los efectos.

3.5. Fecha de cierre de pago de pensiones de las AFP

Para conocimiento y fines pertinentes, en especial la oportuna notificación de los F.U.N. ante las Administradoras de Fondos de Pensiones, se informa que la fecha de cierre del proceso computacional de liquidación de pensiones de las AFP es el cuarto día hábil de cada mes.

4. Notificación a los Empleadores Públicos [295]

El Capítulo I, Títulos I, III y IV y el Capítulo VI, Título VI, todos del Compendio de Procedimientos, disponen que el plazo para notificar los F.U.N. al empleador o entidad del pago de la pensión, es hasta antes del día 10 del mes siguiente a la modificación o suscripción del contrato dé salud. Al respecto, y como consecuencia de la publicación del decreto de ajuste anual del Ministerio de Hacienda, que anticipa el proceso de pago de remuneraciones del Sector Público, correspondiente al último cuatrimestre de cada año, cuando el empleador es notificado dentro del plazo legal que regula la materia, se encuentra en ocasiones imposibilitado para efectuar correctamente el nuevo descuento para salud y/o enterarlo en la isapre de nueva afi liación, por haberse llevado a cabo el cierre del proceso de remuneraciones.

Ante la situación descrita, cuando se trate de la notificación de un F.U.N. relacionado con el proceso de suscripción o modificación del contrato de salud, a empleadores del Sector Público, durante el último cuatrimestre de cada año, se deberán realizar las siguientes gestiones tendientes a regularizar el monto de la cotización pactada:

[295] Numeral agregado por la Circular IF 345, de 08.01.2020.

Si el F.U.N. es recibido por la vía presencial o vía electrónica -en conformidad con las instrucciones vigentes sobre la materia- dentro de los nueve primeros días del mes, pero cuando ya se ha efectuado el cierre interno del proceso de remuneraciones, el empleador deberá recibir y/o aceptar la aludida notificación.

Por su parte, el descuento de la nueva cotización para salud se efectuará en el próximo proceso de pago de remuneraciones, oportunidad en que también se realizará el descuento del diferencial entre la nueva cotización y aquélla que se enteró en el pago de la remuneración anterior.

Tratándose de la recuperación de la cotización de salud efectuada en una ISAPRE o Fonasa, a propósito de la situación expuesta, se debe indicar que operará el procedimiento correspondiente a la regularización de Cotizaciones Mal Enteradas, comprendido en el Título V, Capítulo III del Compendio de Procedimientos.

En lo que respecta a la comunicación o notificación que deben enviar las isapres a los empleadores del Sector Público de la modificación del precio de las Garantías Explícitas en Salud (GES) -cuyo proceso y plazos se encuentra regulado en el en el Capítulo VI, Título III del Compendio en materia de Beneficios- se deberá operar en los mismos términos del procedimiento antes descrito, durante el último cuatrimestre de cada año.

Finalmente, cabe señalar que, en el contexto representado, se configura una causal de fuerza mayor consistente en la determinación por decreto, del proceso y pago de sueldos para el último cuatrimestre del año en curso. Es por ello que, reconociendo dicha causal de fuerza mayor o caso fortuito, contemplada en el artículo 45 del Código Civil, no corresponde que se aplique a los empleadores las sanciones del inciso quinto del artículo 185 y en el artículo 186 del DFL N°1.

Título VIII: Excesos de cotización

I. Definiciones

1. Cotización en exceso: Corresponde a la cotización percibida por la isapre en el respectivo mes, que sobrepase el monto que resulte mayor entre el Total Cotización Pactada y la Cotización Mínima Legal para Salud.

2. Total cotización pactada (TCP): Equivale a la suma del precio del plan de salud complementario, el precio de las Garantías Explícitas en Salud (GES) y cuando corresponda, el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) y el precio de el o los beneficios adicionales contratados por el afiliado.

3. Cotización total a pagar: corresponde al monto que debe enterar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en el FUN.

Para el caso de los planes compensados, la "Cotización Total a Pagar" es:

a) TCP + Cotización aportada a otro contrato o,

b) TCP - Cotización recibida de otro contrato.

En estos casos, la Cotización en Exceso será la diferencia entre la cotización percibida por la isapre en el respectivo mes menos el monto que resulte mayor entre la Cotización Total a Pagar y la Cotización Mínima Legal para Salud.

Los montos que la isapre perciba por concepto de cotización en exceso están afectos a devolución, que debe efectuarse a la persona afiliada o ex afiliada cuando dicha cotización le haya sido descontada de su remuneración o renta sin causa.

Para clarificar este concepto, a continuación se desarrollan algunos ejemplos, considerando la siguiente nomenclatura:

CP = Cotización percibida en el mes

TCP = Total Cotización Pactada = PP+PGES + PCAEC +PBA

PP = Precio del plan de salud complementario

PGES = Precio de las GES

PCAEC = Precio de la CAEC

PBA = Precio de los Beneficios Adicionales

CM = Cotización Mínima Legal para Salud.

Si se consideran los siguientes valores correspondientes a trabajadores que cotizan en las Administradoras de Fondos de Pensiones AFP, suponiendo que su renta tope alcance a 64,7 UF. Remuneración imponible tope $ 1.358.700 (UF= $21.000 aproximadamente).

CP = 5,2 UF

PP = 4,5 UF

PGES = 0,27 UF

PCAEC = 0,09 UF

PBA = 0,3 UF

CM = 4,529 UF

Se obtiene:

TCP = PP+PGES + PCAEC +PBA

TCP = 4,5 UF+0,27 UF+0,09 UF +0,3 UF

TCP = 5,16 UF

Exceso = CP - TCP = 5,2 UF- 5,16 UF = 0,04 UF.

En este caso para determinar el exceso se considera el TCP por ser mayor que CM.

Si se consideran los mismos valores para un trabajador que aporta a otro contrato 0,34

UF, los resultados son los siguientes:

CP = 5,5 UF

CM = 4,529 UF

TCP = 5,16 UF

Cotización Total a Pagar = 5,16 UF + 0,34 UF = 5,5 UF

Exceso = CP - Cotización Total a Pagar = 5,5 UF- 5,5 UF= 0 UF

En este caso para determinar el exceso se considera la Cotización total a pagar por cuanto es mayor que el TCP, el que a su vez es mayor que CM.[296]

II. Registro contable

Párrafo primero eliminado.[297]

Párrafo segundo eliminado.[298]

Los movimientos contables que se registren en esta subcuenta, corresponderán a transacciones específicas derivadas del proceso de declaración y pago de cotizaciones y en ningún caso podrán registrarse en ella estimaciones o diferencias que no reflejen la situación particular de cada una de las personas cotizantes a quienes afecta alguna situación por regularizar.

Las isapres deben analizar periódicamente esta subcuenta y adoptar todas las medidas correspondientes para regularizar oportunamente las situaciones que afectan a las personas cotizantes involucradas; para tales efectos la Superintendencia podrá requerir, en las fechas que estime pertinente, los análisis detallados de cada uno de los movimientos que dan origen al saldo de dicha cuenta.

[296] Ejemplos repuestos por Circular IF/275, de 2016.
297 Número 1 eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014
298 Número 1 eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014

III. Devolución directa de excesos de cotización a los afiliados o ex afiliados[299]

Respecto de aquellos cotizantes o ex – cotizantes que hayan informado en su oportunidad a la isapre la cuenta bancaria -en cualquiera de sus modalidades[300]– de la cual son titulares, las Instituciones de Salud Previsional deberán efectuar mensualmente una devolución automática de los excesos de acuerdo al saldo contable acumulado al mes anterior a aquél en que se efectúe la referida devolución, mediante una transferencia electrónica a la cuenta registrada. Dichas transferencias deberán realizarse hasta el último día hábil del mes siguiente en que se perciben las cotizaciones de salud de cada proceso de recaudación. A modo de ejemplo, para las cotizaciones correspondientes a las remuneraciones del mes de diciembre y de períodos anteriores, que se paguen en enero, los excesos generados y acumulados en dicho mes deberán ser depositados hasta el último día hábil de febrero.

El saldo afecto a devoluciones mensuales, en caso de contar con las cuentas bancarias, debe incluir todos los excesos pendientes de devolución que no han sido documentados y que surgen del proceso normal de recaudación como también aquellos montos registrados en documentos pendientes de cobro que se encuentran caducados provenientes de devoluciones masivas o por solicitud directa de ejercicios anteriores.

Cabe señalar, que las transferencias que se efectúen a las cuentas de los afiliados vigentes o no vigentes, deberán realizarse en conformidad con la política respecto a los límites de transferencia definida por cada banco en específico, información de la cual deberán estar al tanto las isapres.

Adicionalmente [301], las Instituciones de Salud Previsional deberán comunicar por correo electrónico a los afiliados y ex afiliados, acerca del traspaso efectuado, en caso de contar con la certeza y exactitud de las direcciones electrónicas. De no disponer de esta información las isapres deberán enviar una carta para efectuar dicha notificación, trámite este último del cual se podrá prescindir, cuando se trate de transferencias inferiores a 0,08 U.F. Las instituciones deberán conservar el registro que permita acreditar el cumplimiento del despacho de las notificaciones efectuadas. Para estos efectos, la comunicación al afiliado deberá contener las especificaciones definidas en el Anexo 1, con los ajustes correspondientes a una devolución vía transferencia electrónica.

Las Instituciones de Salud Previsional, deberán estar en condiciones de acreditar las transferencias de dinero efectuadas a las cuentas bancarias de los cotizantes y ex – cotizantes. Asimismo, deberán disponer del mecanismo que les permita efectuar el respectivo descuento de los montos transferidos, con el objeto de mantener actualizada en sus sistemas la información de los montos cancelados, de manera que no formen parte de la contabilidad ni del Registro Individual de Excesos, el que se define en el numerando IV de la presente instrucción.

Si[302] los afiliados o ex afiliados solicitan directamente a la isapre la devolución de excesos de cotización o documentos de pago que se encuentren pendientes de cobro de otros periodos, ya sea en forma presencial o a través de la página web de la isapre -según numerando IV- ésta deberá disponer su restitución dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de la presentación de la solicitud. Tratándose de cotizaciones en exceso correspondientes al último periodo de recaudación, que no se encuentren dentro del Registro Individual de Excesos, el plazo de devolución será de 20 días hábiles contado desde la fecha de presentación de la solicitud.

IV. Registro Individual de Excesos [303]

Con el objeto de mantener permanentemente informados a los cotizantes y ex - cotizantes respecto a las sumas que las isapres les adeudan por concepto de excesos de cotización y, promover con ello un proceso de devolución permanente en el tiempo, estás últimas deberán constituir un Registro Individual sobre los excesos y los documentos de pago pendientes de cobro, el que deberá estar permanentemente actualizado, teniendo la precaución de rebajar los montos que se encuentren cobrados en cada ejercicio. El mencionado registro deberá

299 Título modificado por la Circular IF /N°239 de 2015
300 Esto es, cuenta corriente, cuenta vista bancaria como por ejemplo, Chequera Electrónica o Cuenta RUT, o bien una cuentade ahorro, siempre y cuando el ahorrante pueda tener el dinero disponible para su uso en cualquier momento.

301 Párrafo modificado por la Circular IF N°/ 242 de 2015
302 Párrafo modificado por la Circular IF N°/244 de 2015 y la Res. Exenta N°/123 /2015
303 Título modificado por la Circular IF N°/ 239 de 2015

ser enviado mensualmente a esta Superintendencia en los plazos y formas que ella determine, de manera tal que este organismo pueda cargar las bases de datos proporcionadas, en una aplicación en la que se podrá visualizar la información correspondiente en el portal web Institucional, prestando un servicio de consulta permanente a los cotizantes y ex cotizantes de las isapres.

Del Registro

El registro que deberán enviar las isapres corresponderá a un archivo, individualizado por cotizante o ex cotizante, según sea el caso, y contendrá los excesos generados en el mes que se informa y/o todas aquellas sumas provenientes de otros períodos que pudiesen estar pendientes de cobro, indistintamente del medio de pago utilizado y/o la cuenta contable en que la isapre esté registrando la obligación. La información contenida en este Registro, deberá ser consistente y cuadrar con los informes financieros mensuales obtenidos de la contabilidad, que se remiten a este Organismo de Control.

El archivo correspondiente a este registro deberá confeccionarse de acuerdo a las especificaciones que se presentan en el Anexo 2 de este Título y deberá ser enviado a la Superintendencia a través de la red privada denominada Extranet, hasta el último día hábil del mes siguiente al que se informa o bien, el día hábil siguiente en caso que dicha fecha corresponda a un día sábado o festivo.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán replicar el servicio de consulta sobre excesos adeudados -señalado en el presente numeral- en sus portales web, mediante la instalación de una aplicación que permita visualizar el monto total de excesos y sus documentos pendientes de cobro asociados al cotizante o ex – cotizante. Dicha información deberá ser consistente y cuadrar con el Registro Individual enviado a esta Superintendencia, teniendo la precaución de rebajar los montos que se encuentren cobrados en cada ejercicio y, haciendo la prevención -como advertencia a los usuarios de la aplicación- que los saldos contables sobre los cuales se obtiene la información presentan un desfase natural por operaciones en tránsito que ocurren con posterioridad (por ejemplo, emisión de cheques, transferencias, depósitos u otros.)

La referida aplicación deberá permitir el ingreso con la autenticación mediante el RUN, de manera tal, que el acceso a la información sea de manera fácil y expedita.

Las isapres deberán tomar todas las medidas de seguridad de la información en relación a los datos personales que se consignen en tal registro y respecto de la aplicación que desarrollen.

Adicionalmente, dichas instituciones deberán implementar en la misma aplicación, la posibilidad de que el afiliado vigente y no vigente pueda cobrar, una vez realizada su consulta, los excesos adeudados mediante una solicitud directa cursada por ese mismo medio electrónico. Este mecanismo deberá contemplar, expresamente la opción de retirar las sumas adeudadas de manera presencial en las sucursales o bien mediante transferencia electrónica, en cuyo caso se deberá contemplar una modalidad de ingreso de los datos necesarios para poder llevar a cabo el traspaso, como por ejemplo, nombre de la entidad bancaria, número de la cuenta bancaria, correo electrónico de contacto del cotizante o ex – cotizante para su contacto, etc.

V. Procedimiento para la devolución masiva de los excesos pendientes [304]

A fin de regularizar los montos pendientes de devolución por cotizaciones percibidas en exceso o documentos de pago que permanecen pendientes de cobro y respecto de los cuales no se haya operado por la vía de las transferencias mensuales- ya sea vía web u otro tipo de devolución directa- las Instituciones de Salud Previsional deberán efectuar sobre estas sumas de propiedad de los cotizantes y sus herederos, un proceso masivo de devolución, el que deberá efectuarse como mínimo dos veces al año, considerando el saldo contable acumulado en la cuenta excesos o de cualquier otra cuenta de pasivo complementaria que refleje obligaciones por tal concepto.

[304] Título modificado por la Circular IF N°/239 de 2015

Se debe hacer presente, que el saldo afecto a devoluciones masivas debe incluir todos los excesos pendientes de devolución como también aquellos montos registrados en documentos que se encuentran caducados provenientes de devoluciones masivas o por solicitud directa de ejercicios anteriores.

Para efectos de la caducidad de documentos pendiente de cobro, la isapre deberá estarse a los plazos de la legislación bancaria sobre la materia, adoptando todas las medidas que permitan su control íntegro y oportuno de manera que sean reflejados correctamente en los saldos contables y el registro individual de excesos, independientemente de la denominación o clasificación interna que se utilice para su presentación.

En efecto, los montos nominales adeudados por dicho concepto, que no pudieron transferirse automáticamente o no fueron requeridos expresamente por los interesados, deberán restituirse semestralmente de acuerdo al saldo contable acumulado al 30 de junio y 31 de diciembre del cada año de acuerdo a lo descrito precedentemente.

Aquellos montos pendientes de devolución que resultaren inferiores a una cantidad acumulada de 0,08 U.F, deberán excluirse del proceso de devolución masiva de excesos, no obstante, estas sumas deberán ser parte integrante del Registro de Excesos y del saldo contable, de manera que los cotizantes o ex - cotizantes puedan solicitar su reintegro. En todo caso, se deberá propiciar su devolución en cuanto la isapre disponga de los datos necesarios para realizar una transferencia electrónica de fondos y la política del banco así lo permita.

A continuación se indica el procedimiento que debe utilizarse para regularizar los montos correspondientes a excesos de cotización y sus documentos pendientes de cobro.

1. Los valores que no fueron transferidos vía electrónica y que se mantienen como cotizaciones percibidas en exceso formando parte del Registro Individual y del saldo contable de cada ejercicio, deberán ser devueltos a las personas involucradas, hasta el 30 de septiembre de cada año, para el saldo acumulado a junio del año en curso. Del mismo modo, se procederá a una segunda devolución masiva, hasta el 31 de marzo de cada año, para el saldo acumulado a diciembre del año anterior.

El ejercicio consistente en el reproceso de estas sumas para su devolución masiva, deberá efectuarse por un período mínimo de 5 años, lapso durante el cual las isapres deberán efectuar las gestiones pertinentes para renovar los antecedentes de las personas cotizantes en sus bases de datos, y favorecer de esta manera, la devolución vía transferencia por medio electrónico o bien para el cobro de los excesos mediante la consulta del Registro Individual de Excesos.

La Unidad de Fomento a utilizar para determinar el monto de la devolución será aquélla correspondiente al último día del mes de junio o diciembre según corresponda.

2. Para hacer efectiva la devolución masiva de los excesos de cotización adeudados, la isapre deberá utilizar alguno o algunos de los siguientes medios de pago:

a) Extender un cheque nominativo a nombre de la persona afiliada o ex afiliada, remitiéndolo por correo certificado al último domicilio registrado en la institución.

b) Extender un cheque nominativo a nombre de la persona afiliada o ex afiliada, en aquellos casos que, a solicitud previa y expresa del interesado (a), el documento se entregue en la sucursal de la isapre más cercana a su domicilio.

c) Poner a disposición del afiliado o ex afiliado un vale vista para ser cobrado en cualquier sucursal del Banco que lo emitió, indicándole el plazo para retirar y cobrar el documento.

La modalidad de pago que la institución adopte en cada situación, deberá ser comunicada al interesado mediante una carta explicativa cuyo formato deberá corresponder al indicado en el Anexo 1 de este Título, señalando los motivos, el detalle de la devolución y recomendaciones sobre cursos de acción para aquellos casos en que el cobro no se efectúe oportunamente, caso en el cual la restitución de las sumas deberá efectuarse en un plazo máximo de 5 días hábiles, contado desde la fecha de presentación de la solicitud. En tal caso, la isapre deberá requerir al interesado los antecedentes necesarios para privilegiar la transferencia electrónica de fondos.

Excepcionalmente, si la isapre está en conocimiento que el cotizante o ex cotizante ha fallecido, podrá adecuar el texto de la carta de devolución de excesos a esta situación, orientando a los herederos sobre la documentación

que permita acreditar su calidad de tales y los trámites que deben efectuar para hacer efectiva la devolución de los excesos.

Tratándose de devolución de excesos por medio de un cheque nominativo o vale vista bancario, en la carta explicativa la isapre deberá comunicarle al cotizante, ex cotizante o herederos, el plazo de caducidad de los documentos que deberá observarse para concurrir a las oficinas de la institución o del banco a retirar los excesos.

Dicha comunicación deberá remitirse a través de mensaje de correo electrónico a la última dirección registrada y autorizada por el cotizante o ex cotizante, y si no contare con ella, deberá hacerse mediante la remisión a su domicilio de una carta por correo certificado. Las instituciones deberán conservar copia de la documentación que permita acreditar el cumplimiento del despacho de la correspondencia o notificación del mensaje por correo electrónico, según su caso, como, asimismo, de las cartas que hayan sido devueltas y correos electrónicos que no hayan llegado a la dirección del destinatario, los que deberán mantenerse en las carpetas de los afiliados a disposición de esta Superintendencia[305].

[306]

Asimismo, las instituciones deberán velar porque el medio de pago utilizado no genere para el interesado una mayor tramitación del cobro de sus excesos.

Para efectos de identificar el último domicilio registrado por las personas afiliadas y ex - afiliadas, la isapre deberá considerar hasta la última modificación informada, incluyendo lo registrado en las cartas de desafiliación de las personas ex – afiliadas, sin perjuicio de agotar todas las diligencias complementarias necesarias para obtener la certeza del domicilio, en caso de documentos pendientes de cobro.

Gestiones especiales para la devolución a ex – afiliados

Entre las gestiones que las isapres deberán efectuar para solucionar los saldos pendientes de sus ex - afiliados se deben considerar las siguientes:

a.-En el contexto de un cambio de isapre, con el consecuente traspaso de la cuenta corriente de excedentes entre Instituciones de Salud Previsional, se deberá solicitar a la isapre vigente o de destino que informe los datos de que dispone sobre el domicilio del afiliado, a fin de emplearlos para hacer efectiva la devolución de excesos adeudados. Para tal efecto, las isapres que reporten información en función a la correspondiente nómina de afiliados, deberán proporcionar los datos requeridos, empleando para ello, los mismos plazos establecidos para la confirmación de excedentes.

b.-Confirmar el último domicilio registrado en la carta de desafiliación para el reenvío correspondiente.

c.-Confirmar con cada correspondencia que sea devuelta la situación de su no entrega y reforzar el proceso de notificación hasta que se obtenga la certeza del domicilio del destinatario.

d.-Efectuar una confirmación con todas las isapres del sistema que permitan obtener el último registro vigente.

e.-Cualquier otra gestión destinada a tomar contacto con los destinatarios y que permita solucionar los montos pendientes de cobro o depositar en las cuentas de los destinatarios.

Las isapres deberán acreditar y mantener los respaldos de cada gestión efectuada, sin perjuicio que deberán estar continuamente revisando sus procesos de notificación propios o efectuados por empresas externas, además de las plataformas computacionales que sirven de soporte para su ejecución.

3. Con el objetivo de facilitar las eventuales fiscalizaciones que se practiquen sobre la materia, las isapres deberán mantener un sistema de respaldo que podrá almacenarse en archivo magnético, de los siguientes documentos:

3.1. Cartas certificadas y correos electrónicos despachados a las personas cotizantes, ex cotizantes o herederos,

3.2. Nóminas de las emisiones de cheques, vales vista, transferencias bancarias u otros medios de pago, que permitan acreditar fehacientemente los procedimientos de regularización de los excesos adeudados.

---

[305] Párrafo reemplazado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[306] Párrafo suprimido por Circular IF N° 300, de 17.11.2017.

3.3 Archivos con la totalidad de la información relacionada con los excesos generados y devueltos por cada cotizante y ex cotizante, por un plazo de 5 años contados desde el mes en que se pagaron dichos excesos.

Asimismo, deberá mantener copia de la nómina de correos con el despacho de las comunicaciones remitidas a las personas afiliadas, ex afiliadas o a sus herederos, cuando corresponda.

VI. Devoluciones masivas extraordinarias [307]

Además de las dos devoluciones de excesos masivas instruidas en el numerando "Procedimiento para la devolución masiva de los excesos pendientes", efectuadas para aquellas sumas que no se han restituido, las isapres podrán efectuar voluntariamente devoluciones masivas **extraordinarias** para regularizar los montos pendientes, debiendo sujetarse a las mismas normas sobre notificación a los afiliados o ex - afiliados, medios de pago e información a la Superintendencia, definidos en las presentes instrucciones.

Información de las devoluciones masivas efectuadas

El día 10 del mes subsiguiente a aquél en que se efectúe la devolución masiva y/o la extraordinaria, a cotizantes vigentes y no vigentes, la isapre deberá remitir a esta Superintendencia la información detallada en los cuadros del Anexo 3 de este Título. Al completar el Cuadro N° 2 de dicho Anexo, se considerará como fecha de cierre, el último día del mes anterior al envío del informe. Si dicho plazo expirase en un día inhábil, la información deberá remitirse el día hábil siguiente.

Información trimestral y consolidada de los procesos de devolución de excesos

Con el objetivo de contar con la información integral e histórica de los procesos de devolución que comprenden cada año, las isapre deberán remitir trimestralmente el estado de las devoluciones según las distintas modalidades, considerando los últimos 5 años de acuerdo a lo señalado en el Anexo 4.

Para estos efectos, el primer informe que se remita a esta Superintendencia, deberá considerar desde el año 2010.

El plazo de entrega del mencionado informe será el último día hábil del mes siguiente a cada trimestre. Si dicho plazo expirase en un día inhábil, la información deberá remitirse el día hábil siguiente.

VII. Información al afiliado ante el término del contrato[308]

Cuando por cualquier causa se ponga fin a un contrato de salud, la isapre deberá informar al afiliado, mediante una carta o correo electrónico, el detalle y monto de las cotizaciones percibidas en exceso que mantiene a su favor, si lo hubiere, y la forma como procederá a su pago.

Dicha comunicación deberá hacerse efectiva hasta el último día del mes de término de la vigencia de los beneficios del contrato.

VIII. Excesos en Fonasa

1.- Las Cotizaciones de Salud Pagadas en Exceso son aquellos fondos enterados en FONASA, por sobre el porcentaje mínimo legal de cotizaciones que debe enterar el ente afecto al pago de éstas.

2[309].- Las solicitudes de devolución de cotizaciones pagadas en exceso, correspondientes a cotizantes afiliados a FONASA podrán ser presentadas, en forma directa por los entes afectos al pago de cotizaciones (empleador del sector público o privado, entidad pagadora de pensiones, entidad pagadora de Subsidios o el propio afiliado), ante la unidad correspondiente. Ver Anexo N° 2.

[307] Título modificado por la Circular IF N°/239 de 2015
[308] Agregado mediante Circular IF N°241, del 19 de febrero de 2015
[309] Agregado a través de Circular IF/N° 164, del 3 de enero de 2012.

3.- El solicitante de los fondos pagados en exceso, debe presentar los mayores antecedentes que permitan dar curso a su requerimiento.

Entre estos antecedentes, como mínimo se deben incluir los siguientes:

a) Carta de solicitud, indicando claramente el o los motivos que generan la petición o formulario de FONASA dispuesto para el efecto.
b) Identificación tanto del asegurado como del ente afecto al pago de cotizaciones con nombre o razón social, R.U.N o R.U.T.
c) Meses de remuneración por los cuales se solicita la devolución.
d) Monto de la devolución solicitada.
e) Número de serie de planilla de declaración y pago de obligaciones previsionales, para los casos de trabajadores dependientes afiliados a A.F.P. o I.P.S.
f) Fotocopia de las planillas de declaración y pago de obligaciones previsionales, con sus respectivos anexos de nominación, cuando corresponda a solicitudes de trabajadores dependientes afiliados a A.F.P. o I.P.S.
g) Contrato de trabajo, Liquidación de Sueldo o Pensión, Finiquito debidamente legalizado, cuando corresponda

Las solicitudes que no se ajusten al formato y medios definidos, serán devueltas al remitente para su corrección.

4.- Cabe señalar, que el diseño actual de los procesos de recaudación del I.P.S., entidad con la que FONASA mantiene convenio de recaudación, deriva en que existe un desfase de 2 meses entre el mes en que el empleador declara y/o paga las cotizaciones previsionales de sus trabajadores y el mes en que esta información está disponible para los distintos módulos y aplicaciones de FONASA (para el caso de los trabajadores activos).

Por lo tanto, la devolución de cotizaciones pagadas en exceso está sujeta a este desfase, lo cual debe ser considerado por los entes afectos a pago, en el sentido que aquellas cotizaciones que no se encuentren registradas en FONASA, debido al desfase de información, no pueden ser devueltas. Lo anterior, para evitar los costos administrativos derivados de solicitudes prematuras o que deben ser reprocesadas.

5.- Procedimiento para la devolución masiva de excesos [310]

El Fonasa, a fin de regularizar los montos pendientes de devolución por cotizaciones percibidas en exceso, respecto de los cuales no ha operado el procedimiento de reintegro basado en la solicitud directa por parte de los afiliados, efectúa dos procesos de devolución masivos el 31 de marzo y 30 de septiembre de cada año. Al respecto, la propuesta de devolución del monto adeudado para cada proceso, se pone en conocimiento de los afiliados, para su aprobación, durante un período de 3 meses, en la página Web institucional de ese Servicio.

De acuerdo a lo anterior y para el adecuado examen de las devoluciones de excesos que se llevan a cabo bajo esta modalidad, el Fonasa deberá enviar a esta Superintendencia información pormenorizada sobre los montos destinados a su restitución y estado. En virtud de lo anterior, se deberá remitir un cuadro explicativo en la forma y en las fechas que a continuación se detalla.

Envío de la información:

Proceso	Plazo de envío
Devolución masiva marzo de cada año (propuestas en web disponibles hasta el 30 de junio)	15 de julio del año en curso
Devolución masiva septiembre de cada año	15 de enero del año en curso

[310] Punto agregado por la Circular IF N°299, de 15.11.2017

(propuestas en web disponibles hasta el 31 de diciembre)	

Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

Cuadro informativo:

	EXCESOS COBRADOS (1)		EXCESOS PENDIENTES DE COBRO (2)		DEVOLUCIÓN MASIVA TOTAL (1+2)	
Modalidad de Pagos	**Montos cobrado $**	**Cantidad de Destinatarios**	**Montos pendiente de cobro $**	**Cantidad de Destinatarios**	**Monto Total Devolución Masiva $**	**Cantidad Total de Destinatarios**
Depósito en cuenta RUT						
Vale Vista						
Depósito en cuenta corriente/vista/ ahorro otros bancos						
Otro medio de pago						
Totales						

ANEXO 1

Formato para carta o correo electrónico informativo

Las cartas o correos electrónicos que sean remitidos a las personas afiliadas y ex afiliadas deberán contener el siguiente texto:

De acuerdo a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud comunico a usted que esta isapre debe reembolsar a usted lo percibido por concepto de cotizaciones de salud en exceso.

El monto del reintegro corresponde a los valores y el periodo que se detalla a continuación:

Mes y año a que corresponde la remuneración que generó la cotización en exceso y documentos de pago pendientes de cobro	**Monto Exceso de cotización.**
XXXXXXXX	$ 00000
XXXXXXXX	$ 00000
XXXXXXXX	$ 00000
Vale vista pendiente de cobro	$ 00000
Cheque pendiente de cobro	$ 00000

TOTAL COTIZACIÓN (ES) PERCIBIDA (S) EN EXCESO.	$ 00000

El (los) mencionado (s) exceso (s) corresponde (n) a la cotización percibida por esta isapre que sobrepasa el monto mayor entre el "Total cotización pactada" (o el total de la cotización a pagar cuando corresponda) y la cotización mínima legal para salud (7% de la base imponible) en el respectivo mes.

Para su devolución: (indicar sólo la modalidad que corresponda a la persona según las alternativas indicadas en el punto 2 del numerando V de este Título)."

En caso que esta comunicación y el cobro del documento no haya alcanzado a hacerse efectivo Ud. deberá dirigirse a cualquiera de las sucursales de la isapre para solicitar la revalidación del documento o su pago en efectivo. Además, se encuentra disponible en la página Web institucional la opción de depósito bancario por trasferencia, para lo cual Ud. deberá completar los datos que allí se indican.

ANEXO 2

Registro Individual de Excesos

1. **Características Generales del Archivo**

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Excesos y documentos pendientes de cobro
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAAMM.EEE, donde: ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 076
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	Corresponde a la totalidad de los excesos y sus documentos pendientes de cobro al cierre de cada mes.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	El archivo debe incluir tanto los excesos que se encuentran generados y pendientes de devolución como los respectivos medios de pago se encuentren o no en poder de la isapre de acuerdo a lo siguiente: a) Documentos que han sido reversados contablemente, llevados a una cuenta de caducos o alguna similar, para volver a reconocerlos como obligaciones, por no haber sido cobrados. b) Documentos que sin haber sido cobrados, aún no se han reversado para reconocer la correspondiente obligación.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al monto pendiente de cobro por concepto de excesos y sus documentos pendientes de cobro.
Envío del Archivo	Deberá ser enviado mensualmente, el último día hábil del mes siguiente a aquél en que se recaudan las cotizaciones pagadas en exceso. Ejemplo: Para las cotizaciones que se recaudan en octubre, la fecha de envío será el último día hábil de noviembre.

2. Estructura del Archivo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	RUN Destinatario	Numérico
03	DV del RUN del Destinatario	Alfanumérico
04	Período de Remuneración	Numérico
05	Fecha emisión documento	Numérico
06	Documento pendiente de cobro	Numérico
07	Monto Excesos $	Numérico
08	Código Región	Numérico

3. Definiciones de Campo del Archivo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	RUN Destinatario	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) del destinatario, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), que presenta excesos traspasados a ingresos. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
03	DV del RUN del Destinatario	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Destinatario (campo 02) aplicando la rutina denominada Módulo 11. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K ▪ Debe informarse siempre.
04	Período de Remuneración	Corresponde al mes y año respecto de la remuneración del cual la isapre percibió el pago de la cotización de salud (MMAAAA). Debe informarse sólo cuando corresponda a excesos sin documentar pendientes de cobro. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA= año. Ejemplo: mes de remuneración diciembre 2014, cuya cotización se recauda en enero 2015 deben informar: 122014. En caso que corresponda a documentos pendientes de pago, debe informarse en este campo el valor 011800. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
05	Fecha de emisión documento	Corresponde al mes y año respecto de emisión de los medios de pago que se encuentran pendientes de cobro. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA=año. En caso que corresponda a excesos sin documentar, debe informarse en este campo el valor 011800. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos
06	Documento pendiente de cobro	Identificar tipo de documento, cheque, vale vista, giro express (sólo cuando se trata de documento pendiente de cobro). 0=No aplica 1=Vale Vista 2=Cheque 3=Otro En caso que corresponda a excesos sin documentar, debe informarse en este campo el valor cero. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 0,1,2,3
07	Monto Excesos $	Corresponde al monto del exceso pendiente de cobro por destinatario. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
08	Código Región	Corresponde a la región de domicilio del destinatario. Debe registrarse según los códigos dispuestos y vigentes por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). En caso que no se disponga de la información, debe informarse en este campo el valor cero. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 0 y los códigos definidos por INE.

ANEXO 3

Información detallada sobre devoluciones masivas

CUADRO N°1.

	Afiliados vigentes.	**Afiliados no vigentes.**
N° de personas a quienes les correspondió devolución		
Monto en pesos según modalidad de pago, asociada a quienes les correspondió devolución.	**Cheque nominativo** **$** **Vale Vista** **$** **Total devolución** **$**	**Cheque nominativo** **$** **Vale Vista** **$** **Total devolución** **$**
N° de personas a quienes no les correspondió devolución por montos inferiores al mínimo de 0,08 U.F.		
Cantidad, en pesos, asociada a quienes no les correspondió devolución.		

CUADRO N°2

	Afiliados vigentes	**Afiliados no vigentes**
N° de personas que han cobrado lo adeudado por cotizaciones en exceso al último día del mes anterior al informe.		
Monto en pesos según modalidad de pago, que ha sido cobrada por las personas al último día del mes anterior al informe.	**Cheque nominativo** **$** **Vale Vista** **$** **Total cobrado** **$**	**Cheque nominativo** **$** **Vale Vista** **$** **Total cobrado** **$**

ANEXO 4

Informe Trimestral de montos cobrados y pendientes por modalidad

INFORME TRIMESTRAL DE **MONTOS COBRADOS** POR CADA MODALIDAD "TRIMESTRE xxx (1) DEL AÑO…"						
Modalidad	Enero		Febrero		Marzo	
	Monto ($)	Cantidad de Destinatarios	Monto ($)	Cantidad de Destinatarios	Monto ($)	Destinatarios
Devolución mensual automática vía transferencia electrónica (nueva modalidad)						
Devolución por solicitudes directas año xx1						
Devolución por solicitudes directas año xx2						
Devolución por solicitudes directas año xx3						
Devolución por solicitudes directas año xx4						
Devolución por solicitudes directas año xx5						
Devoluciones masivas semestrales año xx1						
Devoluciones masivas semestrales año xx2						
Devoluciones masivas semestrales año xx3						
Devoluciones masivas semestrales año xx4						
Devoluciones masivas semestrales año xx5						
Devoluciones masivas extraordinarias año xx1						
Devoluciones masivas extraordinarias año xx2						
Devoluciones masivas extraordinarias año xx3						
Devoluciones masivas extraordinarias año xx4						
Devoluciones masivas extraordinarias año xx5						
Totales						

INFORME TRIMESTRAL ACUMULADO DE MONTOS **COBRADOS Y PENDIENTES DE COBRO** POR MODALIDAD A……. (2) DEL AÑO XXXX					
Modalidad	COBRADO		PENDIENTE DE COBRO		
	Monto ($)	Cantidad de Destinatarios	Monto ($)	Cantidad de Destinatarios	Totales
Devolución mensual automática vía transferencia electrónica (nueva modalidad)*					
Devoluciones por solicitudes directas año xx1					
Devoluciones por solicitudes directas año xx2					
Devoluciones por solicitudes directas año xx3					
Devoluciones por Solicitudes directas año xx4					
Devoluciones por Solicitudes directas año xx5					
Devoluciones masivas año xx1					
Devoluciones masivas año xx2					
Devoluciones masivas año xx3					
Devoluciones masivas año xx4					
Devoluciones masivas año xx5					
Devoluciones masivas extraordinarias año xx1					
Devoluciones masivas extraordinarias año xx2					
Devoluciones masivas extraordinarias año xx3					
Devoluciones masivas extraordinarias año xx4					
Devoluciones masivas extraordinarias año xx5					
Totales					

(*) Se deberán agregar las líneas que sean necesarias de los periodos siguientes cuando comience la nueva modalidad hasta 5 años.

(1) Indicar de 1 a 4 el trimestre que corresponda informar
(2) Indicar el último mes del trimestre que se informa.

ANEXO 5

Unidad de Fonasa responsable de la devolución

La función de devolución de cotizaciones de salud pagadas en exceso en FONASA, ha sido asumida por el Subdepartamento de Recaudación y Cobranzas, dependiente del Departamento de Finanzas. Por lo tanto, las solicitudes de devolución de cotizaciones pagadas en exceso por los entes afectos a pago, deberán ser remitidas directamente al jefe del Subdepartamento de Recaudación y Cobranzas del FONASA, Monjitas N° 665, piso 4, Santiago, sin perjuicio de lo anterior igualmente podrán ser presentadas en cualquier sucursal de FONASA a lo largo del país, quienes derivarán las solicitudes al Subdepartamento antes mencionado.

Título IX: Excedentes de cotización

1. Definiciones

[311]

1.1. Cotización mínima para salud: para efectos de estas instrucciones, está representada por el 7% de la renta o remuneración imponible del trabajador o de la pensión, según corresponda.

Precio del plan: es el valor que la isapre le asigna al plan contratado, de acuerdo a las características del afiliado y de sus beneficiarios, cuando corresponda.

1.3. Excedentes de cotización: corresponden a la diferencia positiva producida entre la cotización mínima para salud, con el tope legal respectivo, y la suma del precio de las GES y del precio del plan convenido.

Las diferencias que se generen pasarán a constituir los excedentes de cotización y deberán ser destinados a la cuenta corriente individual.

Con el objeto de clarificar este concepto, se desarrolla el ejemplo que se indica a continuación:

Considerando la siguiente nomenclatura:

PGES + PP = Precio de las GES más el precio del plan de salud complementario
CM = Cotización Mínima

Considerando los siguientes valores:

PGES + PP = 3,80 UF
CM = 4,00 UF

Se obtiene:

Excedente = 0,20 UF[312]

1.4. Cuenta corriente individual: es la cuenta que la isapre está obligada a abrir a favor de aquellos afiliados que generen excedentes y que no hayan renunciado expresamente a ellos, en virtud de lo señalado en el inciso primero del artículo 188 del DFL Nº 1.

1.5. Saldo contable: Se determinará mensualmente, y corresponderá al monto acumulado de excedentes de cotización generados que tenga el afiliado en su cuenta corriente individual, más los intereses y reajustes devengados, menos la comisión provisionada y los usos efectuados en el mes correspondiente.

Saldo contable mensual = Monto acumulado de excedentes + (más) intereses y reajustes - (menos) comisión provisionada - (menos) usos efectuados en el mes correspondiente.

1.6. Saldo disponible: Se determinará mensualmente y corresponderá al monto acumulado de excedentes de cotización generados que el afiliado tenga en su cuenta corriente individual, menos la comisión provisionada y los usos efectuados en el respectivo mes, sin considerar los intereses y reajustes devengados a esa época, los que, en todo caso, serán incorporados al cumplimiento del semestre que corresponda.

Saldo disponible mensual = monto acumulado de excedentes - (menos) comisión provisionada - (menos) los usos efectuados en el respectivo mes.

---

[311] Párrafo agregado por Circular IF/275, de 2016 y posteriormente eliminado por la Circular IF/Nº348, de 31 de enero de 2020, modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.
[312] Ejemplo repuesto por Circular IF/275, de 2016.

Nota: Para el cálculo de los saldos contable y disponible no se considerarán los excedentes provenientes de cotizaciones declaradas y no pagadas, de acuerdo a lo dispuesto en el N° 2.5. “Excedente en caso de declaración y no pago de cotizaciones” de este Título.

1.7. Comisión: Es el cobro que pueden efectuar las isapres por la mantención de la cuenta corriente individual.

1.8. Adecuación anual: La adecuación anual a la que se alude en el inciso quinto del artículo 188 del DFL N° 1, debe entenderse referida a las anualidades correspondientes al período de revisión del contrato de que trata el inciso tercero del artículo 197 del referido cuerpo normativo.

1.9. Semestre de vigencia de beneficios: Este período se contabiliza a partir del inicio de la vigencia de los beneficios, de acuerdo a la fecha de anualidad del afiliado.

1.10. Cotizante no dependiente: Se entenderá por tal a los independientes, cotizantes voluntarios e imponentes voluntarios.

2. Formación de la cuenta corriente individual de excedentes

2.1. Se abrirá una cuenta corriente individual cada vez que respecto de un afiliado se produjeren excedentes de cotización.

2.2. Al momento de celebrarse el contrato de salud, las isapres no podrán ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotización legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso, sin perjuicio del tope legal establecido. Lo anterior, no obsta a que la persona pueda contratar un plan que genere hasta un 5% de excedentes. Con todo, cualquier excedente que se produzca durante la anualidad correspondiente por aumentos permanentes o transitorios de la renta imponible del cotizante o por otra causa, deberá incrementar siempre su cuenta corriente individual hasta la nueva adecuación por ajuste de excedentes. Si la persona afiliada fue debidamente informada por la isapre sobre la adecuación por ajuste de excedentes mencionada en el numeral 2, del Título III, del Capítulo I de este Compendio, y aun así no suscriba nuevos beneficios o un nuevo plan que se ajuste mejor al valor de su cotización legal, toda diferencia que exceda el 5% de la cotización legal no generará excedentes.[313] [314]

Durante los períodos de incapacidad laboral, deberán considerarse las remuneraciones imponibles por las cuales se cotizó en los referidos períodos, toda vez que el subsidio reemplaza a la remuneración.

Por otra parte, cabe indicar que el monto de las gratificaciones, y cualquier otro tipo de remuneración de carácter accesorio o extraordinario, no puede ser considerado para los efectos de calcular el 5% de la cotización a destinar a excedentes, a menos que, a la fecha de suscripción o adecuación, según corresponda, éste se encuentre determinado e incorporado a la remuneración mensual del trabajador.[315]

2.3. En caso que el cotizante no registre remuneraciones en los meses a promediar, se considerará para estos efectos la remuneración establecida en el contrato de trabajo o la declarada si es cotizante independiente, las veces que sea necesario hasta completar el período requerido.

2.4. Excedente en caso de declaración y pago de cotizaciones

En el caso de declaración y pago, el excedente se genera el último día del mes en que ésta se efectúa, sin perjuicio que deba registrarse a más tardar el primer día del mes subsiguiente. Con todo, a partir del momento en que se considera generado el excedente se comenzarán a devengar los reajustes e intereses respectivos, de acuerdo a lo indicado en el punto 6.2, “Reajustes e intereses” de este Título.

2.5. Excedente en caso de declaración y no pago de cotizaciones

El excedente que pudiera resultar de una declaración y no pago de cotizaciones, no se registrará en el saldo contable y tampoco en el disponible. Dicho excedente sólo se registrará el último día del mes en que efectivamente

[313] El procedimiento aplicable a la adecuación excepcional por generarse excedentes superiores al 10% de la cotización mínima legal se contiene en las instrucciones relativas a los procedimientos de suscripción, adecuación, modificación y terminación de los contratos de salud, contenidas en el Capítulo I de este Compendio.
[314] Modificado por Circular IF/N°499, de 26.03.2025
[315] Modificado por Circular IF/N°499, de 26.03.2025

se paguen las cotizaciones adeudadas. No obstante lo anterior, los intereses y reajustes deberán determinarse a contar del último día del mes en que se realiza la declaración y no pago, a excepción de los cotizantes no dependientes, en cuyo caso éstos se determinarán a partir del último día del mes en que se efectúa el pago respectivo. En la misma oportunidad las isapres podrán provisionar las comisiones por el período correspondiente.

2.6. Forma de imputar los pagos parciales de cotizaciones

En el evento que la isapre, por cualquier circunstancia, no recibiere la totalidad de las cotizaciones de afiliados dependientes, las cantidades que reciba en pago se imputarán a los intereses y reajustes de los excedentes, a los excedentes de cotización adeudados y a la suma del precio de las GES y del precio del plan con sus respectivos reajustes e intereses, a prorrata, no obstante cualquier otra imputación que haga la isapre.

Con todo, la isapre podrá condonar aquella parte de la cotización declarada que deba imputarse a los excedentes de cotización y a sus reajustes e intereses, siempre que, en cada caso, lo autorice expresamente el afiliado.

En caso que la isapre no recibiere la totalidad de las cotizaciones por afiliados no dependientes, las cantidades obtenidas deberán imputarse, en cada mes adeudado, en el siguiente orden:

a) a la suma del precio de las Garantías Explícitas en Salud y del precio del plan, con sus respectivos reajustes e intereses, y

b) a los excedentes de cotización adeudados.

2.7. Excedentes en períodos de licencia médica

Los eventuales excedentes de cotización que se produzcan en caso de afiliados con licencia médica autorizada, deberán estar registrados en la cuenta corriente individual a más tardar el primer día del mes subsiguiente a la fecha de pago de la respectiva cotización, sin perjuicio que los reajustes e intereses se devengarán a partir del último día del mes en que se paguen las cotizaciones. En la misma oportunidad, las isapres podrán provisionar las comisiones por el período respectivo.

Tratándose de pagos de cotizaciones correspondientes a períodos de incapacidad laboral derivados de resoluciones de las COMPIN de los Servicios de Salud, de la Superintendencia de Seguridad Social, o de la Superintendencia de Salud, los eventuales excedentes de cotización que se produzcan deberán estar registrados en la cuenta corriente individual a más tardar el primer día del mes subsiguiente a la fecha de pago de la respectiva cotización. Asimismo, los reajustes e intereses se devengarán a partir del último día del mes en que se paguen las cotizaciones. En la misma oportunidad, las isapres podrán provisionar las comisiones por el período respectivo.

3. Irrenunciabilidad de los excedentes

Los excedentes que se generen son irrenunciables. Cualquier estipulación en contrario establecida en el contrato de salud previsional se tendrá por no escrita.

No obstante lo anterior, podrán renunciarse los excedentes para destinarlos a financiar los beneficios adicionales de los planes de salud individuales compensados y los planes a que se refiere el artículo 200 del DFL N° 1, esto es los planes grupales y los celebrados con isapres cerradas.

La renuncia deberá manifestarse en forma expresa, mediante el otorgamiento y suscripción de un instrumento denominado “Renuncia a los excedentes de cotización”, conteniendo las especificaciones señaladas en el Anexo N° 1 de este Título.

Cualquiera sea la denominación del plan de salud pactado, en el evento que no conste una renuncia expresada en los términos precedentes, los excedentes de la cotización legal que se produzcan en relación con el precio de las Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan convenido serán de propiedad de la persona afiliada, por lo que deberán registrarse y administrarse en conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, y en estas instrucciones.

La renuncia a los excedentes sólo producirá efectos hacia el futuro y será válida hasta que el afiliado opte por retractarse de ella, o bien, cuando, por cualquier causa, cambie de plan de salud.

Los contratos en que se pacte el precio del plan en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, no producirán excedentes de cotización legal.

4. Cierre de la cuenta corriente individual de excedentes

4.1. Las isapres podrán cerrar las cuentas corrientes individuales de los afiliados, cuando los últimos tres saldos disponibles mensuales sean iguales a cero (0).

4.2. Las isapres también podrán cerrar las cuentas corrientes individuales de los afiliados que hayan renunciado a sus excedentes futuros, cuando el saldo disponible de dichas cuentas llegue a ser igual a cero (0).

4.3. Con todo, la cuenta corriente individual, se entenderá cerrada desde el momento en que efectivamente sean traspasados los fondos a otra isapre o al Fonasa, según corresponda.

5. Destino de los excedentes

5.1. El saldo disponible acumulado en la cuenta corriente podrá ser requerido por el afiliado para los fines establecidos en el artículo 188 inciso 3° del DFL Nº 1:

a) Cubrir las cotizaciones en caso de cesantía;

b) Copago, esto es, cubrir aquella parte de la prestación que es de cargo del afiliado;

c) Financiar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato;

d) Cubrir cotizaciones adicionales voluntarias;

e) Financiar un plan de salud cuando el afiliado reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que ésta se hace efectiva;

f) Pagar las cuotas de los préstamos de salud que la isapre hubiese otorgado a la afiliada o al afiliado.[316]

Si se trata de financiar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato con cargo a excedentes, se entenderá que éstas comprenden todos aquellos bienes o servicios destinados al control, auxilio, protección y conservación de la salud física o psíquica, y a la prevención, diagnóstico, curación, paliación y rehabilitación de enfermedades y condiciones de salud, según corresponda[317].

En este contexto, la isapre estará obligada a financiar estas prestaciones con cargo a los excedentes de cotización, a requerimiento del beneficiario, cuando sean obtenidas en un establecimiento que otorgue prestaciones de salud y que cuente con autorización sanitaria expresa vigente.

Asimismo, éstas también deberán ser financiadas con cargo a los excedentes cuando sean adquiridas en un establecimiento que no pertenezca a los mencionados y el beneficiario cuente con una prescripción de un profesional habilitado o una indicación de un profesional de la salud dentro del ámbito de su competencia, según lo establecido en el Código Sanitario.

5.2. [318]

5.3. En cualquier momento el afiliado podrá resolver el destino de sus excedentes.

5.4. Uso de los excedentes de manera presencial en la Isapre o sucursal[319]

El afiliado podrá hacer uso de sus excedentes de cotización para los fines previstos en el numeral 5.1 que precede. Para tales efectos, el beneficiario podrá efectuar una solicitud presencial de uso a la isapre, cuyo tiempo de aprobación dependerá de:

[316] Enumeración repuesta por Circular IF/275, de 2016.
[317] Párrafos 2, 3 y 4, del numeral 5.1, agregados por la Circular IF/N°219, de 13 de junio de 2014.
[318] Contenido del numeral eliminado por la Circular IF/Nº348, de 31 de enero de 2020, modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.
[319] Numeral modificado por la Circular IF/Nº348, de 31 de enero de 2020, modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.

a) Si es de aquellos usos directos ante la isapre: señalados en las letras a), d), e) y f, del numeral 5.1 antes señalado, caso en el cual la resolución de la isapre y su pago, en caso que corresponda, debe realizarse de manera coetánea a su petición, o diferirse al día hábil siguiente por motivos fundados; y

b) Si es de aquellos usos por transacciones con terceros ajenos a la isapre: mencionados en las letras b y c del mismo número 5.1., su resolución y disponibilidad para el pago debe concretarse a más tardar el tercer[320] día hábil siguiente de la solicitud, en caso de que se pida reembolso, y coetáneamente si se solicita copagar un bono en la isapre.

5.5. Cada vez que el afiliado haga uso de los excedentes, la isapre deberá dejar constancia de ello[321].

5.6. Los excedentes producidos durante la respectiva anualidad que no sean utilizados por cualquier causa, se acumularán para el período siguiente, sin perjuicio de lo establecido para las devoluciones anuales del saldo acumulado en la cuenta individual de excedente de cada afiliado[322] .

5 bis. De los sistemas en línea para uso de excedentes de manera remota o fuera de la isapre[323]

5 bis.1. Del sistema en línea para uso de excedentes por parte de los beneficiarios

Conforme al artículo 188 del D.F.L. Nº1, de 2005, de Salud, cada isapre deberá habilitar un sistema en línea que permita a los afiliados verificar sus excedentes y determinar su uso y destino libremente dentro de las alternativas que permite el numeral 5.1 de este Título IX *" Excedentes de cotización"*.

Para estos efectos, las isapres deberán implementar y proveer a su nombre, y sin costo para sus beneficiarios, una o más aplicaciones informáticas, a elección de cada institución.

Las isapres deberán velar por la compatibilidad de su(s) aplicación(es) con las tecnologías de mayor uso en el país, con miras a que el mayor número de sus beneficiarios pueda hacer uso de su(s) sistema(s) informático(s). Asimismo, en términos de seguridad digital, deberá cumplirse con los principios de *confidencialidad, disponibilidad, integridad y no repudio.*

Para efectos del tiempo de aprobación del uso en línea, por parte de la isapre, el catálogo de destinos permitidos por la Ley puede clasificarse en:

a) Los de uso directo ante la isapre: señalados en las letras a), d), e) y f), del numeral 5.1 de este Título V, en cuyo caso la isapre debe resolver inmediatamente la solicitud en línea y pagarla, en caso que corresponda esto último; y

b) Los que pueden usarse por transacciones con o a través de terceros: mencionados en las letras by e del mismo número. En estos casos, debe distinguirse entre:

   b1. La solicitud hecha en línea a la isapre: la isapre deberá resolver y estar disponible para el pago con cargo a los excedentes, en caso que corresponda esto último, a más tardar el tercer día hábil siguiente, en caso de los reembolsos, e inmediatamente en caso del copago de un bono.

   b2. La solicitud de excedentes de cotización hecha directamente en el prestador: En estos casos, deberá estarse a las reglas señaladas en el punto 5 bis.2 que sigue y la resolución de la isapre debe realizarse coetáneamente a la solicitud en el prestador.

5 bis.2 Del sistema de pago en línea para prestadores[324]

De acuerdo al artículo 188 del D.F.L. Nº1, de 2005, de Salud, los prestadores tienen derecho a recibir en línea el pago de las prestaciones de salud (no cubiertas por el contrato de salud o copagos) otorgadas con cargo al saldo disponible que cada afiliado posee en su cuenta individual de excedentes.

---

[320] Plazo modificado por Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.
[321] Párrafo modificado por Circular IF/Nº348, de 31 de enero de 2020, modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.
[322] Párrafo modificado por Circular IF/Nº348, de 31 de enero de 2020, modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.
[323] Numerales 5 bis y 5 bis.1 incorporados por la Circular IF/Nº348, de 31 de enero de 2020, modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.
[324] Numeral incorporado por la Circular IF/Nº348, de 31 de enero de 2020, modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.

Para efectos de habilitar lo antes señalado, las isapres deberán proveer a su nombre una o más aplicaciones informáticas o tecnologías que permitan a los prestadores ingresar un requerimiento de pago en línea solicitado por un beneficiario, su tramitación, validación, aprobación y pago. Lo anterior no obsta a que las isapres puedan utilizar otros sistemas tecnológicos para fines diversos, como, por ejemplo, la determinación de la bonificación y copago conforme el plan de salud contratado.

Estas aplicaciones informáticas o tecnologías deberán ser compatibles con aquellas generalmente aceptadas por el país, de manera tal que permita a los prestadores incorporarse al menor costo posible a su sistema y en el menor tiempo.

En términos de seguridad digital, deberá cumplirse con la *confidencialidad, disponibilidad, integridad y no repudio*. Conjuntamente, estas aplicaciones o tecnologías podrán ser desarrolladas, mantenidas y/o administradas por las mismas isapres o por un tercero, no obstante que las isapres siempre serán responsables por los actos del tercero frente a sus beneficiarios. Sin perjuicio de aquello, las isapres deberán velar por la máxima protección de los datos personales y sensibles de sus beneficiarios al pactar con un tercero, en conformidad al ordenamiento jurídico vigente.

El sistema de pago en línea no deberá informar al prestador el monto de excedentes que posee el beneficiario solicitante, bastando sólo la confirmación de que la operación está o no aprobada y hasta qué monto.

Respecto del sistema informático que provea la isapre a su nombre para el pago en línea con cargo a excedentes, ésta no podrá hacer cobros a los beneficiarios ni a los prestadores por las transferencias de excedentes efectuadas, ni por cualquier otro concepto que diga relación con el uso del sistema informático que provean. Sin embargo, respecto a aquellos servicios ofrecidos por terceros por cuenta y riesgo de éstos, distintos a los regulados por el presente numeral, se estará a lo que se convenga en los contratos respectivos, los que no pueden considerar cobros o traspaso de costos a los beneficiarios.

En cuanto a su materialización, el pago en línea se efectúa a través de una transferencia bancaria electrónica mensual[325] por parte de la isapre hacia el prestador por el conjunto de prestaciones de salud otorgadas en dicho período. No obstante, el prestador puede ofrecer otra modalidad y periodicidad de pago, la cual puede ser aceptada por la isapre.

Para los efectos del presente numeral, y en concordancia con el destino de los excedentes que trata este título, por prestador se entiende cualquier establecimiento que otorgue prestaciones de salud, en los términos del numeral 5.1 de este título, que cuente con autorización sanitaria expresa vigente.

Como correlato de lo antes señalado, se presume que el uso de excedentes en un establecimiento que cuente con autorización sanitaria vigente es de aquellos permitidos por el artículo 188 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, sin perjuicio que la isapre pueda controvertir aquello por motivos fundados, debiendo hacerse, en dichos casos, la consulta preventiva a esta Superintendencia de Salud.

Sobre el acceso al pago en línea, los prestadores son libres de acceder al sistema de pago en línea que cree y provea cada isapre, debiendo la isapre habilitarlos para que éstos puedan usarlo una vez que cada prestador haya aceptado el convenio general tipo creado por cada isapre. Las isapres no podrán negar a los prestadores el acceso a sus sistemas de pago en línea ni a la suscripción del convenio general tipo que a continuación se señala.

Con miras a que el derecho a pago en línea de los prestadores coexista armónicamente con la libertad del beneficiario a hacer uso de sus excedentes, cada isapre deberá establecer un convenio general tipo, aplicable a todos los prestadores y de adhesión voluntaria para éstos, en el cual -a lo menos- se resguarde:

a) La obligación de verificación de la identidad del beneficiario, las consecuencias jurídicas de su omisión y mecanismos de resolución pacífica de controversias.

b) La obligación de dar cumplimiento a la Ley 19.628, sobre protección de datos de carácter personal, sin perjuicio de que la información debe limitarse a la necesaria para realizar el pago en línea de excedentes, como se señala en este numeral;

[325] Periodicidad modificada por Resolución Exenta IF/Nº 187, de 03 de abril de 2020.

c) Responsabilidades del prestador frente a incumplimiento de alguna obligación del convenio, debiendo incluirse la posibilidad de la isapre de negar el acceso al sistema de pago en línea a aquellos prestadores que hayan realizado un fraude hacia los beneficiarios en el uso de los excedentes.

d) La activación de protocolos ante contingencias que impidan hacer uso del sistema (por ejemplo, caídas del sistema, fuerza mayor, etc).

Las cláusulas que se establezcan en el convenio general tipo serán iguales para todos los prestadores y no podrán ser redactadas en términos tales que limiten a los prestadores el derecho que tienen a recibir el pago en línea y a acceder al sistema informático que permite su realización.

Las isapres siempre deben permitir a los prestadores la suscripción del convenio general tipo.

Todos los convenios que trata el presente numeral deberán estar siempre disponibles para la fiscalización de esta Superintendencia de Salud, a requerimiento de ésta.

6. Procedimiento de cálculo del saldo de la cuenta corriente individual de excedentes

6.1. Saldo contable y saldo disponible

Se entenderá por saldo contable y saldo disponible lo establecido en los números 1.5 y 1.6, respectivamente del punto 1 “Definiciones” de este Título.

El monto del saldo disponible correspondiente al cumplimiento del semestre de vigencia de beneficios, o al momento en que se ponga término al contrato, deberá ser igual al monto del saldo contable, toda vez que en ese momento deben hacerse efectivos los intereses y reajustes y la isapre debe realizar el cobro de la comisión provisionada en los meses anteriores.

Para determinar los reajustes, intereses y la comisión de cada mes, se considerará el saldo contable registrado el último día del mes respectivo.

6.2. Reajustes e intereses

Los fondos acumulados en la cuenta corriente se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor y devengarán el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo período.

El referido índice corresponderá, por lo tanto, a la tasa promedio de cada mes para captaciones de 90 a 365 días, reajustables en U.F. y que el Banco Central informa anualizada (base 360 días). El cálculo periódico del saldo de los excedentes deberá contemplar, entonces, la duodécima parte de la tasa enunciada por dicho Organismo, a fin de traducirla a base mensual[326].

Los reajustes e intereses se devengarán mensualmente, pasando a formar parte del saldo contable. Sólo al cumplirse el semestre de vigencia de beneficios respectivo quedarán incorporados en el saldo disponible de la cuenta corriente individual.

6.3. Deducción de la comisión

La comisión a que hace referencia el inciso sexto del artículo 188 del DFL N° 1, será cobrada semestralmente por las isapres. No obstante, como una forma de otorgar simetría respecto de los cargos y abonos que se realizan en la cuenta corriente individual, las isapres están facultadas para provisionar mensualmente dicha comisión, rebajándola del monto acumulado de excedentes.

Dado que la comisión se devenga mensualmente, al momento de provisionarla, las isapres deberán considerar un monto máximo equivalente a la sexta parte del porcentaje de comisión semestral vigente en el mes en que ésta se devenga, según corresponda.

[326] Circular N°176, 25.09.2012

6.4. Usos

Cada vez que el afiliado haga uso de los excedentes, éstos se deducirán de los saldos contable y disponible de la cuenta corriente individual en el mes en que se realice el pago por parte de la isapre.

7. Comisión

Las isapres podrán cobrar semestralmente a cada cotizante, por la mantención de la cuenta corriente individual de excedentes, siempre y cuando el saldo de ella sea positivo, un porcentaje de los fondos acumulados en dicha cuenta, cuyo rango máximo será fijado por la Superintendencia de Salud, pudiendo establecer un mínimo, en unidades de fomento, a ser cobrado por las isapres, en cualquier circunstancia, por la administración de dichas cuentas corrientes de excedentes.

Esta comisión será aplicada por semestre calendario, es decir, de enero a junio y de julio a diciembre de cada año.

Las instituciones deberán informar a la Superintendencia el porcentaje a que hace referencia el primer punto de este número, cada vez que se modifique su valor, dentro de los cinco primeros días de los meses de diciembre y junio, anteriores a aquél semestre en que se comience a cobrar.

Sin perjuicio del porcentaje de comisión que decidan cobrar las isapres a cada afiliado por la mantención de la cuenta corriente individual, la Superintendencia, a más tardar el 31 de mayo y el 30 de noviembre de cada año, comunicará a las isapres, mediante un oficio circular, el porcentaje máximo a aplicar sobre los fondos acumulados en dichas cuentas, que éstas podrán cobrar por dicho concepto durante el semestre calendario inmediatamente siguiente así como el monto mínimo en unidades de fomento, a que alude el párrafo primero de este punto.

7 bis. Devolución anual de excedentes de cotización a las personas afiliadas[327]

7 bis.1. Contenido de la devolución anual de excedentes

Hasta el último día hábil de enero de cada año, las isapres deberán devolver la totalidad de los saldos acumulados al 31 de diciembre del año anterior -al de la devolución- de las cuentas de excedentes de cotización de sus personas afiliadas vigentes a esa misma fecha, que no hayan sido requeridos para alguno de los fines Indicados en el artículo 188 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud.

Esta devolución deberá realizarse a todas las personas afiliadas que mantengan saldo al 31 de diciembre, independientemente de los meses de vigencia que tenga el respectivo contrato de salud a esa fecha.

De acuerdo a lo establecido en el numeral 6.2 *"Reajustes e intereses"*, del Título IX *"Excedentes de Cotización"*, del Capítulo III *"Cotizaciones"*, del Compendio de Procedimientos, en el referido saldo, al 31 de diciembre del año anterior a la devolución, se deberán considerar en la devolución los reajustes, intereses y comisión devengados a esa misma fecha por los fondos acumulados de excedentes de cotización.

Para efectos de la devolución, la isapre deberá restar al saldo acumulado los excedentes utilizados por los beneficiarlos entre el 1 de enero siguiente y la fecha en que se realice la devolución anual. La lsapre podrá restringir el uso de excedentes hasta tres días corridos inmediatamente anteriores a la devolución, para efectos de realizarla y para evitar un doble reembolso. Igualmente, la isapre deberá reintegrar los montos a la cuenta corriente de excedentes y rehabilitar su uso al día hábil siguiente al que se verifique una falla en la transferencia electrónica o se produzca la caducidad o vencimiento de los documentos, conforme a lo señalado en el numeral que sigue.

En caso que la isapre decida restringir el uso de excedentes previo a la devolución anual, deberá informarlo a sus beneficiarios a través de correo electrónico, portal web y sucursales, con a lo menos 10 días hábiles de anticipación a la restricción.

Los saldos acumulados mencionados continuarán devengando reajustes, intereses y comisión hasta la fecha en que se realice materialmente la devolución anual. Estos reajustes e intereses no deberán ser devueltos en el mismo

[327] Numeral 7 bis incorporado por la Circular IF/N° 344, de 27 de diciembre de 2019, que "Imparte Instrucciones sobre devolución anual de excedentes de cotización de salud".

proceso, sino que se imputarán a las respectivas cuentas corrientes individuales de excedentes, debiendo ser devueltos en el próximo proceso de devolución anual, en caso que no hayan sido utilizados durante el año.

Sin perjuicio de lo señalado, los saldos acumulados que no pudieron ser devueltos siempre podrán ser requeridos por el afiliado a la isapre, ya sea presencialmente a través de cualquier sucursal o su página web, debiendo esta última devolverlos, de acuerdo a las reglas que se mencionan en el próximo numeral. En caso que el afiliado no haga uso de este derecho y mantenga en su cuenta corriente un saldo de excedentes que no haya sido utilizado durante el año, el saldo acumulado será devuelto en el próximo proceso de devolución anual.

7 bis.2. Procedimiento de devolución anual de excedentes

La isapre efectuará la devolución anual automáticamente, mediante una transferencia electrónica a la cuenta bancaria de cada uno de sus afiliados y afiliadas vigentes que haya sido informada en su oportunidad como cuenta de destino de los pagos efectuados por la isapre, pudiendo ser ésta, a modo de ejemplo, una cuenta corriente, chequera electrónica, cuenta RUT, cuenta de ahorro o cualquier otra.

Las isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar las transferencias de dinero efectuadas a las cuentas bancarias de los afiliados y afiliadas, sin perjuicio de la información que se requiere en el numeral 2) *"Archivo Maestro para la Devolución anual de Excedentes de cotización"*, del Título XIX *"Excedentes de cotización"*, del Capítulo II *"Archivos Maestros"*, del Compendio de Información, de esta Intendencia, para efecto de individualizar las transferencias y medios complementarios usados cuando corresponda.

En caso que la persona afiliada no haya informado a la isapre una cuenta bancaria, esta última deberá pagar hasta el último día hábil de enero de cada año, utilizando alguno de los siguientes medios de pago:

a) Extender un cheque nominativo a nombre de la persona afiliada, poniéndolo a su disposición en la sucursal de la isapre más cercana a su domicilio, indicándole el plazo para retirar y cobrar el documento.

b) Poner a disposición de la persona afi liada un vale vista para ser cobrado en cualquier sucursal del Banco que lo emitió, indicándole el plazo para retirar y cobrar el documento.

Cuando los montos sujetos a devolución resulten inferiores a 0,08 U.F., la isapre informará a sus afiliados y afiliadas sobre la posibilidad de retirarlos personalmente en cualquier sucursal o cobrarlos a través de la página web de la isapre. Mientras no ocurra su retiro, los correspondientes fondos deberán permanecer en las cuentas corrientes individuales de excedentes, pudiendo éstos devolverse automáticamente en caso que superen dicho monto, conforme al procedimiento señalado precedentemente.

Los cheques y vale vista se deberán mantener como documentos por pagar sólo hasta la fecha de su vencimiento o caducidad, debiendo reintegrarse al día siguiente de vencido dicho plazo a la cuenta corriente individual de excedentes de la persona afiliada, identificando con una glosa denominada "Reintegro Excedentes Devolución Anual", que deje evidencia de tal situación para distinguirla de los demás movimientos. El mismo reintegro deberá efectuarse cuando por cualquier motivo no se materialicen efectivamente las correspondientes transferencias electrónicas o depósitos de fondos. Los montos reintegrados comenzarán a devengar intereses, reajustes y comisiones a partir de la fecha de su reincorporación a la cuenta corriente individual.

En estos casos, los fondos reintegrados se acumularán, debiendo ser incorporados dentro del próximo proceso de devolución anual, salvo cuando la persona afiliada, en cualquier momento y aun cuando no pertenezca a la isapre, solicite su devolución a la isapre, la que deberá materializarla en un plazo máximo de 7 días hábiles, contado desde la fecha de presentación de la solicitud, ya sea a través de un depósito bancario o a través de la suscripción de un documento de pago. En este último caso, la isapre deberá restar al saldo acumulado los excedentes utilizados por los beneficiarios a la fecha en que se materialice la devolución.

7 bis.3 . Comunicación a las personas afiliadas de la devolución anual de excedentes

Antes de la devolución anual, durante el mes de diciembre de cada año, las isapres deberán informar vía correo electrónico, en su página web y en cualquier otro medio que estimen convenientes, a sus afiliados y afiliadas sobre la devolución anual de excedentes a realizar en el mes de enero respectivo, en el cual se haga presente la posibilidad de que éstos informen o actualicen en la isapre sus cuentas bancarias respecto de la cual son titulares, en conformidad al numeral 5 *"Comunicación y registro de datos de los afiliados para la transferencia electrónica"*, del Título VII *"Comunicaciones entre las partes en relación al contrato de salud"*, del Capítulo I *"Procedimientos*

Relativos al Contrato de Salud", del Compendio de Procedimientos, para efectos de facilitar y acelerar el proceso de devolución anual de excedentes de cotización para salud.

A más tardar el quinto día hábil del mes de febrero siguiente a aquél en que se efectúe la devolución anual de excedentes, las isapres deberán comunicar a los afiliados y afiliadas acerca del pago efectuado y su monto, al correo electrónico que les hayan informado y fijado como medio de notificación haciendo presente que dicha acción se realiza por instrucciones de la Superintendencia de Salud, incluyendo una explicación de cómo se determinó el saldo sujeto a devolución. Asimismo, en caso de no concretarse la transferencia electrónica, deberá indicar las recomendaciones para materializar el cobro de los excedentes y como proceder en aquellos casos en que el cobro de los respectivos documentos no se efectúe oportunamente, Informándose que la isapre deberá realizar el pago a las personas afiliadas en un plazo máximo de 7 días hábiles, contado desde la fecha de presentación de la solicitud.

De no disponer de la dirección de correo electrónico, las isapres deberán enviar una carta para efectuar dicha notificación.

En el caso de devolución de excedentes de cotización inferiores a 0,08 U.F. y que no haya sido posible la transferencia bancaria electrónica, las isapres deberán informar sobre la posibilidad de retirarlos en cualquier sucursal o a través de sus páginas web.

Tratándose de devolución por medio de un cheque nominativo o vale vista bancario, en el correo electrónico o carta explicativa la isapre deberá comunicarle a la persona afiliada el plazo de caducidad de los documentos.

En cualquiera de los dos últimos tipos de notificaciones, correo electrónico o carta, las instituciones deberán conservar el registro que permita acreditar el cumplimiento del despacho de las comunicaciones efectuadas.

7 bis.4.[328]

7 bis.5. Información a la Superintendencia sobre la devolución anual de excedentes

A más tardar el quinto día hábil del mes de febrero siguiente a aquél en que se efectúe la devolución anual de excedentes, la isapre deberá remitir a esta Superintendencia, a través de su Oficina de Partes, la información detallada en el siguiente cuadro.

1. Cuadro: Resumen Devolución Anual de Excedentes

	Modalidad	Monto $	Cantidad Destinatarios
Personas sujetas a devolución	Transferencia Electrónica de Fondos		
	Cheque Nominativo		
	Vale Vista		
	Total Devolución		
Personas a quienes no les correspondió devolución por montos inferiores al mínimo de 0,08 U.F.			

Asimismo, a más tardar el 5 de mayo siguiente a la devolución, las isapres deberán informar mediante carta a la Superintendencia los resultados obtenidos del proceso de devolución anual de excedentes mediante la información requerida en el siguiente cuadro:

2. Cuadro: Resumen Estado y Conciliación Devolución Anual de Excedentes

	Total Devolución

[328] Numeral eliminado por Resolución Exenta SS/Nº948, de 17 de diciembre de 2020.

Concepto	$	Destinatarios
Saldo acumulado de excedentes al 31 de diciembre de….		
Menos usos de excedentes imputados previo a la devolución		
Menos otros movimientos y ajustes		
Total devolución anual		
Menos transferencias no ejecutadas		
Menos documentos caducados		
Total efectivamente cobrado y transferido		
Personas correspondientes al monto efectivamente pagado		
Monto Reintegrado a garantía en custodia		

8. Traspaso de los excedentes[329]

8.1. Traspaso de los excedentes a otra isapre

En el evento que se ponga término al contrato de salud y el cotizante se incorpore a otra isapre, deberán traspasarse los fondos acumulados en su cuenta corriente individual de excedentes a la nueva institución de salud previsional.

Para este efecto, la nueva isapre deberá comunicar por escrito a la institución de antigua afiliación la circunstancia de haberse suscrito el contrato, requiriéndole la remisión de los fondos de excedentes que ésta mantuviere en su poder.

La comunicación indicada podrá remitirse hasta el último día hábil de cada mes, adjuntando una nómina en que se individualice y se indique el número de R.U.T. del o los cotizantes que hubiesen celebrado contrato el mes anterior.

La isapre de antigua afiliación dispondrá de un plazo de quince días hábiles, contado desde la recepción de la comunicación, para remitir los fondos de la cuenta corriente de excedentes de cotización o informar de su inexistencia, según corresponda. El retardo en el traspaso de los excedentes obligará a la isapre deudora a asumir los reajustes e intereses que se generen durante la mora, sin derecho a cobrar comisión.

La nueva isapre se hará cargo de los reajustes e intereses del mes en que se concrete el traspaso, pudiendo cobrar la comisión correspondiente.

Si los fondos acumulados en la cuenta ascienden a un monto inferior a 0.019 Unidades de Fomento, la isapre deudora podrá abstenerse de efectuar su traspaso, comunicando el motivo correspondiente a la isapre de nueva afiliación e indicando el monto acumulado en la cuenta. Lo señalado es sin perjuicio que dicha suma deberá ser traspasada en su totalidad cuando así lo solicite el afiliado, por cualquier medio escrito.

La isapre deudora dispondrá de quince días hábiles, contado desde la recepción de la comunicación, para responder a la isapre de nueva afiliación. Asimismo, contará con igual plazo para remitir los fondos solicitados expresamente por el afiliado.

[329] Numeral 8 Eliminado por la Circular IF/N° 344, de 27 de diciembre de 2019, que “Imparte Instrucciones sobre devolución anual de excedentes de cotización de salud”. Reincorporado por la Resolución Exenta SS/Nº 948, de 17 de diciembre de 2020.

8.2. Traspaso de los excedentes al Fonasa

En caso que se ponga término al contrato de salud y el interesado decida, a partir de ese momento, efectuar sus cotizaciones en el Fonasa, los haberes existentes a su favor deberán ser traspasados a dicho Organismo a más tardar el día 15 del mes subsiguiente a aquél en que se termine la vigencia de los beneficios en la isapre. Para el traspaso de excedentes al Fonasa, la isapre deberá enviar el Archivo indicado en el Anexo N° 3.

En el evento que los fondos acumulados en la cuenta ascienden a un monto inferior a 0.019 Unidades de Fomento, la isapre deudora podrá abstenerse de efectuar su traspaso al Fonasa, a menos que así lo solicite el afiliado por cualquier medio escrito. En este caso la isapre dispondrá de quince días hábiles, contado desde la recepción de la comunicación, para remitir dichas sumas al Fonasa[330].

8.3. Tratamiento contable

Cuando las cuentas corrientes con montos inferiores a 0.019 UF no hayan sido traspasadas a la nueva isapre de los respectivos cotizantes o al Fonasa, según el caso, podrán ser rebajados del pasivo correspondiente, e imputarse a la cuenta que correspondiere de acuerdo a la normativa vigente en el período, transcurridos tres meses desde la terminación del contrato de salud.[331]

8.4. Eliminado[332]

9. Situaciones especiales

9.1. Cotizante que pasa a ser carga o beneficiario de otro

El excedente acumulado de un afiliado que pasa a ser carga legal o médica de otro cotizante, deberá incrementar la cuenta del titular del contrato. En caso que dicho beneficiario recupere su calidad de cotizante, no tendrá derecho a solicitar la devolución de lo que hubiere aportado.

9.2. Beneficiario-cotizante

Si la carga médica, con el aporte del 7% de su remuneración, contribuyera a generar excedentes, éstos se entenderán de propiedad del titular de modo que no tendrá derecho a solicitar su devolución.

9.5. Cotizante que fallece[333]

En este caso debe entenderse que el contrato expira el último día del mes del fallecimiento del cotizante. A partir de ese momento los fondos acumulados en la cuenta corriente individual pasarán a formar parte de la masa hereditaria, no devengando reajustes, intereses ni siendo procedente el cobro de comisión.

10. Revocación de la renuncia a los excedentes suscrita con anterioridad al 1 de marzo de 2009

10.1. Efectos de la revocación de la renuncia

Cualquiera sea el tipo de plan, en aquellos casos en que la renuncia se hubiese suscrito a objeto de pactar determinados beneficios, adicionales al plan de salud, la revocación de ésta facultará a la isapre para dar término a los señalados beneficios.

Por otra parte, en los casos en que la renuncia se suscribió a objeto de acceder a un plan con mayores beneficios, la revocación de ésta no afectará el plan de salud vigente, que deberá permanecer en los términos pactados.

10.2. Procedimiento de revocación

---

[330] Última frase del primer párrafo del numerando 8.2 fue incorporada a través de Circular IF/N° 164, del 3 de enero de 2012.

[331] Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

[332] Punto 8.4. "Traspaso de los fondos acumulados en las cuentas corrientes individuales de excedentes de cotizaciones de afiliados que al término del contrato con una isapre cotizan para salud en el Fonasa", eliminado por Circular IF/275, de 2016.

[333] Numeral 9.5 Eliminado por la Circular IF/N° 344, de 27 de diciembre de 2019, que "Imparte Instrucciones sobre devolución anual de excedentes de cotización de salud". Reincorporado por la Resolución Exenta SS/Nº948, de 17 de diciembre de 2020.

La revocación de la renuncia a los excedentes se sujetará al siguiente procedimiento:

10.2.1. Quien desee revocar su renuncia a los excedentes deberá comunicarlo en cualquier oficina, agencia, sucursal o portal web de la isapre, acto en el cual requerirá información relativa a los efectos de la revocación de su renuncia a los excedentes, mediante la utilización de la primera parte del formulario cuyo formato se contiene en Anexo N° 2 de este Título, denominado “Revocación de Renuncia a los Excedentes de Cotización” y que deberá estar disponible físicamente en las agencias y oficinas de las isapres y en el portal web de éstas y de la Superintendencia de Salud.

10.2.2. La isapre dispondrá de un plazo de cinco días hábiles para completar la segunda parte del formulario, debiendo señalar con precisión los efectos de la revocación, incorporando una marca visible en el casillero correspondiente a la situación en que se encuentre el o la cotizante que haya solicitado la información, según los casos referidos en el punto 10.1 precedente “Efectos de la revocación de la renuncia”.

Dicha información deberá estar a disposición del o la cotizante en las oficinas de la isapre o en el portal Web, en el caso que la solicitud haya sido efectuada por esta vía por un afiliado o afiliada registrado en él, según los procedimientos de la isapre.

10.2.3. Una vez transcurridos los cinco días hábiles señalados y estando en conocimiento de la información referida precedentemente, el o la cotizante podrá suscribir, personalmente o por representante habilitado al efecto, su revocación de la renuncia.

El documento en que conste la revocación de la renuncia a los excedentes se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada contratante.

10.2.4. El formulario que se genere en relación a la retractación de la renuncia a los excedentes de cotización deberá mantenerse en la carpeta del o la cotizante.

Anexo Nº 1 RENUNCIA A LOS EXCEDENTES DE COTIZACIÓN

EN PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS Y EN LOS PLANES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 200 DEL DFL N° 1: PLANES GRUPALES Y PLANES SUSCRITOS CON ISAPRES CERRADAS

En ..... a .... de ..... de....., el o la cotizante Sr.(a)....., RUT ....., por este acto manifiesta expresamente su determinación de renunciar a los excedentes de cotización legal que se produjeren o pudieren producirse a contar de esta fecha.

Quien suscribe declara que esta renuncia se fundamenta en su deseo e intención de destinar estos fondos, de su propiedad, (marcar alternativa que corresponda)

☐ A financiar los siguientes beneficios adicionales al plan de salud:

1.……

2.……

3.……

☐ A financiar los mayores beneficios que otorga el plan ..... (individualizar el plan)

Esta renuncia sólo producirá efectos hacia el futuro y será válida hasta que el afiliado opte por retractarse de ella, o bien, cuando, por cualquier causa, cambie de plan de salud.

[334]

El presente documento se suscribe en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada contratante.

---------- -------- ----------

FIRMA COTIZANTE **FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE**

NOMBRE:……

RUT:……

[334] Vocablo “eliminado”, suprimido por Circular IF/275, de 2016.

Anexo Nº 2 REVOCACIÓN DE LA RENUNCIA A LOS EXCEDENTES DE COTIZACIÓN

Parte I: El o la cotizante deberá completar alguna de las siguientes situaciones:

☐ Declaro estar en conocimiento y/o disponer de la información relativa a los efectos de mi revocación de la renuncia a los excedentes de cotización.

☐ Solicito se me informen los efectos de mi eventual revocación de la renuncia a los excedentes de cotización. (La información relativa a los efectos de la revocación estará disponible el 5° día hábil)

_____ _____

Firma **Fecha**

Parte II: Información sobre efectos de la Revocación (no será necesario detallar los beneficios si el o la cotizante declaró conocerlos)

Isapre _____ informa a usted que (marcar alternativa que corresponde a situación de cotizante):

☐ La renuncia a los excedentes de cotización se suscribió a objeto de pactar determinados beneficios adicionales al plan de salud, que se individualizan:

1……

2……

3……

Los beneficios señalados se mantienen vigentes **SI** ☐ **NO** ☐

En el caso de no mantener los beneficios individualizados, la revocación de la renuncia importará dejarlos sin efecto, a contar de…… de…… de 20….. (Esta fecha deberá ser completada por la isapre, indicando el primer día del mes subsiguiente a la fecha de la revocación).

☐ La renuncia se formuló a objeto de acceder a un plan con mayores beneficios. La presente revocación no afectará el plan de salud vigente.

Parte III: Revocación de renuncia a los excedentes:

En conocimiento de la información proporcionada por Isapre _____, referida a los efectos de la revocación, vengo en revocar dicha renuncia.

Cotizante _____ **Rut** _____ **Firma** _____

_____ _____

Firma representante isapre y timbre **Fecha Suscripción**

Anexo N° 3 ARCHIVO DE TRASPASO DE EXCEDENTES AL FONASA[335]

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	RUN persona afiliada	Numérico
02	DV persona afiliada	Alfanumérico
03	Saldo cuenta excedente	Numérico

Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	RUN de la Persona Afiliada	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante que se afilió a FONASA y que mantenía cuenta corriente de excedentes.
02	DV del RUN de la Persona Afiliada.	Corresponde al dígito verificador del RUN de la persona cotizante que se afilió a FONASA y que mantenía cuenta corriente de excedentes.
03	Saldo Cuenta Excedente	Corresponde al monto que tenía la persona cotizante en la cuenta corriente de excedentes al momento de desafiliarse a la isapre para afiliarse en el FONASA.

Características generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre del Archivo	- Traspaso excedentes de cotización
Características del Archivo	- Archivo TXT - Un registro por línea - Separador de campo carácter pipe (|)

[335] Anexo incorporado a través de Circular IF/N° 164, del 3 de enero de 2012. Anexo N°3 Eliminado por la Circular IF/N° 344, de 27 de diciembre de 2019, que "Imparte Instrucciones sobre devolución anual de excedentes de cotización de salud". Reincorporado por la Resolución Exenta IF/Nº 948, de 17 de diciembre de 2020.

Título X: Determinación de la tabla de reajustes e intereses aplicable a las cotizaciones de salud pagadas fuera del plazo legal

1. La Superintendencia confecciona y emite mensualmente, en relación con el período de pago que corresponda, la tabla de reajustes e intereses que regirá para el cálculo de todas aquellas cotizaciones de salud que no hayan sido pagadas de forma oportuna.

2. La fecha de emisión de la referida tabla será el día veinte de cada mes. Si éste recae en un día sábado domingo o festivo, la emisión se prorrogará automáticamente al día hábil siguiente.

3. La tabla contendrá los datos relativos a los meses de devengamiento de las remuneraciones anteriores al mes que corresponda al del pago.

Asimismo, se informará la tasa que resultó relevante para el cálculo de los intereses y que, por consiguiente, se ha utilizado para la confección de la respectiva tabla.

4. En uso de las atribuciones conferidas a la Superintendencia de Salud en el artículo 110 N° 2 del DFL N° 1, se informa la modificación en la interpretación de la aplicación del artículo 186 del citado DFL N° 1, en lo que respecta al empleo de una tasa de interés compuesto para el cálculo de los intereses penales de las cotizaciones que no se paguen oportunamente por el empleador, la entidad encargada del pago de la pensión, el trabajador independiente o el imponente voluntario[336].

En consecuencia, se han efectuado los ajustes correspondientes en la confección de la tabla de intereses y reajustes que la Superintendencia pone a disposición en la página Web institucional, como herramienta de cálculo. La tabla se inicia para pagos que deberán efectuarse en el mes de mayo de 2010 y considera la posibilidad de efectuar cálculos retroactivos a contar del mes de enero de 2005.

La vía de acceso a la aplicación se efectúa ingresando en la sección “Aseguradoras Fonasa e isapres”, para luego seleccionar “Isapres” y luego “Información”, que contiene el link a “Tabla de reajustes e intereses.

[336] Modificado por la Circular IFN°152, del 30 de junio de 2011.

Título XI: Obligación de las isapres de recibir las actas de fiscalización de la Dirección del Trabajo, respecto al cumplimiento de la obligación de los empleadores de enterar las cotizaciones de salud que descuentan a sus trabajadores

El cumplimiento de esta obligación deberá sujetarse a las siguientes reglas:

1. Las isapres deberán recibir las “Actas de Fiscalización” que la Dirección del Trabajo les remita, en cumplimiento de la obligación que le impone el inciso final del artículo 185 del DFL Nº 1.

2. Las isapres no podrán devolver dichas Actas, fundándose en que el trabajador ya no tiene la calidad de afiliado con contrato de salud vigente.

3. Sólo se permitirá la devolución cuando las respectivas Actas de Fiscalización se refieran a períodos de cotizaciones impagas en que el trabajador no era afiliado a la Institución de Salud Previsional que corresponda.

Título XII: Acreditación del pago de las cotizaciones de salud

En virtud de lo dispuesto en el inciso quinto del artículo 162 del Código del Trabajo, la cotización de salud deberá encontrarse pagada al momento en que un empleador ponga término a una relación de trabajo, razón por la cual las isapres deberán colaborar con los empleadores, mediante la certificación del pago de las cotizaciones correspondientes, para que éstos puedan dar cumplimiento al requisito antes mencionado.

1. Certificado de cotizaciones de salud pagadas

A requerimiento del empleador o de quien lo represente, las isapres deberán emitir un documento denominado Certificado de Cotizaciones de Salud Pagadas, cuyo formato se contiene en Anexo de este Título, el que deberá contener la información relativa a las cotizaciones de salud que hubiesen sido pagadas por el respectivo empleador.

El certificado referido en el párrafo anterior deberá ponerse a disposición del empleador dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la fecha de recepción de la solicitud en las oficinas de la isapre.

Las isapres no estarán obligadas a certificar el último período de pago -correspondiente al mes de despido- el que deberá ser acreditado por el empleador ante el trabajador con la respectiva planilla de pago. De igual forma deberá proceder el empleador, cuando pague cotizaciones de salud previamente declaradas o atrasadas sin declaración.

2. Excepción a la obligación de emitir el certificado

En caso que las isapres se vean enfrentadas a problemas operativos insuperables, que les impidan certificar el pago de cotizaciones correspondiente al mes anterior al del despido, las instituciones podrán verse excepcionadas de certificar la información respecto de dicho período.

3. Formulario de solicitud de certificado de cotizaciones pagadas

Las isapres deberán mantener en sus agencias, a disposición de los empleadores, el formulario de Solicitud de Certificado de Cotizaciones de Salud Pagadas, el cual será de diseño libre, debiendo emitirse en original para la isapre y copia para el empleador.

Los datos mínimos que deberá contener la solicitud, serán los siguientes:

a.- Fecha de la solicitud (ddmmaaaa)

b.- Nombre o razón social y número de RUT del empleador

c.- Nombre completo y número de RUT del trabajador

d.- Período solicitado a certificar (desde – hasta)

e.- Fecha de entrega (a llenar por la isapre)

f.- Timbre de recepción y firma del funcionario de la isapre.

El original de la solicitud y la copia del Certificado de Cotizaciones de Salud Pagadas, deberán mantenerse en la isapre, por un período de doce meses.

Anexo

CERTIFICADO DE COTIZACIONES DE SALUD PAGADAS

Fecha de emisión

Isapre_____, certifica que a la fecha de emisión del presente documento, el empleador (nombre o razón social)_____, RUT_____, ha pagado las cotizaciones de salud correspondientes al Sr. _____, RUT_____, de acuerdo al siguiente detalle:

MES DE DEVENGAMIENTO DE LA REMUNERACIÓN	COTIZACIÓN PACTADA ($)	MONTO COTIZADO ($)	FECHA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN

Se extiende el presente certificado a petición del empleador

FIRMA Y TIMBRE ISAPRE

Título XIII: Obligación de las isapres de recibir el pago de cotizaciones atrasadas

Las isapres no pueden excusarse de recibir el pago del total de las cotizaciones atrasadas correspondientes a uno de sus cotizantes, por no haberse incluido en dicho pago, las cotizaciones atrasadas del resto de los afiliados que aparecen registrados en una misma planilla declarada, pues con ello se estaría imponiendo a los empleadores un requisito adicional al previsto en la ley para el ejercicio de la facultad de poner término a una relación laboral.

Título XIV: Cotizaciones durante los periodos de incapacidad laboral [337]

1. Plazo para el pago

Durante los períodos de incapacidad laboral de los trabajadores dependientes e independientes afiliados a regímenes de pensiones, se deben efectuar las cotizaciones que establece la normativa vigente destinada a financiar prestaciones de salud y de previsión, conforme lo dispuesto por el artículo 22 del DFL Nº 44, de 1978 y el artículo 17 del DL Nº 3.500, de 1980[338].

Las aludidas cotizaciones deberán enterarse en las instituciones que corresponda, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se autorizó la licencia médica, y por ende, en que se devengó el subsidio, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

2. Base de cálculo

Durante los períodos de incapacidad laboral, las cotizaciones que los afiliados al Sistema de Pensiones reg ido por el DL 3500 deben efectuar se calculan sobre la base de la última remuneración o renta imponible correspondiente al mes anterior en que se haya iniciado la licencia o en su defecto la estipulada en el respectivo contrato de trabajo[339].

En consideración a que tanto el artículo 22 del DFL Nº 44, de 1978, ya citado, como el artículo 17 del mencionado DL Nº 3.500 exigen cotizar durante los períodos de incapacidad laboral, para efectos del cálculo y entero de las referidas cotizaciones, se deben incluir los tres primeros días de licencia médica igual o inferior a diez días que constituye un período de carencia del subsidio. De esta manera, se deberá cotizar para previsión y salud por los trabajadores que cumplan con los requisitos para tener derecho a subsidio, aún cuando no perciban suma alguna por dicho concepto por efecto de la carencia que contempla el artículo 14 del citado DFL Nº 44.

A fin de que el trabajador en goce de subsidio no se vea afectado en el monto líquido del beneficio por efecto de las cotizaciones que debe realizar, el artículo 95 de la Ley Nº 18.768 dispone el incremento de los subsidios en el mismo monto de las cotizaciones que se deben efectuar.

3. Convenio de pago

Las isapres que en uso de la facultad que les confiere el artículo 19 del citado DFL Nº 44, celebren convenio con los empleadores para el pago de los subsidios, deberán tener presente que tal facultad no puede hacerse extensiva al pago de las correspondientes cotizaciones, dado que tal obligación no es delegable conforme a lo dispuesto en el artículo 195 del DFL Nº 1, consecuente con lo expresado en el artículo 22 del DFL Nº 44, de 1978 y el artículo 17 del DL Nº 3.500, de 1980.

4. Planilla de recaudación

Las isapres deberán utilizar las planillas de recaudación de imposiciones elaboradas por el Instituto de Previsión Social (ex Instituto de Normalización Previsional) para el entero de dichas imposiciones durante los períodos de incapacidad laboral.

[337] D.L. Nº 3.500, de 1980 y del D.F.L. Nº 44, de 1978. Ley Nº 19.728, artículo 8°
[338] Modificado por Circular IF/N° 283, 25.4.17.
[339] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

Título XV: IVA y cotizaciones previsionales

La exención establecida en los números 6 y 7 del artículo 13 del DL N° 825, de 1974, sólo alcanza a las cotizaciones del afiliado y las que se hacen a favor de personas por las cuales aquel perciba asignación familiar que no excedan el tope máximo legal, quedando, en consecuencia, gravadas con el impuesto al valor agregado las cotizaciones adicionales relativas a personas por las cuales el cotizante no tenga derecho a percibir asignación familiar, como por toda otra cotización que exceda del tope máximo legal de 4.2, o 4.529 Unidades de Fomento, según corresponda (o el tope que fije la Superintendencia de Pensiones).[340]

El tributo se devengará en el momento en que se perciban o se pongan, en cualquier forma, a disposición del prestador del servicio.

Para los efectos de la aplicación del impuesto al valor agregado, la base imponible de las ventas o servicios estará constituida por el valor de las operaciones respectivas, debiendo adicionarse a dicho valor, si no estuvieren comprendidas en él, entre otros, el monto de los reajustes, intereses y gastos de financiamiento de la operación a plazo, incluyendo los intereses moratorios que se hubieren hecho exigibles o percibido anticipadamente en el período tributario.

En consecuencia, es criterio del Servicio de Impuestos Internos, como organismo competente para interpretar las normas que regulan la materia, que el impuesto al valor agregado originado en las cotizaciones adicionales relativas a personas por las cuales el cotizante no tenga derecho a percibir asignación familiar, como por toda otra cotización que exceda del tope máximo legal de 4.2, o 4.529 Unidades de Fomento, según corresponda (o el tope que fije la Superintendencia de Pensiones), se devenga en el momento en que se perciban o se pongan, en cualquier forma, a disposición de la isapre, los ingresos provenientes de la prestación de servicios de salud.

Para los efectos de la aplicación del impuesto, ese organismo no considera que la declaración de las cotizaciones, sin el pago correspondiente, que hace el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, sea una forma de poner a disposición de la isapre los ingresos pertinentes.

Por lo tanto, sólo procederá incluir las referidas cotizaciones de salud en el Libro de Ventas, en el mes en que efectivamente éstas sean pagadas, debiendo considerarse como base imponible para la determinación del débito fiscal, el monto de las respectivas cotizaciones, más el monto de los reajustes e intereses que se originen entre el último día del plazo en que debió efectuarse el pago y el día en que efectivamente éste se realice.

---

[340] La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2014, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento.
La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2013, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 70,3 Unidades de Fomento.
La Resolución Exenta N° 16, 05.01.2012, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 67,4 Unidades de Fomento.
La Resolución Exenta N° 27, 06.01.2011, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 66 Unidades de Fomento.

Título XVI: Cotizaciones de trabajadores dependientes con más de un empleador

1. Los trabajadores dependientes que perciban simultáneamente remuneraciones de dos o más empleadores deberán sumar todas las remuneraciones para los efectos del pago de sus cotizaciones de salud, hasta el límite máximo imponible de 4.2, o 4.529 Unidades de Fomento, según corresponda (o el tope que fije la Superintendencia de Pensiones), del último día del mes anterior al cual correspondan las remuneraciones, siempre que los empleos tengan una misma calidad laboral y los afecte un mismo régimen previsional. [341]

2. En el caso que la suma de las remuneraciones sea superior al límite máximo imponible, los trabajadores deberán cotizar por las remuneraciones mayores hasta el límite máximo imponible, excluyendo o limitando a las restantes, según corresponda.

En el caso que las remuneraciones sean de igual monto, prevalecerán, para estos efectos, los contratos de trabajo más antiguos.

3. Todo lo anterior deberá acreditarse a los empleadores a través de los respectivos certificados de remuneraciones o de pago de cotizaciones, según corresponda.

Título XVII: Improcedencia de compensación que indica[342]

Las deudas de cotizaciones del empleador público no podrán ser compensadas con el reembolso, del equivalente al Subsidio por Incapacidad Laboral, que debe ser pagado por el Fonasa y las Isapres en caso de licencias médicas de funcionarios públicos, según lo dispone el artículo 12 de la Ley Nº 18.196.

Por consiguiente, el pago de las cotizaciones adeudadas por este tipo de empleador deberá exigirse conforme a lo dispuesto en el Título IV del Capítulo III de este Compendio y, en su caso, según el procedimiento de cobro previsto en la Ley Nº17.322.

Título XVIII: Pago de cotizaciones de afiliados al Fondo Nacional de Salud[343]

Los afiliados deberán efectuar para FONASA las cotizaciones destinadas a financiar las prestaciones de salud, en los plazos y forma establecidos en el Decreto Ley N° 3.500, de 1980, y demás normas legales que regulen la materia.

Tratándose de trabajadores independientes que estén obligados a efectuar cotizaciones para salud, el Servicio de Impuestos Internos comunicará a la Tesorería General de la República acerca de las sumas retenidas de acuerdo a los artículos 74, N°2, y 84 letra b), de la Ley sobre Impuesto a la Renta o a las normas legales que las reemplacen, y ésta enterará, con cargo a dichas cantidades y hasta el monto en que dichos recursos alcancen para realizar el pago respectivo, las cotizaciones de salud en FONASA.

El afiliado deberá pagar directamente a FONASA, usando los medios de recaudación que dicho Organismo disponga, en los mismos plazos y forma dispuestos por la ley para el pago de las cotizaciones mensuales, el saldo de la cotización obligatoria que pudiere resultar una vez enterado por Tesorería el monto retenido por el Servicio de Impuestos Internos e imputado por dicho Fondo a la cotización de cada mes. La obligación del afiliado regirá desde el primer día del mes siguiente a aquél en que FONASA le informe acerca de los saldos adeudados. En cada mes, deberá pagarse el saldo de la cotización imputada al mismo período, sin perjuicio de que, en el primero de ellos, el afiliado deberá pagar los saldos correspondientes a los meses anteriores conjuntamente con el del mes

---

[341] La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2014, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento.
La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2013, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 70,3 Unidades de Fomento.
La Resolución Exenta N° 16, 05.01.2012, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 67,4 Unidades de Fomento.
La Resolución Exenta N° 27, 06.01.2011, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 66 Unidades de Fomento.
[342] Título incorporado por la Circular IF Nº 145 de fecha 15 de marzo de 2011.
[343] Título incorporado por la Circular IF Nº 326 de fecha 25 de marzo de 2019, conjunta con la Superintendencia de Pensiones.

respectivo. No obstante, el afiliado siempre podrá efectuar en un determinado mes, el pago del saldo total adeudado.

Si a la fecha en que FONASA reciba el pago de parte de la Tesorería General de la República, el trabajador independiente ya no perteneciere a dicho Fondo, por encontrarse adscrito en calidad de afiliado o de carga en una isapre, éste deberá regularizar la cotización mal enterada de acuerdo al procedimiento establecido en el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, Capítulo III, Título V.[344]

[344] Párrafo incorporado por Circular IF/N° 327, de 2019.

Capítulo IV Licencias Médicas

Título I. Facultades de la Superintendencia de Salud en materia de licencias médicas

Corresponde a la Superintendencia de Salud controlar y fiscalizar los plazos y demás actuaciones de las isapres relativas a la tramitación de las licencias médicas y sus efectos.

Título II. Disposiciones comunes para el otorgamiento y tramitación de las licencias médicas

En conformidad a la legislación vigente, las licencias médicas pueden otorgarse y tramitarse en formularios cuyo soporte puede ser en papel o medios electrónicos.

En la tramitación de las licencias médicas las isapres deberán sujetarse a las instrucciones contenidas en el DS Nº 3, de 1984, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento de autorización de licencias médicas por las Compin e Instituciones de Salud Previsional y a las instrucciones de la Superintendencia.

Quedan excluidas de la aplicación del D.S. N°3, de 1984, las licencias médicas que se otorgan en virtud de la Ley N°16.744, a los trabajadores de empresas afiliadas a Mutualidades de Empleadores, cuando se les otorga reposo por incapacidad laboral ocasionado por un accidente del trabajo o enfermedad profesional, caso en el cual emiten lo que se denomina “orden de reposo”.[345]

1. Autorización de la licencia médica

Para la debida calificación y autorización de las licencias médicas, el control del correcto goce de este beneficio y las otras funciones que la Ley y el DS N° 3 asignan a las isapres, éstas deben contar con el apoyo técnico de médicos cirujanos y otros profesionales que ellas determinen. Los únicos profesionales que pueden pronunciarse sobre licencias médicas son los médicos cirujanos autorizados por la isapre.

Esta Superintendencia llevará un registro público de los profesionales médicos que autorizan, modifican y rechazan licencias médicas en la isapre, denominado “Registro de Contralores Médicos de Isapre”[346].

Las licencias presentadas fuera de plazo por el empleador o entidad responsable y aquellas en las que éstos hayan registrado antecedentes erróneos o falsos, omitido datos o adulterado su contenido, podrán ser autorizadas por la ISAPRE, siempre que el trabajador acredite su ninguna participación en estos hechos. Bajo la circunstancia referida y si la apreciación médica de la licencia amerita su autorización, la isapre deberá proceder a pronunciarse en tal sentido, en cuyo caso, el trabajador deberá concurrir a la ISAPRE a solicitar el pago del subsidio que pudiera ser procedente. En el evento de que se pague el subsidio, la isapre deberá requerir del empleador infractor o entidad responsable, la devolución de los subsidios pagados, conforme a la sanción establecida en el artículo 56 del D.S. N°3, de 1984, excluyendo del cobro respectivo los valores correspondientes al integro de las cotizaciones para previsión y salud.[347]

2. Recepción y derivación de la licencia al médico designado para su revisión[348]

La Isapre, al momento de recibir la licencia médica de parte del empleador o del trabajador independiente, debe examinar si en formulario se consignan todos los datos requeridos para su resolución y deberá completar aquellos omitidos que obren en su poder.

Si no es posible completar lo faltante, se devuelve de inmediato el formulario al empleador o al trabajador independiente, para que lo complete dentro de los dos días hábiles siguientes. En este caso, el cómputo del plazo

[345] Párrafo agregado por Circular IF/275, de 2016.
[346] Título III de la Circular IF/N°177 de 17.10.2012
[347] Párrafo agregado por Circular IF/275, de 2016.
[348] Contenido del punto 2 reemplazado de acuerdo a lo señalado en la circular IF/N°309 de 02.02.2018

legal para que la isapre se pronuncie, empieza a correr desde la fecha de reingreso del documento, estampándose esta fecha en el respectivo formulario de la licencia.

Si el formulario de licencia no mereciere observaciones, se deberá remitir en forma inmediata al médico cirujano, designado por la isapre para pronunciarse sobre dicho documento, acompañando los antecedentes de licencias anteriores registradas que obren en su poder y los demás que sean necesarios para su acertada resolución.

La Isapre deberá certificar la recepción de la licencia médica, estampando la fecha y timbre en el formulario de licencia respectivo, entregándole al empleador o trabajador independiente un comprobante que servirá para acreditar la recepción del documento dentro de los plazos a que se refiere el artículo 13 del D.S. N°3, de 1984. Se adjunta al presente Título el Anexo que contiene la información mínima que se debe consignar en el comprobante de recepción.

3. Pronunciamiento de la isapre

El pronunciamiento o resolución que dicte la isapre deberá consignarse en la sección B del actual formulario de la licencia médica, numerarse y ser firmado por el profesional autorizado, expresándose claramente la resolución adoptada y dejándose constancia de los fundamentos y antecedentes tenidos a la vista para su emisión.

En caso de modificación, reducción o rechazo de la licencia médica, las referidas instituciones deberán remitir al trabajador, copia de la Sección B del Formulario de licencia médica o un documento confeccionado en forma manual o electrónica, que sea exacto y tenga las mismas menciones que la Sección B del Formulario de Licencia Médica, debidamente timbrado[349].

La isapre puede rechazar o aprobar la licencia médica, reducir o ampliar el período de reposo indicado o cambiarlo de total a parcial o viceversa.

Cabe advertir que dicha facultad no puede ser ejercida en forma discrecional, sino que estar fundada en antecedentes médicos y disposiciones administrativas que establece el DS Nº 3, de 1984, los que debe analizar el médico cirujano autorizado por la isapre para pronunciarse sobre ella.

Sin perjuicio de lo señalado, en caso de que la isapre requiera antecedentes clínicos al prestador individual en virtud del articulo 49 del referido decreto, ésta debera tener en consideración la limitación del articulo 189 del DFL N°1, de 2005, de Salud, en cuanto sólo estan habilitadas para requerir certificaciones médicas.[350]

4. Procedimiento de visación de una licencia con aprobación pura y simple

En el procedimiento de visación de licencias médicas, si el pronunciamiento de la isapre consiste en la aprobación pura y simple de la licencia, se autoriza a las isapres para utilizar un timbre que contenga la expresión: "AUTORIZADA POR CONTRALORÍA MÉDICA", como medio alternativo a la firma del médico autorizado para pronunciarse sobre la materia, el cual deberá estamparse en la sección del formulario destinada a registrar el nombre, firma y timbre de éste.

El mecanismo especial señalado precedentemente sólo está referido a las licencias médicas cuyo pago es de cargo de las isapres, ya que en el caso de las licencias maternales y por enfermedad grave del hijo menor de un año, se debe estampar en el formulario la firma, nombre y timbre del médico, cuando se autoriza el reposo prescrito por el médico tratante, considerando que se involucran fondos fiscales.

De optar la Institución por este mecanismo especial, deberá tener en consideración que, en los casos en que haya operado una aprobación tácita de la licencia médica, por efectos de la aplicación del artículo 196 del DFL N° 1, no podrá dejarse en blanco el espacio que corresponde a la firma y nombre del médico autorizado, sino que en su lugar deberá registrarse el timbre de autorización de la Contraloría Médica.

---

[349] 2° párrafo incorporado a través de la Circular IF/N° 165, del 11.01.2012 Modifica circulares conjuntas de la Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social, en la parte relativa a formalidades de las resoluciones y de la notificación de los pronunciamientos sobre licencias médicas.

[350] Párrafo incorporado por la Circular IF/N°410, de 14 de septeimbre de 2022.

El uso del timbre indicado precedentemente quedará bajo la tuición y responsabilidad del (los) médico(s) cirujano(s) autorizado(s) por la isapre para pronunciarse sobre las licencias médicas, quienes deberán tomar los resguardos necesarios para asegurar su correcta utilización.

5. Cómputo de plazo de recepción de la licencia médica [351]

Para los efectos del cómputo del plazo de recepción de la licencia médica por la isapre, el día sábado se considerará inhábil.

6. Tipos de licencia médica

Las licencias médicas pueden tener su origen en una enfermedad o accidente común, en la maternidad, o en un accidente del trabajo o enfermedad profesional.

En consecuencia, las licencias médicas pueden tener su origen en alguna de las siguientes causas específicas:

1 = Enfermedad o accidente común

2 = Prórroga medicina preventiva

3 = Licencia maternal pre y postnatal

4 = Enfermedad grave hijo menor de 1 año

5 = Accidente del trabajo o del trayecto

6 = Enfermedad profesional

7 = Patología del embarazo

7. Formulario de licencia médica

El formulario de licencia médica es un documento que puede ser extendido por un médico cirujano, cirujano-dentista o matrona, mediante el cual el profesional certifica que un trabajador se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar, prescribiendo reposo total o parcial, por un lapso determinado.

Una vez que la licencia médica ha sido autorizada por la entidad que corresponda, esto es, la Unidad de Licencias Médicas de los Servicios de Salud, la Compin o la isapre, según sea el caso, puede dar derecho al pago de un subsidio por incapacidad laboral (SIL) si se cumplen los demás requisitos establecidos en la normativa vigente.

8. Menciones que debe consignar el profesional en la licencia médica

El profesional deberá completar únicamente la sección A del formulario.

Cuando la licencia se extienda en formulario cuyo soporte sean en papel, deberá llenarse en forma manuscrita, con letra imprenta, clara y legible.

A.1. Identificación del trabajador o trabajadora (nombre completo, run, edad y sexo).

Fecha de emisión de la licencia;

Fecha de inicio del reposo;

[351] La Superintendencia de Seguridad Social, acogiendo una petición formulada por la Superintendencia de Salud, reconsideró su doctrina, en el sentido expresado en el párrafo de que se trata, señalando que, atendido que las isapres no trabajan en día sábado, para efectos del cómputo de que disponen éstas para pronunciarse sobre las licencias médicas no debe considerarse el día sábado.

Días de duración de la licencia en números y en palabras. Para efectos de la duración del reposo se considerarán días corridos, debiendo incluirse los días sábados, domingos y festivos;

A.2 Identificación del hijo, en caso de licencia médica por enfermedad grave del hijo menor de un año y post natales (nombre completo, fecha de nacimiento y RUN).

A.3 Tipo de licencia, registrando, del 1 al 7, el número que corresponda.

Recuperabilidad de la capacidad para trabajar;

Circunstancia de haberse iniciado trámite de invalidez;

Indicación de tratarse de un accidente del trayecto o no;

Fecha y hora del accidente del trabajo o del trayecto;

Fecha de la concepción, para licencias tipo 3 y 7.

A.4. Características del reposo, según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche. Las licencias pre y post natales y por enfermedad grave del hijo menor de un año, sólo podrán ser por reposo total.

Lugar de reposo, indicando que se deberá cumplir en su domicilio, hospital u otro domicilio y, en este último caso, el motivo del cambio de domicilio de reposo, su dirección y teléfono, incluyendo teléfono de contacto

A.5. Identificación completa del profesional otorgante.

A.6. Diagnóstico principal y otros diagnósticos incluyendo los antecedentes clínicos y exámenes de apoyo diagnóstico (fecha de la intervención quirúrgica u otros procedimientos, complicaciones de las patologías, entre otros).

Si el trabajador tuviere más de un empleador, el profesional deberá extender un formulario para cada uno de ellos.

9. Revisión de la licencia médica por la isapre

Las isapres, al momento de recibir las licencias médicas, deberán ejercer la facultad de revisión, conforme dispone artículo 19 del DS N° 3, de 1984.

Cuando se trate de licencias en soporte en papel, desprenderán el sello que oculta la Sección A.6 y examinarán el documento en su totalidad. En el evento que el profesional que extiende la licencia hubiese omitido consignar en ella el o los diagnósticos en que se funda el reposo, la isapre devolverá el formulario al empleador o al trabajador independiente para que sea completado dentro del segundo día hábil siguiente.

El cómputo de los plazos a que se refiere el artículo 25 del DS Nº 3, de 1984, empezará a correr desde la fecha de reingreso de la licencia devuelta.

10. Menciones que debe consignar el empleador o trabajador independiente en la licencia médica [352]

El empleador deberá completar la sección C del formulario.

Cuando la licencia se extienda en formulario cuyo soporte sean en papel, deberá llenarse en forma manuscrita, con letra imprenta, clara y legible.

[352] En el caso de los trabajadores dependientes, el empleador, además, deberá consignar información sobre el tipo de contrato de trabajo (indefinido, plazo fijo o por obra o faena determinada) y si el trabajador está inscrito en el Seguro de Cesantía de la Ley N° 19.728.

C1 Identificación completa del empleador o trabajador independiente;

Indicación de la actividad laboral del trabajador y su ocupación;

C2 Identificación del régimen previsional del trabajador;

Calidad del trabajador;

Fecha de primera afiliación a una entidad previsional;

Fecha de contrato de trabajo;

Tipo entidad pagadora del subsidio;

Nombre entidad pagadora del subsidio;

C3 Informe de remuneraciones imponibles, rentas y/o subsidios, consignando la información correspondiente a los meses anteriores a la fecha de la incapacidad, excepto las remuneraciones ocasionales o que correspondan a un período superior a un mes;

En caso de licencias maternales deberá completarse, además, el cuadro complementario;

Porcentaje de Desahucio, en el caso de los funcionarios públicos que mantienen el régimen de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos, entre otros;

Remuneración imponible total del mes anterior al inicio de la licencia médica, con el tope de las 60 U.F.; [353]

C4 Indicar si el trabajador ha tenido licencias médicas anteriores en los últimos seis meses. En caso afirmativo, consignar la información correspondiente;

El empleador y el trabajador independiente deberán suscribir el formulario de licencia médica, consignando su nombre. El empleador, además, deberá estampar su timbre cuando la licencia conste en soporte en papel.

11. Menciones que debe consignar en la licencia médica la Compin, la Unidad de Licencias Médicas o la isapre

La Compin, la Unidad de Licencias Médicas del Servicio de Salud o la isapre deberá completar, cuando corresponda, la sección B del formulario.

Cuando la licencia se extienda en formulario cuyo soporte sean en papel, deberá llenarse en forma manuscrita, con letra imprenta, clara y legible.

- Nombre del servicio de salud o Isapre;
- Establecimiento;
- Código del establecimiento;
- Número de la resolución;
- Tipo de licencia, fecha de inicio y término y número de días autorizados;
- Código de diagnóstico;
- Si se trata de una primera licencia médica o de una continuación y, en este último caso, el número de días previos;

[353] La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2014, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento, a contar de enero de 2014.
La Resolución Exenta N° 23, 07.01.2013, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 70,3 Unidades de Fomento, a contar de enero 2013.
La Resolución Exenta N° 16, 05.01.2012, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 67,4 Unidades de Fomento, a contar de enero 2012.
La Resolución Exenta N° 27, 06.01.2011, de la Superintendencia de Pensiones, fijó el límite máximo imponible reajustado en 66 Unidades de Fomento, a contar de enero 2011.

- La resolución que recae sobre la licencia médica; llenando el casillero con el número correspondiente: 1 = Autorízase; 2 = Recházase; 3 = Amplíase; 4 = Redúcese; 5 = Pendiente de Resolución.
- Causales de rechazo;
- Características del reposo según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche;
- Si la licencia autorizada da o no derecho a subsidio por incapacidad laboral, especificándose si el subsidio es de cargo del empleador;
- Especificar causa de modificación o rechazo; el cual debe llenarse con el número que corresponda: 1 = Reposo injustificado; 2 = Diagnóstico irrecuperable; 3 = Fuera de plazo; 4 = Incumplimiento del reposo; 5 = Otro (especificar).
- En caso de quedar pendiente de resolución, especificar los motivos;
- Fecha de recepción del formulario y fecha de emisión de la resolución;
- Fecha del Redictamen;
- Nombre, timbre y firma del médico autorizado;
- Registro de Colegio Médico.

11.1 Licencia pendiente de resolución

Corresponde estampar en la Sección B del formulario de licencia, el Nº 5 = Pendiente de Resolución, cuando la Unidad de Licencias Médicas o la Compin, según corresponda, han prorrogado el plazo de que disponen para emitir el pronunciamiento pertinente, por requerir un mayor estudio de los antecedentes.

Las isapres no podrán utilizar el Nº 5 = Pendiente de Resolución, para pronunciarse respecto de una licencia médica, toda vez que la normativa vigente no contempla la posibilidad que éstas puedan ampliar el plazo de tres días de que disponen para emitir dicho pronunciamiento.

11.2. Redictamen

En cuanto al casillero “Redictamen” de la Sección B del formulario de licencia, si la entidad encargada de pronunciarse respecto de la licencia médica modifica la resolución primitiva, sea de oficio o a petición de parte, deberá indicarlo marcando con una X el casillero existente al lado izquierdo de la palabra “Redictamen”.

12. Rechazo de la licencia

Cualquiera sea la causal o causales invocadas, en la resolución de rechazo deberá indicarse el fundamento de su aplicación.

12.1. Rechazo por diagnóstico irrecuperable

En relación a la causal de rechazo indicada con el Nº 2, esto es, “Diagnóstico irrecuperable”, de la sección B del formulario de licencia médica, se deberá tener presente que no basta que la patología tenga una naturaleza crónica o irrecuperable para rechazar la licencia médica, debiendo analizarse, en cada caso, si al término del reposo la persona va a estar o no en condiciones de reintegrarse al trabajo. Existiendo la posibilidad de reintegro laboral, la licencia debe ser autorizada.

12.2. Rechazo por incumplimiento de reposo

Si la licencia médica se rechaza por incumplimiento del reposo, en la fundamentación se deberá anexar copia del acta de la visita domiciliaria, dejando constancia de ello en la resolución.

En el acta se deberá indicar el lugar en que se efectuó la visita, día y hora de la misma, fundamentos por los cuales se concluyó que el trabajador no estaba en el domicilio cumpliendo el reposo, nombre de la persona que atendió,

en su caso, y nombre, Rut y firma del funcionario que realizó la diligencia e indicación de la empresa externa a la que pertenece, cuando corresponda.

12.3. Otras causales de rechazo

Si el rechazo no se funda en algunas de las causales señaladas en los números 1 al 4 de la Sección B del formulario de licencia médica, se deberá estampar en el casillero respectivo el Nº 5, que corresponde a otras causales de rechazo, e indicar claramente cuál es la causal que se invoca, la que, en todo caso, debe estar contemplada en la normativa legal y reglamentaria vigente, como podría ser el caso, entre otras, de la existencia de enmendaduras, adulteración o falsificación, realización de trabajo (remunerado o no), no tener calidad de trabajador.

En aquellos casos en que la fundamentación de la causal de rechazo o modificación no pueda incluirse en forma íntegra en la línea establecida para ello en el formulario de la licencia, deberá dejarse constancia de que se extenderá un documento separado, que se entiende forma parte de la resolución, debiendo anexarse al formulario de licencia médica.

12.3.1. Rechazo por realización de actividad laboral

Si la licencia se rechazó por la causal "Otros", por haber sido el trabajador sorprendido realizando una actividad laboral, se deberá indicar qué trabajo realizó y la forma como se tomó conocimiento del hecho.

12.3.2. Rechazo por inexistencia de vínculo laboral

Si la licencia se rechazó por la causal "Otros", sin vínculo laboral, se deberá indicar los fundamentos por los cuales se ha llegado a esa conclusión. Si la falta de vínculo laboral se funda en la calidad de socio que el trabajador tiene respecto de la entidad empleadora, deberá indicarse claramente si es mayoritario y si tiene o no la administración y uso de la razón social. En este caso, la causal de rechazo que se debe invocar es la "falta de vínculo laboral", debidamente fundamentada, no siendo procedente el rechazo de una licencia médica basado sólo en una duda respecto a la existencia de la mencionada relación laboral.

13. Formalidad del pronunciamiento de la Compin, de la Unidad de Licencias Médicas o de la isapre

El pronunciamiento o resolución que dicte la Unidad de Licencias Médicas del Servicio de Salud, la Compin o la isapre deberá consignarse en el formulario de la licencia médica, numerarse y ser firmado por el profesional autorizado, expresándose claramente la resolución adoptada.

Eliminado *segundo párrafo*[354]

14. Rechazo, reducción o ampliación de la licencia médica

En caso de rechazo de una licencia, reducción o ampliación del plazo de reposo, además de estamparse el pronunciamiento, se dejará constancia en el formulario de los fundamentos tenidos en vista para adoptar la medida.

La resolución que se pronuncie sobre la licencia debe ser fundada. Dicha fundamentación debe ser clara, explícita y de fácil comprensión para el trabajador, evitando citar leyes, decretos, reglamentos, entre otros, sin una mayor explicación. En consecuencia, las licencias médicas que sean rechazadas o modificadas por la isapre, deben contener los antecedentes de respaldo en que se fundamentan tales decisiones.

[354] Circular IF/N° 165 del 11.01.2012 eliminó Ordinario Circular N° 3C/2830, 20.10.1993. y por tanto segundo párrafo pto 13.

15. Período de conservación de archivos de licencia médica[355]

Dado que las licencias médicas constituyen documentación de respaldo de los subsidios por incapacidad laboral y de las cotizaciones correspondientes a dichos períodos que las isapres pagan, el período de conservación de la documentación de respaldo de las licencias, debe ser de cinco años, considerando los plazos de prescripción contemplados en el artículo 2.515 del Código Civil.

El plazo antes indicado debe contarse desde la fecha de término de cada una de las licencias, teniendo presente que las licencias continuadas extendidas por una misma causa médica para estos efectos se consideran como una sola.

Las instituciones de salud previsional deberán microprocesar separadamente las licencias médicas por enfermedad común de las originadas en el reposo maternal y enfermedad grave del hijo menor de un año, como asimismo los documentos originales se archivarán y encuadernarán también en forma separada.

16. Visita domiciliaria

La visita domiciliaria a que se refiere la letra b) del artículo 21 del DS Nº 3, tiene por objeto tomar contacto directo y personal con el trabajador, a fin de verificar el cumplimiento del reposo indicado en la licencia. De realizarse la entrevista con personas distintas al trabajador, las isapres deberán exigirle su identificación e indicarle su responsabilidad por la información entregada. Estas visitas no podrán sustituirse por llamadas telefónicas.

Las instituciones de salud previsional pueden delegar en terceros la función no esencial de verificar el cumplimiento del reposo ordenado en la licencia médica, manteniendo estas entidades de salud su potestad privativa y esencial para autorizar las licencias y pagar los subsidios correspondientes.

17. Notificación de la resolución que se pronuncia sobre la licencia

De todos los pronunciamientos, ya sea aceptación, modificación o rechazo, la isapre debe enviar la copia o el documento confeccionado en forma manual o electrónica, timbrado, por correo certificado a los domicilios registrados por el trabajador y su empleador, o sólo al registrado por el trabajador independiente, dentro del plazo de dos días hábiles, contados desde la fecha del pronunciamiento, sin perjuicio de mantener en archivo la resolución original.

Asimismo, a requerimiento del trabajador y/o del empleador, la isapre debe entregar copia fidedigna de tales dictámenes.

Al notificar al trabajador y al empleador la resolución que autorice, rechace o modifique la licencia médica, conjuntamente con remitirle copia de la Sección B del Formulario de la misma o el documento confeccionado en forma manual o electrónica, que sea exacto y tenga las mismas menciones que la Sección B de la licencia, debidamente timbrado, se le deberá adjuntar fotocopia del documento anexo en que se fundamentó la resolución y del acta de visita, en su caso[356].

En caso alguno, en la notificación y antecedentes que se remitan al empleador, se deberá indicar el diagnóstico de la licencia médica.

A petición del trabajador, las Compin, las CCAF[357] y las isapres, en su caso, deberán proporcionar a éste copia íntegra de la licencia médica.

En los casos de trabajadores adscritos a FONASA, cuyos empleadores se encuentran, a su vez, afiliados a una CCAF, el cumplimiento de las instrucciones precedentes, deberá efectuarla la Compin o la CCAF, dependiendo de cuál de éstas haya asumido la obligación de notificar al trabajador y al empleador.

---

[355] La Superintendencia de Seguridad Social, por Dictamen Nº 1289, de 2.02.1994, manifestó que las entidades de previsión, entre las cuales se encuentran las isapres, que dispongan de la autorización previa de ese organismo, pueden microfilmar o reproducir electromagnéticamente los documentos entregados a su custodia, conforme lo dispone el artículo 2° del DL Nº 2412, de 1978.
[356] 1°, 3° párrafo modificados y 4° incorporado según Circular IF/N°165 de 11.01.2012
[357] CCAF: Caja de Compensación de Asignación Familiar.

Si la notificación la realiza la CCAF, la Compin deberá remitir a aquélla todos los antecedentes necesarios para el cumplimiento de lo instruido en este párrafo, entre ellos, la licencia médica original, el documento anexo en que se señalaron los fundamentos de la resolución, si existiere, y el acta de la visita domiciliaria, en su caso.

18. Atraso en la presentación de licencias médicas emitidas por servicios dependientes de los Servicios de Salud y municipalizados

De producirse un atraso en la emisión de licencias médicas de pacientes hospitalizados, ellas deberán autorizarse por existir una causal de fuerza mayor o caso fortuito ajeno a la responsabilidad del trabajador.

19. Autorización de licencias médicas por enfermedades irrecuperables de personas beneficiarias de isapre[358]

En tanto las Comisiones Médicas Regionales o la Comisión Médica Central de la ex Superintendencia de AFP, si se trata de un trabajador afecto al Nuevo Sistema de Pensiones, o Compin, si se trata de un trabajador afecto al Antiguo Sistema de Pensiones, no emitan su dictamen sobre la invalidez o irrecuperabilidad del trabajador, la isapre respectiva continuará pronunciándose sobre sus licencias, no pudiendo negarse a tramitarlas, a pretexto que se encuentra en estudio la calificación de invalidez del trabajador[359].

Esta norma de excepción no implica que las licencias médicas otorgadas por patologías irrecuperables en los períodos de calificación de invalidez, estén exentas del cumplimiento de los demás requisitos que se establecen en el DS Nº 3, de modo que ellas pueden ser rechazadas por otras causales no derivadas de la naturaleza irrecuperable de la enfermedad que la motiva.

20. Informar el derecho a recurrir ante la COMPIN[360]

Las Instituciones de Salud Previsional, al notificar la resolución de la licencia médica, deberán informar a la persona beneficiaria el derecho que le asiste de recurrir ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), mediante el siguiente texto, que deberán incluir en la parte final del documento al que se refiere el segundo párrafo del número 3 y el número 17 precedentes, que contiene una copia de la Sección B del Formulario de Licencia Médica:

> **"Derecho a reclamo:**
>
> El trabajador o sus cargas familiares podrán reclamar en contra del pronunciamiento de la Isapre, ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), del domicilio que haya informado en el contrato de salud, dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la recepción de la modificación o rechazo de la licencia médica y, en el caso del subsidio, contado desde la fecha de su rechazo o de su pago insuficiente."

[358] Epígrafe modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22
[359] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22
[360] Numeral incorporado por Circular IF/N°446, de 15.11.23

Anexo

Comprobante de recepción de Licencia Médica[361]

Primer Apellido **Segundo Apellido** **Nombres**

RUT:

Licencia Médica Nº

Fecha de recepción por parte de la isapre:

Firma y timbre Isapre

[361] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

Título III. Reclamaciones en relación a los pronunciamientos sobre licencias médicas

El cotizante, en caso de modificación o rechazo de la licencia médica o cuando estime que lo obtenido por concepto de subsidio es inferior a lo establecido en la Ley, puede presentar su reclamo por escrito directamente a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente al domicilio que fije en el contrato de salud, en su caso. El plazo para efectuar tales reclamos es de quince (15) días hábiles contados desde la recepción del pronunciamiento de la isapre y no desde su envío, o bien, desde la fecha del rechazo del pago del subsidio o de su pago insuficiente, según corresponda[362].

Del mismo plazo dispone el empleador para reclamar respecto de las licencias médicas que hayan autorizado las isapres, cuando estime que éstas no han debido otorgarse o han sido otorgadas por un período superior al necesario.[363]

1. Resoluciones de la Compin en apelaciones contra pronunciamientos de una isapre

La resolución debe emitirse en forma clara y legible y firmarse por el Presidente de la Compin o por el Secretario de la misma.

En ella se deberán señalar claramente los fundamentos tenidos en consideración para emitir el pronunciamiento, ya sea que se rechace o acoja total o parcialmente la apelación.

Si la Compin no admite la apelación a trámite porque ésta se presentó fuera del plazo de quince días hábiles contados desde la recepción de la carta certificada en que la isapre notificó el rechazo, modificación o aprobación, deberá indicar claramente la fecha en que el interesado recibió la citada carta y la fecha en que se ingresó la apelación.

Cualquiera sea el tipo de reclamo, en las resoluciones se fijarán el plazo, condiciones y modalidades para su cumplimiento. Si la isapre no cumpliere lo resuelto, el cotizante podrá solicitar el pago a la Superintendencia, con cargo a la garantía a que se refiere el artículo 181 del DFL N°1, de 2005, hasta el monto del subsidio adeudado. En tal caso, la isapre deberá completar la garantía, sin perjuicio de la multa que correspondiere.

La circunstancia de que el cotizante haga valer su derecho a reclamar ante esta Superintendencia, se considerará causal suficiente de interrupción del plazo de prescripción de los artículos 40 y 47 del D.S. N°3, para deducir la acción ante la COMPIN competente.

En todo caso, de la resolución que dicte la COMPIN se podrá apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social. Recibida una apelación, la Superintendencia podrá solicitar informe a los Organismos involucrados, los que deberán remitir la información solicitada dentro del plazo establecido en el punto 2 del presente Título.

Vencido este plazo, la Superintendencia de Seguridad Social podrá resolver con los antecedentes que tenga a la vista.[364]

2. Revisión de las licencias médicas por la Superintendencia de Seguridad Social

Cuando la Superintendencia de Seguridad Social conozca de reclamos en contra de las resoluciones emitidas por las Unidades de Licencias Médicas o de una Compin sobre licencias médicas de afiliados a FONASA, o resoluciones de una Compin recaídas en reclamos respecto de resoluciones sobre licencias médicas de personas beneficiarias de isapres, las Compin, CCAF e isapres de la Región Metropolitana dispondrán de un plazo de diez días hábiles para proporcionar los antecedentes requeridos y de quince días hábiles en caso de las demás Regiones. Dicho plazo comenzará a correr desde la fecha en que el oficio en que se requieren los antecedentes sea despachado por la Superintendencia de Seguridad Social[365].

---

[362] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22
[363] Párrafos 1° y 2°, incorporados por Circular IF/275, de 2016.
[364] Párrafos 4° al 7°, incorporados por Circular IF/275, de 2016.
[365] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

Vencido este plazo la Superintendencia de Seguridad Social podrá resolver con los antecedentes que tenga a la vista.

(Las instrucciones de este punto modifican los plazos para emitir los informes establecidos en la Circular Nº 1971, de 18 de febrero de 2002, de la Superintendencia de Seguridad Social. Éste confería a las Compin, veinte días hábiles de plazo para remitir sus informes y antecedentes. Dicha Circular se mantiene vigente en lo no referido a los plazos señalados.)

Pendiente el pronunciamiento de la Superintendencia de Seguridad Social, no se suspenderán los efectos de lo resuelto por la COMPIN.

3. Calificación del carácter profesional o común de las patologías que han dado lugar a licencia médica[366]

Si una isapre estima que el diagnóstico causal de una licencia médica corresponde a un accidente del trabajo o tiene su origen en una enfermedad profesional, deberá dejar constancia escrita de este hecho en el mismo documento, emitiendo una resolución de rechazo, la que será notificada al trabajador.

Párrafo eliminado[367]

Lo anterior, con el objeto que el trabajador pueda ejercer oportunamente el derecho que le confiere la disposición legal contenida en el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, "Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales".

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

[367] Modificado por Circular IF/N° 337, de 7 de octubre de 2019

Título IV. Situaciones especiales en relación a las licencias médicas

1. Licencias médicas a trabajadores que se desempeñan en el extranjero

Si el contrato de trabajo de que se trate ha sido celebrado en Chile, debe someterse a la ley nacional en lo que respecta a la obligación del trabajador de cotizar para salud -ya sea en el sistema público o en alguna isapre- lo que se traduce, entre otros beneficios, en los derechos del trabajador de hacer uso de un reposo médico y de obtener un subsidio por incapacidad laboral, que emanan de la licencia médica autorizada.

En el caso de personas trabajadoras beneficiarias de una isapre, que se desempeñen en el extranjero, cuyo contrato de trabajo se hubiese celebrado en Chile, y que se vean en la necesidad de hacer uso de una licencia médica, lo procedente es que dicha entidad solicite el envío del respectivo informe médico, con el objeto de analizar la justificación médica del reposo[368].

En el evento que no hubiese reparos de fondo que formular, la isapre, haciendo uso de las facultades que se le confieren en el artículo 21 del DS Nº 3, de 1984, del Ministerio de Salud, deberá extender, por el período en que el trabajador estuvo incapacitado, una licencia médica, la que deberá ser tramitada de acuerdo a la normativa vigente en Chile.

Si el formulario de licencia médica es extendido con posterioridad al inicio del reposo y en el supuesto que dicho documento sea presentado al empleador dentro de su período de duración o vigencia, o en el caso que la fecha de emisión de la licencia médica excediera su periodo de duración o vigencia, la autorización de la misma deberá hacerse a la luz de lo dispuesto en el artículo 45 del Código Civil.

2. Descanso postnatal

El descanso postnatal está supeditado solamente al hecho biológico del parto, sin ninguna otra exigencia y, por consiguiente, aunque el hijo nazca muerto, sobreviva sólo un tiempo o deje de estar al cuidado de la madre, la mujer conserva el derecho al descanso postnatal por su período completo, no pudiendo renunciar a dicho derecho.

Para determinar si se trata de un parto prematuro o de un aborto, el criterio médico indica que debe atenderse, en primer lugar, al peso del feto, de modo que si éste es de 500 gramos o más, se está en presencia de un parto prematuro; a falta de dicho antecedente, se considera que las veintidós semanas de embarazo marcan el límite entre el aborto y el parto prematuro.

En los casos que el producto de la concepción sea expulsado con un peso igual o superior a 500 gramos o, a falta de dicho antecedente, tenga una edad gestacional de veintidós semanas o más, se está en presencia de un parto, el que aun siendo prematuro, hace procedente el descanso postnatal de la trabajadora. En cambio, si se trata de un aborto o interrupción del embarazo, no hay derecho a ese beneficio, sin perjuicio que a la trabajadora se le otorgue una licencia médica común por el tiempo que el médico tratante estime necesario.

[368] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

Título V. Tramitación de licencias médicas en formularios que tengan soporte en papel

1. Descripción del formulario de licencia médica

El formulario de licencia médica lleva en su extremo superior derecho un número correlativo y consta de tres hojas, confeccionadas en papel autocopiativo.

La primera hoja contiene, en su anverso, dos secciones A y B y en su reverso, una sección C.

La segunda hoja es autocopiativa, corresponde a la primera parte de la sección A y es el comprobante que el empleador debe entregar al trabajador con su firma, timbre y fecha.

La tercera hoja es autocopiativa de la sección A y constituye el recibo para el profesional.

2. Intervención del profesional que extiende la licencia

El profesional deberá suscribir el formulario de licencia médica, hacerlo firmar por el trabajador, doblar la parte inferior de la primera hoja en el lugar que se encuentra señalado con línea discontinua en los márgenes y sellarlo con la cinta adhesiva que se encuentra ubicada en la última página del talonario.

Posteriormente, deberá retirar la tercera hoja correspondiente al recibo para el profesional y entregar al trabajador la primera y segunda hojas.

Título VI. Otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas

A. Disposiciones generales

1. La licencia médica electrónica como documento electrónico

La licencia médica electrónica es la otorgada y tramitada a través de documento electrónico de acuerdo a lo establecido en la ley Nº 19.799 y su normativa complementaria y con arreglo a lo dispuesto en el DS Nº 3 y la Resolución Exenta Nº 608, de 2006, del Ministerio de Salud.

Además, podrán existir representaciones impresas de la misma, las cuales deberán indicar la forma de acceder al documento electrónico.

2. Efectos de la licencia médica electrónica

La licencia médica electrónica se caracteriza por el uso de documentos y comunicaciones electrónicas en su otorgamiento y tramitación, permitiendo un resultado equivalente a la licencia médica otorgada en formulario de papel. El uso del sistema electrónico no altera, de modo alguno, los derechos y obligaciones de las partes que participan en el otorgamiento y tramitación de las licencias médicas ni de las entidades encargadas de su pronunciamiento, como tampoco las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Seguridad Social y de la Superintendencia de Salud.

3. Adscripción al uso de la licencia médica electrónica[369]

La adscripción al uso de la Licencia Médica Electrónica es ***obligatoria***, ***y por tanto, resulta imperativo su uso para el otorgamiento y tramitación de licencias médicas***. ***Solo se podrá recurrir a la emisión de formulario de papel en los casos excepcionales y calificados que defina el Ministerio de Salud.***

4. Definiciones [370]

4.1. Prestador Institucional: Los organismos públicos o privados en que se desempeñen profesionales habilitados para otorgar licencias médicas (médicos cirujanos, cirujanos dentistas y matronas).

4.2. Empleador: Persona natural o jurídica que se encuentra vinculada jurídicamente al cotizante de acuerdo a las normas del Código del Trabajo, Estatuto Administrativo, Estatuto de los Funcionarios Municipales u otro estatuto laboral especial.

4.3. Trabajador independiente: Aquella persona que desempeñando un trabajo no se encuentra vinculada jurídicamente a algún empleador y efectúa las respectivas cotizaciones de salud[371].

4.4. Operador: Persona jurídica que se encuentra en condiciones de celebrar los respectivos convenios de prestación de servicios informáticos para el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica.

En el Anexo Nº 1 de este Título se describen los requisitos tecnológicos que debiera cumplir el Operador, sin perjuicio de que se adopten otros que permitan la misma finalidad.

4.5. Convenios de prestación de servicios informáticos: Instrumentos que permiten y regulan la relación jurídica entre el Operador y aquellos profesionales habilitados para otorgar licencias médicas, prestadores institucionales, empleadores, trabajadores independientes, isapres y Compin, que deseen adscribirse al uso de la licencia médica electrónica.

---

[369] Párrafo reemplazado por Circular IF/N°394 del 07.10.2021, conjunta con Circular N°3621 de la SUSESO
[370] Este Compendio sólo recoge las definiciones que no se contienen en la Resolución Exenta Nº 608, 2006, ni en el DS Nº 3, 1984, ambos del Ministerio de Salud.
[371] Definición modificada por Circular IF N° 414, de 21.10.22

4.6. Puesta a disposición en forma electrónica: Acto a través del cual la licencia médica electrónica queda disponible en el sistema de información para que el receptor pueda acceder a ella.

5. Principios informadores[372]

En el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica deberán respetarse los principios informadores mencionados en la Circular conjunta N° 2338 e IF/N°32 de fecha 01 de diciembre de 2006, que imparte instrucciones sobre otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica, y sus posteriores modificaciones.

6. Convenios de prestación de servicios informáticos

Para los efectos de acceder al sistema de información deberán existir convenios de prestación de servicios informáticos entre el Operador y aquellos profesionales habilitados para otorgar licencias médicas, prestadores institucionales, empleadores, trabajadores independientes, isapres y Compin, en este último caso, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, que deseen hacer uso de la licencia médica electrónica.

Dichos convenios tendrán como objeto la prestación de servicios informáticos que permitan llevar a cabo el procedimiento de otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas a través de un sistema de información, el cual constituirá el medio oficial para tal efecto. Estos convenios se diferenciarán entre sí por las obligaciones específicas que el Operador contraiga con cada una de las partes, en función del rol que le corresponde a cada una en relación con el procedimiento.

6.1. Contenido de los convenios

6.1.1. Convenio entre el Operador y la isapre

Sin perjuicio de la libertad de las partes para acordar las cláusulas que estimen pertinentes, el convenio que se celebre entre el Operador y las isapres deberá, al menos, referirse a las siguientes materias:

a) Que el Operador permita el acceso al sistema de información que constituye el medio oficial para acceder a la información en virtud de la cual la isapres pueda pronunciarse sobre la licencia médica electrónica.

b) Que el Operador ponga a disposición de la isapre, a través del sistema de información, todas aquellas licencias médicas electrónicas otorgadas por los Profesionales habilitados adscritos y tramitadas por el o los Empleadores, o Trabajadores Independientes, adscritos, respecto de las cuales deba pronunciarse, pudiéndose acreditar la identidad de quienes participaron en el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica y asegurar la integridad de la misma.

c) Que el Operador registre y almacene el pronunciamiento sobre todas aquellas licencias médicas electrónicas tramitadas por la isapres, en el repositorio electrónico del sistema de información.

d) Que el Operador ponga a disposición de la isapre, a través del sistema de información, el registro completo de las licencias médicas electrónicas otorgadas y tramitadas, permitiendo el acceso a dicha información a la Superintendencia de Salud y a la Superintendencia de Seguridad Social.

e) Que la información que se genere por la ejecución del convenio, no pueda ser objeto de propiedad ni uso privados, no pudiendo, en consecuencia, alegarse por ningún interviniente en el convenio la titularidad exclusiva de dicha información, ni pretender el pago por parte de la otra o de terceros de algún precio o retribución por su uso.

f) Que se obliguen las partes a guardar reserva y confidencialidad respecto de toda la información que constituya un dato personal o sensible de acuerdo a la Ley N° 19.628.

g) Que el diagnóstico de la licencia médica indicado por el Profesional que la otorga, no sea conocido por el Empleador.

[372] Párrafo reemplazado por Circular IF/N°394 del 07.10.2021, conjunta con Circular N°3621 de la SUSESO

h) Que se implementen y mantengan medios tecnológicos que permitan resguardar la integridad de la información y su respaldo.

i) Que se permita el monitoreo respecto del sistema de información que pueda realizar la Superintendencia de Seguridad Social, sin perjuicio de las facultades que en esta materia le competen a la Superintendencia de Salud u otras entidades fiscalizadoras.

j) Que el Operador informe a la isapre toda suscripción o término de convenio con Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores, Empleadores y Trabajadores Independientes, de modo que la isapre comunique, a su vez, a la Superintendencia de Salud y a la Superintendencia de Seguridad Social.

k) Que se prohíba al Operador la subcontratación, delegación, cesión, transferencia a cualquier título, sea a título gratuito u oneroso, traslaticio o no traslaticio de dominio de los derechos y obligaciones que emanan para el Operador de este Convenio, que implique que éste pierda alguna de las calidades que lo habilitan para la celebración de este convenio.

l) Que, sin perjuicio de la facultad de las partes para poner término al convenio, se deberá establecer que dicha terminación no podrá implicar bajo ninguna circunstancia la suspensión de la tramitación de aquellas licencias médicas que hayan sido otorgadas electrónicamente y que el Operador se obliga a mantener toda la información en su repositorio electrónico a efectos de permitir su acceso por parte de los otros usuarios del sistema de información y frente a los requerimientos de instituciones competentes.

m) Que el Operador se obligue a incorporar en sus respectivos convenios con Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores, según corresponda, y Empleadores o Trabajadores Independientes, las cláusulas que permitan asegurar el funcionamiento del sistema de información en un contexto de uniformidad, eficiencia y legalidad.

En el Anexo N° 2 de este Título, “Condiciones generales y uniformes de contratación”, se proponen las cláusulas que las isapre pueden utilizar en estos convenios.

6.1.2. Convenio entre el Operador y la Compin, suscrito por la Subsecretaría de Salud Pública

Sin perjuicio de la libertad de las partes para acordar las cláusulas que estimen pertinentes, el convenio que se celebre entre el Operador y la Subsecretaría de Salud Pública que será aplicable a las Compin, deberá al menos referirse a las mismas materias enunciadas en el numeral anterior, para lo cual la Subsecretaría de Salud Pública podrá requerir la colaboración de la Superintendencia de Seguridad Social.

En el Anexo N° 2 de este Título, “Condiciones generales y uniformes de contratación”, se proponen las cláusulas que las isapres pueden utilizar en estos convenios a efectos de cumplir lo señalado en el párrafo anterior.

6.1.3. Convenios entre el Operador y las otras partes involucradas

Los convenios de prestación de servicios informáticos que sean celebrados entre el Operador y las otras partes que intervienen en el otorgamiento y tramitación de licencias médicas, deberán observar aquellas condiciones que las isapres o Compin, requieran al Operador mediante lo señalado en el punto anterior.

En el Anexo N° 2 de este Título, “Condiciones generales y uniformes de contratación”, se proponen las cláusulas que las isapres pueden utilizar en estos convenios para cumplir lo señalado en el inciso anterior.

6.2. Término de los convenios

6.2.1. Resguardo de la información sobre licencias médicas electrónicas

En caso de término de cualquier convenio, el Operador deberá mantener dicha información en su repositorio electrónico a efectos de permitir su acceso por parte de los otros usuarios del sistema de información y frente a los requerimientos de instituciones competentes. No obstante, cada parte deberá adoptar los resguardos necesarios para respaldar la información de las licencias médicas electrónicas en las cuales hubiera participado y respecto de las que pudiere ser requerida por quien corresponda.

6.2.2. Entrega de información por término de convenio

En caso de término de cualquier convenio, que se origine en el cese de la prestación de servicios por parte del Operador, éste deberá hacer entrega íntegra del respaldo de toda la información de las licencias médicas otorgadas y tramitadas electrónicamente en su sistema de información, proporcionando a la respectiva Compin o isapre, la información que le corresponde.

7. Obligaciones del Operador

a) Proporcionar a la Superintendencia de Seguridad Social toda la información y en la forma que ésta les requiera, para efectos de realizar su función de monitoreo.

b) Permitir el acceso a funcionarios de la Superintendencia de Seguridad Social, a sus instalaciones y al sistema de información, con el objeto que ésta pueda realizar todos los controles y revisiones para verificar la mantención de los requisitos en virtud de los cuales se pudo celebrar el respectivo convenio de prestación de servicios informáticos y el correcto y adecuado funcionamiento del sistema, sobre aspectos que digan relación, con la operatividad, oportunidad, seguridad, y en general sobre cualquier aspecto que la referida Superintendencia considere deba ser monitoreado.

8. Monitoreo del sistema de información

Si como resultado del monitoreo del sistema de información, la Superintendencia de Seguridad Social verifica que un Operador no cumple con los requisitos jurídicos y tecnológicos señalados en estas instrucciones, procederá por sí o informando a la Superintendencia de Salud o a la Subsecretaría de Salud Pública, cuando corresponda, a efectos de que se pueda requerir al Operador la adopción de las medidas pertinentes.

9. Características del sistema de información

El sistema de información que permita el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica deberá cumplir con las siguientes características.

a) **Plataforma de comunicaciones electrónicas:** El sistema de información provisto por el Operador deberá permitir que todos los antecedentes y datos que deben consignarse en la licencia médica, en las distintas etapas del procedimiento, desde el profesional habilitado que la otorga y hasta la entidad que deba pronunciarse sobre ella sean comunicados a través de Internet. Para que ello ocurra es necesario además que los profesionales habilitados para otorgar licencias médicas, prestadores, empleadores, trabajadores independientes y las Compin e isapres cumplan con un conjunto de condiciones tecnológicas y de reglas que les permitan realizar su rol en el procedimiento mediante el uso del sistema de información.

b) Comunicaciones electrónicas: El sistema de información se entenderá como el medio oficial de comunicación de todas aquellas comunicaciones que no tengan la calidad de notificaciones que deban realizarse personalmente o por carta certificada. Sin perjuicio de lo anterior, los correos electrónicos que se generen en el sistema de información corresponderán a una facilidad del mismo y no constituirán responsabilidad alguna sobre su oportuno o correcto despacho, siendo responsabilidad de cada usuario la revisión periódica del sistema de información para informarse del estado y tramitación de la licencia médica electrónica.

c) Conformación de repositorios electrónicos: El sistema de información deberá disponer de una estructura electrónica donde se almacenen los documentos electrónicos respectivos, denominado Repositorio, para fines de almacenamiento, registro y archivo.

d) Seguridad del sistema de información y de los datos: El sistema de información deberá contar con mecanismos que tengan por finalidad garantizar estándares mínimos de seguridad en el uso, almacenamiento, acceso y distribución del documento electrónico.

10. Uso preferente del sistema de información[373]

Todo Profesional habilitado para otorgar licencias médicas o Prestador que haya suscrito un convenio deberá utilizar en forma **obligatoria** el sistema de información, **siendo el uso del formulario de papel excepcional y solo para los casos calificados.**

B. Procedimiento de otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica

Para que se verifique el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica a través del sistema de información, es requisito indispensable que tanto el profesional habilitado para otorgar licencias médicas a quien recurre el trabajador como la entidad que deba pronunciarse sobre la misma, reciban la prestación de servicios informáticos del mismo Operador.

En el caso que el empleador o trabajador independiente se encuentre adscrito al mismo operador, para los efectos de la tramitación, se deberán seguir las reglas especificadas en este numeral.

1. Reglas para el otorgamiento de la licencia médica electrónica

a) El profesional habilitado para otorgar licencias médicas deberá acceder desde sus instalaciones al sistema de información a través del cual es posible otorgar licencias médicas electrónicas.

b) El profesional habilitado para otorgar licencias médicas deberá completar la sección que le corresponde y llenar los datos de la licencia médica que son de su responsabilidad, y en la misma oportunidad, firmar y verificar la identidad del trabajador a través de un sistema de autenticación electrónico.

c) El sistema de información provisto por el Operador deberá informar al profesional habilitado para otorgar licencias médicas si el empleador o trabajador independiente posee convenio de prestación de servicios informáticos vigente.

d) Si el empleador o el trabajador independiente está adscrito, el profesional habilitado para otorgar licencias médicas, a través del sistema de información, pondrá a disposición del respectivo empleador o trabajador independiente adscrito, la licencia médica electrónica, para que éste, según corresponda, continúe con su tramitación en la forma que se indica más adelante. Para estos efectos, se estará a lo dispuesto en el artículo 70 del DS Nº 3.

2. Registro y comprobante del otorgamiento de la licencia médica electrónica por el profesional habilitado

Una vez otorgada la licencia médica electrónica por el profesional habilitado, el sistema de información guardará registro de la misma en el repositorio respectivo. El profesional habilitado para otorgar licencias médicas entregará al trabajador un comprobante impreso, con su correspondiente folio, que certificará dicho otorgamiento, conforme lo señalado en el artículo 67 del DS Nº 3.

3. Tramitación de la licencia médica electrónica por el empleador o trabajador independiente

En la tramitación de la licencia médica electrónica por el empleador o trabajador independiente deberá tenerse presente lo siguiente:

a) Una vez otorgada la licencia médica electrónica por el profesional habilitado, de inmediato ésta quedará a disposición del empleador o trabajador independiente adscrito en el sistema de información, quién deberá acceder al mismo previa autenticación electrónica.

[373] Párrafo reemplazado por Circular IF/N°394 del 07.10.2021, conjunta con Circular N°3621 de la SUSESO

b) Se entenderá que el plazo para el empleador o trabajador independiente adscrito se contará a partir del día hábil subsiguiente a la fecha en que la licencia médica electrónica haya quedado a su disposición en la forma señalada precedentemente, en los términos mencionados en el artículo 69 del DS Nº 3.

4. Obligaciones del empleador o trabajador independiente

Dentro del plazo establecido en el artículo 13 del DS Nº 3, el empleador o trabajador independiente adscrito deberá completar los datos de la licencia médica que le corresponde de acuerdo con la normativa y la pondrá a disposición de la isapre o Compin, según corresponda, a través del sistema de información, para que éstas continúen con su tramitación en la forma que se indica más adelante.

Para el caso de empleadores adscritos de la Región Metropolitana que se encuentren afiliados a una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF), la forma en que aquéllos cumplen con su obligación y los requisitos para que éstas accedan a la licencia médica electrónica serán regulados por medio de instrucciones de la Superintendencia de Seguridad Social.

5. Registro y comprobante de la tramitación por el empleador o trabajador independiente

Una vez tramitada la licencia médica electrónica, el sistema de información guardará registro de la misma en el repositorio respectivo. El empleador o trabajador independiente adscrito podrá imprimir el respectivo comprobante que certificará dicho hecho.

6. Incumplimiento de obligaciones del empleador

Si, puesta la licencia médica electrónica a disposición del empleador, éste se niega a recibirla, estará obligado, dentro del mismo plazo establecido en el artículo 13 del DS Nº 3, a registrar esta decisión en el sistema de información, debiendo señalar el motivo de su negativa. En esta situación, la entidad que deba pronunciarse sobre la licencia médica electrónica deberá proceder de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 64 del DS Nº 3.

El mismo procedimiento deberá aplicarse en caso que el empleador no la tramite o no exprese su negativa a recibirla en la forma antes descrita. Para todos los efectos, en este caso, se entenderá que la puesta a disposición de la licencia médica a la entidad que deba pronunciarse se verifica una vez que hayan transcurrido los plazos para que el empleador la tramite.

Si, en definitiva, la licencia médica es autorizada, la Compin o isapre, según corresponda, deberá aplicar al empleador, la sanción establecida en el artículo 56 del DS Nº 3.

7. Tramitación de la licencia médica electrónica por la Compin o isapre

a) Una vez completada la licencia médica electrónica por el empleador o trabajador independiente adscrito, de inmediato quedará a disposición de la Compin o isapre, según corresponda, en el sistema de información, al cual deberá acceder previa autenticación electrónica.

b) No obstante, la Compin o isapre, según corresponda, podrá efectuar las acciones propias de la contraloría médica, según lo dispone el artículo 21 del DS Nº 3, desde que toma conocimiento del otorgamiento de la licencia médica electrónica por el profesional habilitado.

8. Pronunciamiento sobre la licencia médica electrónica

La Compin o isapre, según corresponda, deberá pronunciarse sobre la licencia médica electrónica emitiendo la respectiva resolución en forma electrónica, la que deberá remitirse al sistema de información, para los efectos de generar un registro consolidado de la licencia médica otorgada y tramitada electrónicamente.

9. Notificación del pronunciamiento sobre la licencia médica electrónica

Para la notificación del pronunciamiento sobre la licencia médica electrónica se deberán seguir las siguientes normas:

a) Las isapres deberán notificar el respectivo pronunciamiento, por carta certificada, adjuntando copia impresa de la resolución de la licencia médica electrónica o un documento confeccionado en forma manual o electrónica, que sea exacto y tenga las mismas menciones que la Sección B de la licencia, debidamente timbrado, a los domicilios registrados por el trabajador y su empleador, o sólo al registrado por el trabajador independiente, en su caso, dentro del plazo de dos días hábiles, contados desde la fecha del pronunciamiento, de conformidad al artículo 36 del DS Nº 3[374].

b) Las Compin deberán efectuar la notificación por cualquier medio idóneo, de conformidad a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social.

c) Sin perjuicio de la notificación de la resolución en la forma señalada en los párrafos anteriores, a petición del trabajador o del empleador, las isapres y las Compin estarán obligadas a proporcionarles copia impresa de la licencia médica electrónica, cuidando de que cuando la petición haya sido efectuada por el empleador, no se consigne el diagnóstico de la misma.

10. Caso del empleador o trabajador independiente no adscrito

Si al momento del otorgamiento de la licencia médica electrónica, el sistema de información indica al profesional habilitado para otorgarla que el empleador o trabajador independiente no se encuentra adscrito, para los efectos de la tramitación se deberán seguir las reglas que a continuación se indican.

La aplicación de estas reglas no implica el cambio de naturaleza de la licencia médica electrónica otorgada, constituyendo sólo un procedimiento especial para permitir la tramitación de la misma en caso que el empleador o trabajador independiente no se encuentre adscrito al mismo Operador con el cual el profesional habilitado o prestador y la entidad que deba pronunciarse mantienen convenios de prestación de servicios informáticos.

a) El profesional habilitado deberá entregar al trabajador una copia impresa de la licencia médica otorgada electrónicamente, a objeto de que éste último la presente a su empleador o a la entidad que deba pronunciarse, según corresponda, para su trámite posterior, de acuerdo a los artículos 11 y 13 del DS Nº 3.

b) Una vez entregada por el trabajador la copia impresa de la licencia médica electrónica a su respectivo empleador, éste deberá fechar y firmar el respectivo comprobante impreso, conforme lo establece el artículo 12 del DS Nº 3. En caso que el empleador se niegue a recibirla o no la tramite, se estará a lo dispuesto en el artículo 64 del DS Nº 3.

c) El empleador o trabajador independiente deberá completar los datos requeridos en la copia impresa de la licencia médica electrónica y presentarla a la Compin o isapre, según corresponda, conforme lo dispuesto en el artículo 13 del DS Nº 3.

d) Para todos los efectos, el plazo de que dispone el empleador o trabajador independiente no adscrito para completar y poner a disposición de la entidad que deba pronunciarse la copia impresa de la licencia médica electrónica se contará desde la fecha de su recepción o emisión, respectivamente.

e) En caso de empleadores no adscritos de la Región Metropolitana que se encuentren afiliados a una Caja de Compensación de Asignación Familiar y, habiendo sido extendida la licencia médica a un trabajador afiliado al sistema público de salud, deberán presentar la copia impresa de la licencia médica electrónica a la CCAF respectiva en los mismos términos que el formulario de papel.

11. Adscripción al sistema de información por parte del empleador o trabajador independiente

[374] Letra a) modificada según Circular IF/N° 165 del 11.01.2012.

Si el empleador o trabajador independiente se adscribe al sistema de información con posterioridad al otorgamiento de la licencia médica, podrá continuar la tramitación de la misma en la forma prevista para empleadores o trabajadores independientes adscritos. En esta situación, el plazo de que dispone para completar y poner a disposición de la entidad que deba pronunciarse sobre la licencia médica electrónica se computará desde la fecha de recepción de la copia impresa.

12. Pronunciamiento de la licencia médica electrónica en el caso de empleador o trabajador independiente no adscrito

Al momento del pronunciamiento sobre la licencia médica electrónica por parte de la Compin o isapre, según corresponda, deberán tenerse presente las siguientes situaciones:

a) Una vez entregada por el empleador o el trabajador independiente no adscrito, la copia impresa de la licencia médica electrónica a la entidad que deba pronunciarse, ésta deberá fechar y firmar el respectivo comprobante impreso certificando este hecho, conforme lo establece el artículo 13 del DS Nº 3.

b) La Compin o isapre, según corresponda, deberá integrar los datos que el empleador o trabajador independiente hubiere consignado en la copia impresa de la licencia médica electrónica en aquella existente en el sistema de información.

c) El plazo de que dispone la Compin o isapre, según corresponda, para pronunciarse sobre la licencia médica se contará desde la fecha de recepción de la copia impresa.

13. Reclamos en contra de resoluciones pronunciadas respecto de licencias médicas electrónicas

Los reclamos en contra de las resoluciones pronunciadas sobre licencias médicas electrónicas, así como aquellos relacionados con el derecho o el monto de los subsidios por incapacidad laboral, se sujetarán a las normas legales y reglamentarias aplicables a los reclamos relativos a las licencias médicas en formulario de papel.

14. Copia impresa de la licencia médica electrónica

La copia impresa de la licencia médica electrónica es válida tanto para efectuar las reclamaciones que sean procedentes como para sustentar el proceso de liquidación y pago del subsidio por incapacidad laboral.

El organismo competente para conocer del reclamo de una licencia médica o la entidad que deba cursar el pago del eventual subsidio por incapacidad laboral, según corresponda, podrá exigir copia impresa íntegra de la licencia médica electrónica a la entidad que se haya pronunciado sobre la misma, la que estará obligada a proporcionarla. En todo caso, el pronunciamiento respecto de dicha reclamación deberá ser incorporado al sistema de información, por la Compin o isapre, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, la copia impresa de la licencia médica electrónica deberá siempre indicar la forma de acceder al documento electrónico.

C. Normas sobre responsabilidad

1. Fiscalización

La Superintendencia de Seguridad Social y la Superintendencia de Salud velarán porque en el otorgamiento y tramitación de las licencias médicas electrónicas, se cumpla con las leyes y reglamentos que las rigen y en especial con estas Instrucciones, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

2. Límite de responsabilidad

En ningún caso la responsabilidad que pueda emanar de un Operador que hubiere celebrado un convenio de prestación de servicios informáticos con una entidad fiscalizada comprometerá la responsabilidad pecuniaria del Estado.

3. Sanciones

El uso indebido o fraudulento que se realice de las licencias médicas electrónicas será sancionado en los mismos términos que el del formulario de papel.

4. Protección de datos personales

En el evento que durante el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica se verificara una infracción a la intimidad o vida privada, se deberán aplicar las normas especiales de responsabilidad civil frente al tratamiento de datos establecidas en la Ley 19.628, debiéndose imponer al responsable del banco de datos personales la obligación de indemnizar el daño patrimonial y moral que causare por el tratamiento indebido de los mismos. Para dichos efectos se entiende que el responsable del banco de datos es aquél en quien recae la adopción de decisiones relativas al tratamiento de los datos personales.

5. Delitos informáticos.

A los tipos penales que tengan lugar con ocasión del otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica a través del sistema de información, se aplicará la Ley Nº 19.223, sobre delitos informáticos. Para los efectos de lo establecido en el artículo 4° de la citada norma, el Operador deberá designar a un responsable del sistema de información.

Anexo Nº 1

Requisitos Tecnológicos del Sistema de Información para el funcionamiento del procedimiento de licencia médica electrónica

En este anexo se describen los requisitos tecnológicos mínimos necesarios que deberá cumplir el sistema de información provisto por un Operador, a efectos de asegurar el adecuado funcionamiento del procedimiento que deberá seguir la licencia médica electrónica.

1. MODELO OPERATIVO DE LA LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA.

1.1. Objetivo.

El objetivo de este capítulo es establecer y describir el modelo operativo de la Licencia Médica Electrónica. Este modelo define los actores que intervienen, las actividades y los flujos que determinan el modelo de procesos y los estados que puede adquirir el documento electrónico durante el procedimiento de otorgamiento y tramitación.

1.2. Aspectos generales del modelo operativo de la Licencia Médica Electrónica.

El modelo operativo de la Licencia Médica Electrónica considera, al igual que la licencia médica en formulario de papel, la participación de los siguientes actores, cuyas definiciones se encuentran dadas en el numeral 1.2. de las Instrucciones:

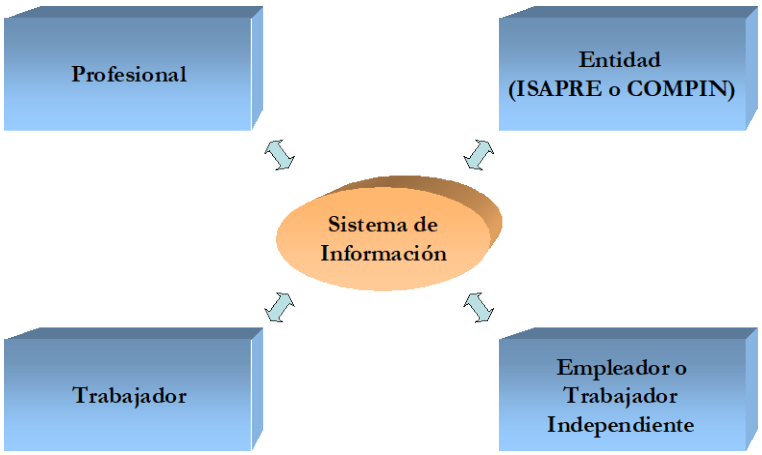
a) Trabajadores

b) Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas

c) Empleadores o Trabajadores Independientes

d) Entidades que se pronuncian respecto de la licencia médica (Isapre o Compin)

En el modelo operativo de la Licencia Médica Electrónica, las relaciones entre dichos actores se llevarán a cabo con el apoyo de un sistema de información provisto por un Operador.



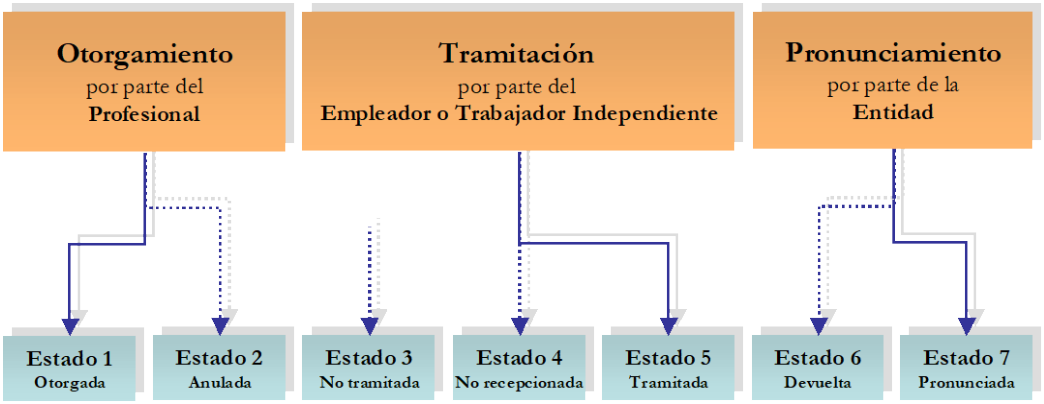
El sistema de información permitirá el flujo íntegro de la licencia médica electrónica desde el Profesional que la otorga hasta la entidad que le corresponde pronunciarse sobre la misma, cuando tanto el Profesional habilitado (o

el Prestador en que éste se desempeña), como el Empleador o el Trabajador Independiente, según corresponda, y la Entidad que se pronuncia (Isapre o Compin), se encuentren adscritos al uso del sistema de información como consecuencia de convenios de prestación de servicios informáticos.

En caso que el Empleador o el Trabajador Independiente, según corresponda, no se encuentre adscrito, esto no será impedimento para el otorgamiento de la licencia médica electrónica, si tanto el Profesional que la otorga como la Entidad que se pronuncia sobre la misma se encuentran ambos adscritos al uso del sistema de información. En esta situación, corresponderá el uso de una copia impresa de la licencia médica electrónica para que dicho Empleador o Trabajador Independiente pueda realizar el trámite que le corresponde en forma presencial

1.3. Modelo de procesos de la Licencia Médica Electrónica

El modelo de procesos de la Licencia Médica Electrónica está estructurado en 3 partes, en cada una de las cuales se desarrollan distintas actividades por parte de los actores que intervienen o se establecen condiciones que determinan los distintos estados que puede adquirir el documento electrónico durante el procedimiento de otorgamiento y tramitación.



Las actividades que desarrollan cada uno de los actores que intervienen se describen en este punto, detallándose el diagrama de actividades en el punto 1.4 y la definición de los estados del documento electrónico en el punto 1.5.

1.3.1. Otorgamiento de la licencia médica electrónica por el Profesional.

El Profesional deberá otorgar la licencia médica electrónica a través de los medios que el sistema de información provea, para lo cual deberá completar todos los datos correspondientes a esta etapa del procedimiento.

El sistema de información deberá guardar registro de la licencia médica electrónica en estado 1 y ponerla a disposición de la Entidad que se pronuncia para su conocimiento.

Adicionalmente, el sistema de información deberá informar al Profesional si el Empleador o Trabajador Independiente se encuentra adscrito a su uso.

a) En caso que el Empleador o Trabajador Independiente esté adscrito, el sistema de información deberá poner a su disposición la licencia médica electrónica otorgada, sin que le sea posible acceder a la información relativa al diagnóstico. El Empleador o Trabajador Independiente podrá acceder o rescatar desde el sistema de información la licencia médica electrónica a efectos de continuar con su tramitación electrónicamente.

b) En caso que el Empleador o Trabajador Independiente no esté adscrito, el sistema de información deberá proporcionar una copia impresa de la licencia médica electrónica, la cual el Profesional deberá entregar al

Trabajador, a efectos de que éste la presente a su Empleador o bien la presente a la Entidad que se pronuncia, según corresponda.

El Profesional podrá anular la licencia médica electrónica a través de los medios que el sistema de información provea, con el consentimiento del Trabajador y mientras ésta no haya modificado su estado como resultado de la acción del Empleador o Trabajador Independiente. En caso que se verifique la anulación, el sistema de información deberá guardar registro de la licencia médica electrónica en estado 2 y ponerla a disposición de la Entidad que se pronuncia para su conocimiento.

1.3.2. Tramitación de la licencia médica electrónica por el Empleador o Trabajador Independiente.

Una vez presentada la licencia médica electrónica al Empleador o Trabajador Independiente, ya sea que ésta haya sido puesta a su disposición electrónicamente o mediante la copia impresa, éste deberá continuar con su tramitación.

a) En caso que el Empleador o el Trabajador Independiente esté adscrito, una vez puesta a disposición la licencia médica electrónica en estado 1 podrán darse las siguientes situaciones:

i) Que dentro de los plazos de que disponen, el Empleador o el Trabajador Independiente tramite la licencia médica electrónica a través de los medios que el sistema de información provea, para lo cual deberá completar todos los datos correspondientes a esta etapa del procedimiento. El sistema de información deberá guardar registro de la licencia médica electrónica en estado 5 y ponerla a disposición de la Entidad que se pronuncia sobre la misma para su pronunciamiento.

ii) Que dentro de los plazos de que disponen, el Empleador o el Trabajador Independiente no tramite la licencia médica electrónica, para lo cual deberá expresar motivo a través de los medios que el sistema de información provea. El sistema de información deberá guardar registro de la licencia médica electrónica en estado 4 y ponerla a disposición de la Entidad que se pronuncia sobre la misma para su pronunciamiento.

iii) Que una vez cumplidos los plazos de que disponen el Empleador y el Trabajador Independiente sin que la hubiere tramitado ni expresado los motivos de la no tramitación, el sistema de información deberá guardar registro de la licencia médica electrónica en estado 3 y ponerla a disposición de la Entidad que se pronuncia. Sin perjuicio de lo anterior, el Empleador o el Trabajador Independiente podrá tramitar o expresar motivo de no tramitarla a través de los medios que el sistema de información provea, mientras la licencia médica electrónica se mantenga en dicho estado 3.

b) En caso que el Empleador o Trabajador Independiente no esté adscrito, y la licencia médica electrónica haya sido puesta a su disposición mediante la respectiva copia impresa, podrán darse las siguientes situaciones:

i) Que el Empleador o el Trabajador Independiente decidan continuar la tramitación utilizando la copia impresa, para lo cual deberá completar la información correspondiente sobre la misma y luego presentarla a la Entidad respectiva a efectos de que ésta pueda pronunciarse.

ii) Que el Empleador o el Trabajador Independiente decidan adscribirse al uso del sistema de información y continuar la tramitación por este medio, según el procedimiento para el caso del Empleador o Trabajador Independiente adscrito.

1.3.3. Tramitación de la licencia médica electrónica por la Entidad que se pronuncia.

Una vez presentada la licencia médica electrónica a la Entidad que se pronuncia, ya sea que ésta haya sido puesta a su disposición electrónicamente o mediante la copia impresa, ésta deberá continuar con su tramitación.

a) En caso que la licencia médica electrónica haya sido puesta a su disposición electrónicamente, la Entidad deberá rescatarla a efectos de pronunciarse sobre la misma, no obstante podrán darse las siguientes situaciones:

i) Que la Entidad se pronuncie sobre la licencia médica electrónica y luego la remita al sistema de información, el cual deberá guardar registro de ella en estado 7.

ii) Que la Entidad no se pronuncie sobre la licencia médica electrónica por falta de antecedentes y decida remitirla al sistema de información, el cual deberá guardar registro de ella en estado 6 y ponerla a disposición del Empleador o el Trabajador Independiente Adscrito para que éstos puedan complementar los antecedentes que la Entidad requiere.

b) En caso que la licencia médica electrónica haya sido recibida en su copia impresa, la Entidad que se pronuncia deberá consolidar toda la información, integrando los datos provenientes en dicha copia a la licencia médica electrónica en estado 1 puesta a su disposición electrónicamente en el momento de su otorgamiento, para luego proceder a su pronunciamiento.

1.4. Diagrama de actividades de la Licencia Médica Electrónica.

El modelo de procesos de la Licencia Médica Electrónica se describe en el siguiente diagrama de actividades, en el cual se representan los elementos esenciales del flujo de procesos y los eventos que determinan las condiciones para que la licencia médica electrónica adquiera sus distintos estados como documento electrónico.

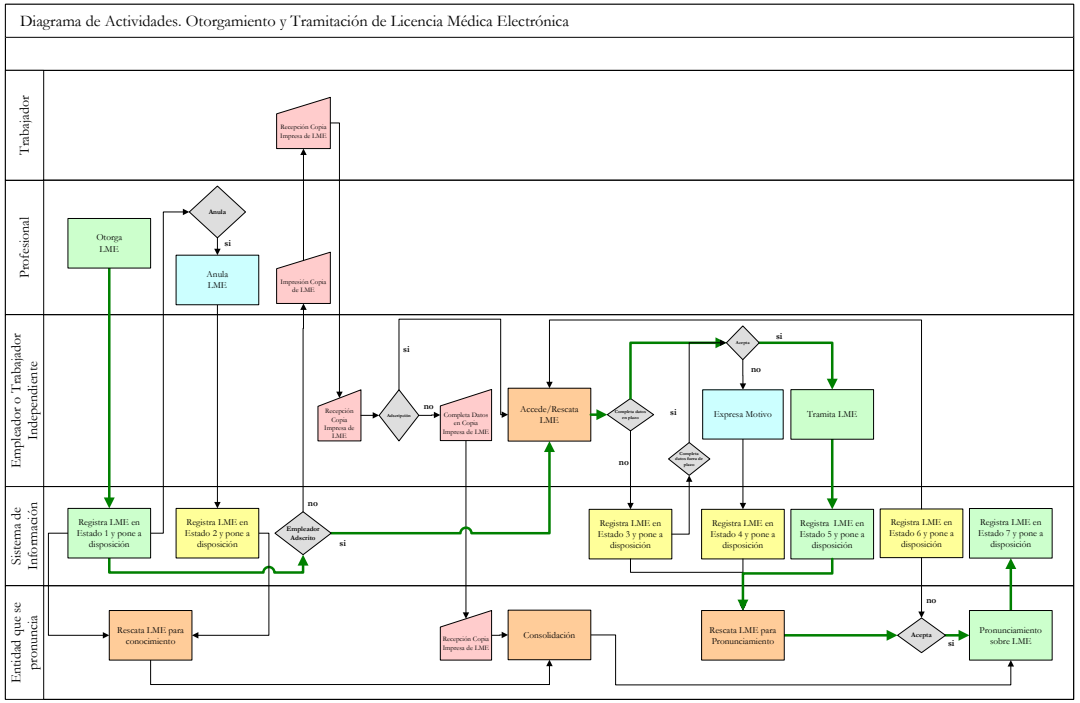


Diagrama de Actividades. Otorgamiento y Tramitación de Licencia Médica Electrónica
Trabajador
Profesional
Empleador o Trabajador Independiente
Sistema de Información
Entidad que se pronuncia
Recepción Copia Impresa de LME
Otorga LME
Anula
si
Anula LME
Impresión Copia de LME
Recepción Copia Impresa de LME
Adscripción
no
si
Completa Datos en Copia Impresa de LME
Accede/Rescata LME
Completa datos con plazo
si
no
Completa datos fuera de plazo
Acepta
si
no
Expresa Motivo
Tramita LME
Registra LME en Estado 1 y pone a disposición
Registra LME en Estado 2 y pone a disposición
Empleador Adscrito
no
si
Registra LME en Estado 3 y pone a disposición
Registra LME en Estado 4 y pone a disposición
Registra LME en Estado 5 y pone a disposición
Registra LME en Estado 6 y pone a disposición
Registra LME en Estado 7 y pone a disposición
Rescata LME para conocimiento
Recepción Copia Impresa de LME
Consolidación
Rescata LME para Pronunciamiento
Acepta
no
si
Pronunciamiento sobre LME

1.5. Estados de la Licencia Médica Electrónica.

La licencia médica electrónica como documento electrónico deberá adquirir los siguientes estados de acuerdo a las condiciones que se describen en el siguiente cuadro:

Estado	Descripción	Condiciones
1	Otorgada	Adquiere estado 1 en el momento que el sistema de información registra el otorgamiento de la licencia médica electrónica por parte del Profesional.
2	Anulada	Adquiere estado 2 en el momento que el sistema de información registra la anulación de la licencia médica electrónica por parte del Profesional. Sólo pueden adquirir el estado 2 licencias médicas electrónicas en estado 1.
3	No tramitada	Adquiere estado 3 en el momento que el sistema de información verifica el cumplimiento de los plazos de que disponen el Empleador o el Trabajador Independiente Adscrito para tramitarla. Sólo pueden adquirir el estado 3 licencias médicas electrónicas en estado 1 ó 6.
4	No recepcionada	Adquiere estado 4 en el momento que el sistema de información registra la expresión de motivo para no tramitarla por parte del Empleador o el Trabajador Independiente Adscrito. Sólo pueden adquirir el estado 4 licencias médicas electrónicas en estado 1, 3 ó 6.
5	Tramitada	Adquiere estado 5 en el momento que el sistema de información registra la tramitación de la licencia médica electrónica por parte del Empleador o el Trabajador Independiente Adscrito. Sólo pueden adquirir el estado 5 licencias médicas electrónicas en estado 1, 3 ó 6.
6	Devuelta	Adquiere estado 6 en el momento que el sistema de información registra la devolución de la licencia médica electrónica por parte de la Entidad que se pronuncia. Sólo pueden adquirir el estado 6 licencias médicas electrónicas en estado 3, 4 ó 5.
7	Pronunciada	Adquiere estado 7 en el momento que el sistema de información registra el pronunciamiento de la licencia médica electrónica por parte de la Entidad que se pronuncia. Sólo pueden adquirir el estado 7 licencias médicas electrónicas en estado 3, 4 ó 5, para el caso de licencias tramitadas por Empleadores o Trabajadores independientes Adscritos; o en estado 1, para el caso de licencias tramitadas por Empleadores o Trabajadores independientes no Adscritos.

2. LA LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA COMO DOCUMENTO ELECTRÓNICO

2.1. Objetivo

Este capítulo tiene como objetivo definir el contenido y establecer el formato que deberá tener la Licencia Médica Electrónica en su expresión como documento electrónico. Esta definición permitirá la interoperabilidad entre los distintos actores que intervendrán en su otorgamiento y tramitación.

2.2. Contenido de la Licencia Médica Electrónica

El contenido de la Licencia Médica Electrónica será el mismo que el de la licencia médica en formulario de papel. Las denominadas “secciones” del formulario de papel, en el documento electrónico corresponden o se manifiestan en “zonas”, según se detalla en el siguiente punto.

2.2.1. Zonas de la Licencia Médica Electrónica

0 Zona de identificación única de la licencia médica electrónica: Se indica su tipo, el folio asignado y el estado de la licencia médica electrónica.

A. Zona de uso y responsabilidad exclusiva del profesional: El profesional deberá completar, únicamente la sección A del formulario. Entre los antecedentes que debe consignar el profesional que la emite se encuentran:

A.1 Identificación del trabajador: Identificación del trabajador o trabajadora (nombre completo, rut, edad y sexo); fecha de emisión de la licencia; fecha de inicio del reposo; días de duración de la licencia en números y en palabras.

A.2 Identificación del hijo: Identificación del hijo, en caso de la licencia médica por enfermedad grave del hijo menor de un año y post natales (nombre completo, fecha de nacimiento y rut).

A.3 Tipo de licencia: Las licencias médicas pueden ser otorgadas por alguna de las siguientes causas específicas:

(1) Enfermedad o accidente común

(2) Prórroga medicina preventiva

(3) Licencia maternal pre y postnatal

(4) Enfermedad grave del hijo menor de un año

(5) Accidente del trabajo o del trayecto

(6) Enfermedad profesional

(7) Patología del embarazo

Además se debe especificar la recuperabilidad de la capacidad para trabajar, circunstancia de haberse iniciado trámite de invalidez, indicar si se trata de un accidente del trayecto o no, fecha y hora del accidente del trabajo o del trayecto y fecha de la concepción para licencias tipo 3 y 7.

A.4 Características del reposo: según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche. Además se debe especificar el lugar de reposo, indicando que se deberá cumplir en su domicilio, hospital u otro domicilio y, en este último caso, el motivo del cambio de domicilio de reposo, su dirección y teléfono, incluyendo teléfono de contacto.

A.5 Identificación del profesional: Identificación completa del profesional otorgante, especificando datos personales y especialidad.

A.6 Diagnóstico principal: Diagnóstico principal y otros diagnósticos incluyendo los antecedentes clínicos y exámenes de apoyo al diagnóstico (fecha de la intervención quirúrgica u otros procedimientos, complicaciones de las patologías, entre otros).

A.F Firmas del profesional y del Trabajador.

B. Zona de uso exclusivo de Servicio de Salud o Isapre: La institución deberá completar, únicamente la sección B del formulario. Entre los antecedentes que debe consignar se encuentra el nombre del Servicio de Salud o Isapre, el Nº de la resolución, el nombre del establecimiento, el código del establecimiento, el tipo de licencia médica según la entidad contralora y toda la información de un posible nuevo dictamen respecto de la licencia primeramente otorgada por el profesional.

B.F Firma del médico autorizado por el servicio de salud o ISAPRE.

C. Zona de responsabilidad exclusiva del empleador. El empleador deberá completar, únicamente la sección C del formulario. Entre los antecedentes que debe consignar se encuentran:

C.1 Identificación del empleador o trabajador independiente: Identificación completa respecto de la razón social de la entidad empleadora o nombre del trabajador independiente, run, teléfono, fecha de recepción de la licencia, dirección donde cumple funciones el Trabajador, la actividad y ocupación del trabajador y en caso de que la institución presente la licencia en una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) se debe indicar la fecha en que esto se realiza.

C.2 Identificación del régimen previsional del trabajador y entidad pagadora de subsidio.

C.3 Informe de remuneraciones rentas y/o subsidios: Información de remuneraciones de meses anteriores a la fecha de incapacidad distinguiendo los casos de las licencias maternales e indicando el porcentaje de desahucio.

C.4 Licencias anteriores en los últimos 6 meses: Información de licencias médicas emitidas con anterioridad.

C.F Firma del Empleador o Trabajador Independiente.

2.2.2. Datos de la Licencia Médica Electrónica

Los datos que conforman la Licencia Médica Electrónica se especifican en una tabla, donde cada columna señala lo siguiente:

a) **Glosa:** Nombre del elemento del documento electrónico.

b) **Descripción:** Explicación comprensiva del elemento.

c) **Tag:** Nombre del tag en el documento electrónico del <elemento> o “atributo”.

d) **Tipo:** Tipo de dato que puede tomar el valor del campo. Estos pueden ser:

i) Alfanumérico (String), algunos caracteres como ‘&’ y ‘<’ deben ser reemplazados por la secuencia de escape que el estándar que se utilizará define para dichos caracteres.

ii) Numérico (Integer), no debe incluirse separador de miles.

iii) Decimal (decimal), los decimales se separan con punto y se indican sólo cuando el valor que se desea incluir contiene decimales significativos.

iv) Fecha (Date), tipo de dato estándar en formato AAAA-MM-DD.

v) Hora (Time), tipo de dato estándar en formato HH:MM:SS.

vi) Fecha Hora (DateTime), tipo de dato estándar en formato AAAA-MM-DDTHH:MM:SS.

vii) STXXX, tipos simples definidos a partir de tipos de datos estándares.

viii) CTXXX, tipos complejos definidos a partir de tipos de datos estándares.

e) **Validación:** Validación realizada en el tipo de dato definido.

f) **I:** Código de impresión del campo. Si el código es I, el campo debe ser impreso. La impresión de un dato no debe necesariamente ser igual al formato que se especifica en el presente documento. Como ejemplo, una fecha no tiene necesariamente que estar en el formato AAAA-MM-DD, sino que puede ser impresa con el mes en letras o cambiando el orden en que aparecen el año, el mes y día, de manera de facilitar su lectura. Adicionalmente, se puede optar porque un dato que es obligatorio imprimir, esté preimpreso. Si el código es N, no es obligatorio que el campo sea impreso en el documento.

g) **O:** Código de obligatoriedad. Si el código es 1, el dato es obligatorio. El dato debe estar en el documento siempre, independiente de las características de la transacción. Si el código es 2, el dato es condicional. El dato no es obligatorio en todos los documentos, pero pasa a ser obligatorio en determinadas operaciones si se cumple una cierta condición que emana del propio formulario. Si el código es 3, el dato es opcional.

ZONA 0							
IDENTIFICACION DE LA LICENCIA MEDICA ELECTRONICA							
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
1	Folio Licencia	Folio de la licencia médica electrónica	<id_licencia>	STRut	ALGORITMO MODULO 11	I	1
2	Tipo de formulario	Tipo de formulario de la licencia médica electrónica	<codigo_tipo_formulario>	STTipo_formulario	1: PRESTADOR INSTITUCIONAL 2: PRESTADOR INDIVIDUAL 3: LICENCIA MEDICA ELECTRONICA	I	1
3	Tabla de estados		<estado>			I	
4	Estado	Estado de tramitación de la licencia médica	<estado_licencia>	STEstado_licencia	1: OTORGADA. 2: ANULADA. 3: NO TRAMITADA. 4: NO RECEPCIONADA. 5: TRAMITADA. 6: DEVUELTA. 7: PRONUNCIADA.	N	1
5	Motivo no recepción	Motivo no recepción de la licencia médica electrónica por parte del empleador	“motivo_no recepcion”	STMotivo_norecepcion	1: INEXISTENCIA DE RELACIÓN LABORAL. 2: RELACIÓN LABORAL TERMINADA 3: TRABAJADOR CON PERMISO SIN GOCE DE SUELDO. 4: TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO CON FERIADO LEGAL. 5: OTRAS RAZONES	N	3

6	Fecha término relación	Fecha en la que se terminó la relación laboral con el trabajador	"fecha_termino_relacion"	Date		N	2
7	Fecha Estado	Fecha y hora en la que cambió de estado la licencia médica	<fecha_estado>	DateTime		N	1
	Fin Tabla		</estado>				

ZONA A							
USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL							
	A.1	**IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
8	Apellido Paterno	Apellido paterno del trabajador	<trabajador>	CTPersona		I	1
9	Apellido Materno	Apellido materno del trabajador				I	1
10	Nombres	Nombres del trabajador				I	1
11	RUT	RUT del trabajador				I	1
12	Edad	Edad del trabajador					
13	Sexo	Sexo del trabajador					
14	Fecha Emisión Licencia	Fecha en que es emitida la licencia médica	<feha_emision>	DateTime		I	1
15	Fecha Inicio Reposo	Fecha en la que el trabajador Inicia reposo	<fecha_inicio_reposo>	DateTime		I	1
16	Nº de Días	Nº de días de reposo	<tra_ndias>	Integer		I	1
17	Nº de Días en palabras	Nº de días de reposo en palabras	<tra_ndias_palabras>	String		I	1

	A.2	**IDENTIFICACION DEL HIJO**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
18	Apellido Paterno	Apellido paterno del hijo	<hijo>	CTPersona		I	3
19	Apellido Materno	Apellido materno del hijo				I	3
20	Nombres	Nombres del hijo				I	3
21	RUT	RUT del hijo				I	2
22	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del hijo				I	2

	A.3	**TIPO DE LICENCIA**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
23	Tipo de licencia	Tipo de licencia	<codigo_tipo_licencia>	STTipo_licencia	1: ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2: PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3: LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4: ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR DE 1 AÑO 5: ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6: ENFERMEDAD PROFESIONAL 7: PATOLOGIA DEL EMBARAZO	I	1
24	Recuperabilidad laboral	Recuperabilidad laboral	<codigo_recuperabilidad>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	1
25	Inicio trámite de invalidez	Inicio trámite de invalidez	<codigo_inicio_tram_inv>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	1

26	Fecha del accidente	Fecha del accidente del trabajo o del trayecto	<fecha_accidente>	Date		I	2
27	Hora accidente	Hora y minutos del accidente	<hora_accidente>	Time		I	2
28	Trayecto	Accidente en el trayecto	<codigo_trayecto>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	2
29	Fecha de concepción	Fecha de la concepción del accidente	<fecha_concepcion>	Date		I	2

	A.4	**CARACTERISTICAS DEL REPOSO**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
30	Reposo total o parcial	Reposo laboral total o parcial	<codigo_tipo_reposo>	STTipo_reposo	1: REPOSO LABORAL TOTAL 2: REPOSO LABORAL PARCIAL	I	1
31	Jornada de reposo	Jornada del reposo	<codigo_jornada_reposo>	STJornada_reposo	A: MAÑANA B: TARDE C: NOCHE	I	2
32	Lugar de reposo	Lugar de reposo	<codigo_lugar_reposo>	STLugar_reposo	1: SU DOMICILIO 2: HOSPITAL 3: OTRO DOMICILIO	I	1
33	Justificación domicilio	Justificación si es otro domicilio	<justifica_domicilio>	String		I	2
34	Dirección	Dirección de reposo	<direccion_reposo>	CTDireccion		I	1
35	Teléfono	Teléfono personal o de contacto	<telefono_reposo>	CTTelefono		I	3

	A.5	**IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
36	Apellido Paterno	Apellido paterno del profesional	<profesional>	CTPersona		I	1
37	Apellido Materno	Apellido materno del profesional				I	1

38	Nombres	Nombres del profesional				I	1
39	RUT	RUT del profesional				I	1
40	Especialidad	Especialidad de profesional	<prof_especialidad>	String		I	1
41	Tipo de Profesional	Tipo de profesional que puede emitir licencias médicas	<codigo_tipo_profesional>	STTipo_profesional	1: MEDICO 2: DENTISTA 3: MATRONA	I	1
42	Registro colegio	Registro del colegio profesional	<prof_registro_colegio>	String		I	3
43	Correo electrónico	Correo electrónico	<prof_email>	STEmail		I	3
44	Teléfono	Teléfono de oficina de atención del profesional	<prof_telefono>	CTTelefono		I	3
45	Dirección	Dirección de oficina de atención del profesional	<prof_direccion>	CTDireccion		I	1
46	Fax	Fax de oficina de atención del profesional	<prof_fax>	CTTelefono		I	3

	A.6	**DIAGNOSTICO**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
47	Diagnóstico principal	Diagnóstico principal	<diagnostico_principal>	String		I	1
48	Otros diagnósticos	Otros diagnósticos	<diagnostico_otro>	String		I	3
49	Antecedentes clínicos	Antecedentes clínicos	<antecedentes_clinicos>	String		I	3
50	Exámenes de apoyo	Exámenes de apoyo al diagnóstico	<examenes_apoyo>	String		I	3

	A.F	**FIRMAS DEL PROFESIONAL QUE OTORGA LA LICENCIA MEDICA Y DEL TRABAJADOR**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
51	Firma Prestador	Datos Zona 0 y Zona A cifrados con llave privada del operador	<firma_prestador>	base64Binary o XML Signature		N	1

52	Firma Trabajador	Nombre y RUT del trabajador cifrados con llave privada del operador	<firma_trabajador>	base64Binary o XML Signature		N	1
ZONA B							
USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE							
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
53	Tipo de Pronunciamiento	Tipo de Pronunciamiento por parte de la entidad que se pronuncia	“tipo_pronunciamiento”	STTipo_pronunciamiento	1:PRONUNCIAMIENTO INICIAL 2: RECONSIDERACION 3: REDICTAMEN	I	1
54	Servicio de Salud o Isapre	Servicio de Salud o Isapre	<entidad>	String		I	1
55	Nº Resolución	Nº de la resolución	<n_resolucion>	STN_resolucion		I	1
56	Establecimiento	Nombre del establecimiento	<establecimiento>	String		I	1
57	Código establecimiento	Código del establecimiento	<codigo_establecimiento>	Integer		I	1
58	Tipo de licencia	Tipo de licencia médica	<codigo_tipo_licencia_entidad>	STTipo_licencia	1: ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2: PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3: LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4: ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR DE 1 AÑO 5: ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6: ENFERMEDAD PROFESIONAL 7: PATOLOGIA DEL EMBARAZO	I	1
59	Fecha inicio	Fecha desde que parte la licencia	<entidad_fecha_desde>	Datetime		I	1

60	Fecha fin	Fecha en la que termina la licencia	<entidad_fecha_hasta>	DateTime		I	1
61	Nº días autorizados	Nº de días de reposo autorizados	<entidad_ndias>	Integer		I	1
62	Código diagnóstico	Código del diagnóstico	<codigo_diagnostico>	String		I	1
63	Continuación	Primera licencia o continuación de otra	<codigo_contiuacion>	STContinuacion	1: PRIMERA 2: CONTINUACION	I	1
64	Nº días previos	Nº días de licencia previa	<dias_previos>	Integer		I	2
65	Tipo de resolución	Tipo de resolución	<codigo_tipo_resolucion>	STTipo_resolucion	1: AUTORIZASE 2: RECHAZASE 3: AMPLIASE 4: REDUCESE 5: PENDIENTE DE RESOLUCION	I	1
66	Pendiente	Causa por la cual la licencia queda pendiente	<entidad_pendiente>	String		I	2
67	Redictamen	Redictamen	<codigo_redictamen>	StSiNo	1: SI 2: NO	1	2
68	Causa de rechazo	Causa de rechazo	<codigo_causa_rechazo>	STCausa_rechazo	1: REPOSO INJUSTIFICADO 2: DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3: FUERA DE PLAZO 4: INCUMPLIMIENTO REPOSO 5: OTRO	I	2
69	Causa de modificación o rechazo	Causa de modificación o rechazo de la licencia	<entidad_causa>	String		I	2
70	Reposo autorizado	Tipo de reposo autorizado	<codigo_reposo_autorizado>	STTipo_reposo	1: REPOSO LABORAL TOTAL 2:REPOSO LABORAL PARCIAL	I	1
71	Jornada de reposo	Jornada de reposo	<codigo_jornada_reposo_autorizado>	STJornada_reposo	A: Mañana B: Tarde	I	2

					C: Noche		
72	Derecho a subsidio	Tipo de derecho a subsidio	<codigo_derecho_subsidio>	STTipo_subsidio	A: CON DERECHO A SUBSIDIO UNA VEZ VERIFICADOS LOS REQUISITOS DISPUESTOS EN EL D.F.L. Nº 44/78 Y LEY Nº 16744 B: CON DERECHO A SUBSIDIO DE CARGO DEL EMPLEADOR O ENTIDAD RESPONSABLE ART. 56 DS Nº 3/84 C: SIN DERECHO A SUBSIDIO	I	1
73	Fecha de recepción	Fecha de recepción en el Servicio de Salud o Isapre	<entidad_fecha_recepcion>	Datetime		I	1
74	Fecha de resolución	Fecha de resolución por parte del Servicio de Salud o Isapre	<fecha_resolucion>	Datetime		I	1
75	Fecha de redictamen	Fecha de redictamen	<fecha_redictamen>	Datetime		I	2
76	Apellido Paterno	Apellido paterno del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre	<contralor>	CTPersona		I	1
77	Apellido Materno	Apellido materno del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre				I	1
78	Nombres	Nombres del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre				I	1
79	RUT	RUT del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre				I	1

80	Digito Verificador RUT	Digito Verificador del RUT del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre				I	1
81	Registro colegio médico	Registro colegio médico del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre	<contralor_registro_colegio>	String		I	3

	B.F	**FIRMA DEL MEDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
82	Firma Asegurador	Datos Zona B cifrados con llave privada del operador	<firma_asegurador>	base64Binary o XML Signature		N	1

ZONA C							
RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR							
	C.1	**IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
83	Razón social	Razón social del empleador o nombre del trabajador independiente	<emp_nombre>	String		I	1
84	RUT	RUT del empleador o trabajador independiente	<emp_rut>	STRut		I	1
85	Teléfono	Teléfono del empleador o trabajador independiente	<emp_telefono>	CTTelefono		I	1
86	Fecha recepción	Fecha de recepción de licencia por el empleador o trabajador independiente	<emp_fecha_recepcion>	Datetime		I	1
87	Dirección	Dirección donde cumple funcionales el trabajador	<emp_direccion>	CTDireccion		I	1

88	Código comuna	Código comunal uso COMPIN	<codigo_comuna_compin>	Integer		I	2
89	Actividad laboral	Actividad laboral del trabajador	<código_actividad_laboral>	STActividad_laboral	0: Agricultura, servicios agrícolas, silvicultura y pesca 1: Minas, petróleos y canteras 2: Industrias manufactureras 3: Construcción 4: Electricidad, gas y agua 5: Comercio 6: Transporte, almacenamiento y comunicaciones 7: Finanzas, seguros bienes muebles y servicios técnicos, profesionales y otros 8: Servicios estatales, sociales, personales e internacionales 9: Actividad no especificada	I	1
90	Ocupación	Ocupación	<codigo_ocupación>	STOcupacion	11: Ejecutivo o directivo 12: Profesor 13: Otro profesional 14: Técnico 15: Vendedor 16: Administrativo 17: Operario, trabajador manual 18: Trabajador de casa particular 19: Otro	I	1
91	Otra ocupación	Especificación de la ocupación	<emp_otra_ocupación>	String		I	2

	C.2	**IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**

92	Fecha recepción	Fecha de recepción de licencia por la Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF)	<prev_fecha_recepción_ccaf>	Datetime		I	2
93	Tipo régimen previsional	Tipo de régimen previsional	<código_tipo_regimen_previsional>	STRegimen_previsional	1: D.L. 2501 INP 2: D.L. 3500 AFP	I	1
94	Código régimen previsional	Código de régimen previsional	<código_regimen_previsional>	String		I	1
95	Letra caja previsión	Letra de caja de previsión	<código_letra_caja>	String		I	2
96	Nombre previsión	Nombre de institución previsional	<prev_nombre>	String		I	1
97	Calidad del trabajador	Calidad de trabajador	<código_calidad_trabajador>	STCalidad_trabajador	1: TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY 18.834 2: TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LEY 18.834 3: TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO 4: TRABAJADOR INDEPENDIENTE.	I	1
98	Seguro de desempleo AFC	Seguro de desempleo trabajador afiliado a AFC	<código_seguro_afc>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	2
99	Seguro de desempleo indefinido	Seguro de desempleo trabajador con contrato de duración indefinida	<código_seguro_indef>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	2
100	Fecha afiliación	Fecha primera afiliación a entidad previsional	<fecha_afiliación>	Date		I	1
101	Fecha contrato	Fecha de contrato de trabajo	<fecha_contrato>	Date		I	1

102	Entidad pagadora	Entidad que debe pagar el subsidio o mantener la remuneración	<código_entidad_pagadora>	STEntidad_pagadora	A: SERVICIO DE SALUD B: ISAPRE C: CCAF D: EMPLEADOR E: SERVICIO DE SALUD F: MUTUAL G: INP H: EMPLEADOR	I	2
103	Nombre pagador	Nombre de entidad pagadora de subsidio	<prev_nombre_pagador>	String		I	1

	C.3	**INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
104	Código previsión	Código institución previsional	<remuneración>	CTRemuneración	MAXIMO 12 REPETICIONES	I	1
105	Mes remuneraciones	Mes al cual corresponden las remuneraciones				I	1
106	Año remuneraciones	Año al cual corresponden las remuneraciones				I	1
107	Nº días remuneraciones	Nº de días a remunerar				I	1
108	Monto Imponible	Monto Imponible desahucio para trabajadores corporaciones municipales y públicos				I	1
109	Monto total	Monto total de remuneraciones imponibles para pensiones y salud (tope 60 UF)				I	1

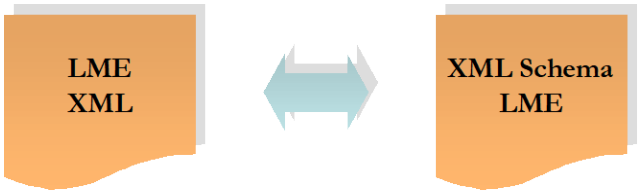
110	Monto incapacidad laboral	Monto subsidio por incapacidad laboral				I	2
111	N° días incapacidad laboral	Nº de días de subsidio por incapacidad laboral				I	2
112	% de desahucio	% de desahucio	<porcen_desahucio>	Decimal		I	1
113	Monto mes anterior	Monto imponible del mes anterior al inicio de la licencia médica	<monto.imponible.mesanterior>	Integer		I	1

	C.4	**LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
114	Licencias anteriores	Licencias anteriores	<lma_nlicencias>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	1
115	Total de días	Total de días	<licencia_anterior>	CTLicencia_anterior	MAXIMO 12 REPETICIONES	I	2
114	Fecha inicio licencia anterior	Fecha de inicio de la licencia médica anterior				I	2
115	Fecha fin licencia anterior	Fecha de término de la licencia médica anterior				I	2

	C.F	**FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**					
#	**GLOSA**	**DESCRIPCION**	**TAG**	**TIPO**	**VALIDACION**	**I**	**O**
116	Firma Empleador	Datos Zona C cifrados con llave privada del operador	<firma_empleador>	XML Signature		N	1

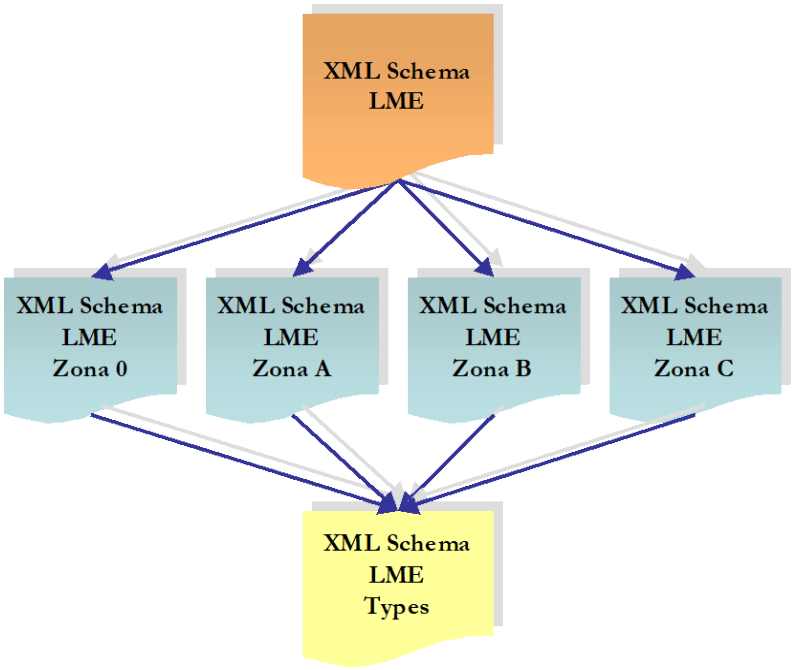
2.3. Formato de la Licencia Médica Electrónica. [375]

El formato para la Licencia Médica Electrónica como documento electrónico será XML, el cual deberá ser generado en consistencia con un XML Schema.



2.3.1. XML Schema de la Licencia Médica Electrónica.

El XML Schema LME está conformado por cuatro XML Schema LME Zona, que definen el contenido de la Licencia Médica Electrónica, y un XML Schema LME Types, que permite la validación de todos los datos.



[375] Numeral 2.3, incluyendo puntos 2.3.1, 2.3.2 y 2.4 fueron reemplazados por Circular IF/N°394 del 07.10.2021, conjunta con Circular N°3621 de la SUSESO

2.3.2. Definición de los XML Schemas.

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que definen la Licencia Médica Electrónica y un ejemplo de la misma, están publicados en la dirección http://www.lme.gov.cl/lme.

2.4 Seguridad de la Licencia Médica Electrónica como documento electrónico.

La seguridad de la licencia médica electrónica como documento electrónico estará resguardada en la medida que éste cumpla con los atributos de autenticidad, no repudio, integridad y confidencialidad. Para ello, deberá considerarse lo siguiente:

a) Autenticidad: Los receptores de la licencia médica electrónica deberán poder verificar la identidad del emisor del documento e identificar formalmente a su autor.
Para ello se deberá utilizar un mecanismo de autenticación biométrica, el servicio de autenticación de Clave Única oficial del Estado o la utilización de infraestructura de llave pública (PKI).

b) No repudio: El emisor de la licencia médica electrónica no deberá poder negar la autoría del documento.
Para ello se deberá utilizar un mecanismo de autenticación biométrica, el servicio de autenticación de Clave Única oficial del Estado o la utilización de infraestructura de llave pública (PKI).

c) Integridad: La licencia médica electrónica no deberá poder ser alterada por un tercero sin que esto sea detectable.
En el momento del otorgamiento y cada vez que la licencia médica electrónica adquiera un nuevo estado, el Organismo Monitor deberá guardar automáticamente una copia de la licencia médica electrónica a través de los servicios dispuestos por los Operadores.
La integridad será resguardada a través de infraestructura de llave pública (PKI), por medio de las potencialidades que son propias de dicho sistema.

d) Confidencialidad: La licencia médica electrónica o parte de ella, no deberá poder ser leída por actores no autorizados para hacerlo.
La confidencialidad será resguardada a través de infraestructura de llave pública (PKI), por medio de las potencialidades que son propias de dicho sistema.

Para lo anterior se debe cumplir con las siguientes condiciones iniciales:

a) El Operador deberá tener la capacidad de generar y asignar un par de llaves, por sí mismo o a través de un tercero, para uso de infraestructura de llave pública (PKI). En el caso que dicho par de llaves sea generado por el mismo Operador, éste deberá contar con reglas sobre prácticas de certificación y mantener un registro de acceso público de certificados.
b) El Operador deberá tener la capacidad de firmar utilizando XML Signature a partir de una llave privada.
c) El Operador deberá tener la capacidad de cifrar utilizando XML Encryption a partir de una llave pública.
d) El Operador deberá contar con un par de llaves propias otorgadas por una Entidad Acreditada por el Estado.

Se debe tomar en consideración que desde su otorgamiento por el profesional hasta su resolución por parte de la entidad que se pronuncia, la licencia médica electrónica es firmada por 4 intervinientes:

a) Firma del Profesional que otorga la licencia médica.
b) Firma del Trabajador.
c) Firma del Empleador o Trabajador Independiente.
d) Firma del médico contralor, autorizado por la COMPIN o ISAPRE.

En cada una de estas firmas se deberá realizar las acciones que se describen a continuación:

Otorgamiento por parte del profesional	
Firma del Profesional	Para el caso que la autenticación sea a través de PKI, la firma del Prestador o Profesional debe ser un registro en la sección del documento electrónico destinado para esos efectos, utilizando XML Signature sobre el elemento <ZONA_A> de manera ensobrada, utilizando la llave privada del Profesional. Para el caso que la autenticación sea a través de un mecanismo biométrico o Clave Única, la firma del Profesional debe ser un registro en la sección del documento electrónico destinado para esos efectos.
Firma del Trabajador	Para el caso que la autenticación sea a través de PKI, la firma Trabajador debe ser un registro en la sección del documento electrónico destinado para esos efectos, utilizando XML Signature sobre el elemento <ZONA_A> de manera ensobrada, utilizando la llave privada del Trabajador. Para el caso que la autenticación sea a través de un mecanismo biométrico o Clave Única, la firma del Trabajador debe ser un registro en la sección del documento electrónico destinado para esos efectos.
Datos cifrados	Se deberá cifrar utilizando XML Encryption el elemento Diagnóstico de la <ZONA_A6> con la llave pública provista para estos efectos al Operador, o al menos, el texto del diagnóstico cifrado, con el mismo mecanismo. Por su parte, la llave privada para descifrar será provista a los terceros debidamente autorizados bajo los resguardos que correspondan.

Tramitación por parte del Empleador o Trabajador Independiente	
Firma del Empleador o Trabajador Independiente.	Para el caso que la autenticación sea a través de PKI, la firma del empleador o trabajador independiente debe ser un registro en la sección del documento electrónico destinado para esos efectos, utilizando XML Signature sobre el elemento <ZONA_C> de manera ensobrada, utilizando la llave privada del empleador o trabajador independiente. Para el caso que la autenticación sea a través de un mecanismo biométrico o Clave Única, la firma del empleador o trabajador independiente debe ser un registro en la sección del documento electrónico destinado para esos efectos.

Pronunciamiento por parte de la Entidad

Firma de la Entidad	Para el caso que la autenticación sea a través de PKI, la firma de la Entidad debe ser un registro en la sección del documento electrónico destinado para esos efectos utilizando XML Signature sobre el elemento <ZONA_B> de manera ensobrada, utilizando la llave privada de la Entidad. Para el caso que la autenticación sea a través de un mecanismo biométrico o Clave Única, la firma del Contralor Médico debe ser un registro en la sección del documento electrónico destinado para esos efectos Para el caso de licencias médicas de origen común que sean autorizadas, pueden ser firmadas por un representante institucional. En cualquier otro caso deben ser firmadas por un Contralor médico autorizado.

A modo de síntesis, respecto de cualquier sujeto que intervenga en el proceso de la licencia médica electrónica, ya sea trabajador, profesional que la emite, empleador o contralor médico de la entidad que se pronuncia; se deben resguardar los atributos antes descritos, y, ajustarse a lo que el XML Schema oficial define para esos efectos. De este modo, se consideran las siguientes opciones y combinaciones, en la relación entre el atributo que se debe cumplir y mecanismo destinado a satisfacerlo:

Atributos	**Mecanismo Biométrico, o**	**Clave única, o**	**Infraestructura de llave pública (PKI)**
Autenticidad	Permitido	Permitido	Permitido
No Repudio	Permitido	Permitido	Permitido
Integridad			Obligatorio
Confidencialidad			Obligatorio

Cabe señalar que el mecanismo oficial del Estado para la autenticación de las personas de manera remota es la Clave Única, que emana del Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCEI). Podrán incorporarse nuevas formas de autenticación, en tanto éstas sean adoptadas de manera oficial y transversal como mecanismos válidos de verificación de identidad (como por ejemplo, Clave Tributaria implementada por el Servicio de Impuestos Internos), lo cual se concretará mediante su incorporación en una sección del sitio http://www.lme.gov.cl/lme.

Finalmente, se hace presente que corresponderá al Ministerio de Salud determinar las exigencias y requisitos que impliquen el autorizar la emisión de licencias médicas electrónicas en el ámbito de la Telemedicina, en el reconocimiento que se trata de un acto médico.

3. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA.

3.1. Objetivo.

El objetivo de este capítulo es establecer los requisitos mínimos que deberá cumplir el sistema de información, a efectos de asegurar el correcto funcionamiento del procedimiento de otorgamiento y tramitación de la Licencia Médica Electrónica. En particular, se establecen requerimientos de los servicios, de las interfaces de visualización, de impresión y de operación, los cuales son esenciales para cumplir con la finalidad señalada.

3.2. Requerimientos de servicios.

El sistema de información deberá estar basado en una Arquitectura Orientada a Servicios (SOA), la cual deberá contemplar un conjunto de servicios, cuyas interfaces podrán ser invocadas en secuencias según las necesidades que se deriven del proceso de otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica. Los servicios representarán las funcionalidades de los procesos y deberán especificar los tipos de mensajes que podrá enviar y recibir y las reglas de secuenciamiento de estos mensajes en la interacción con los servicios.

A su vez, cada servicio deberá contar con los mecanismos de autenticación que permitan validar al usuario que lo utiliza, para lo cual el Operador del sistema de información deberá establecer los parámetros que sean necesarios para cumplir con dicho fin.

Sin perjuicio de los servicios descritos a continuación, el Operador deberá implementar todos aquellos que estime conveniente para el adecuado funcionamiento del sistema de información.

3.2.1. Directorio de servicios.

Debe existir un directorio de servicios UDDI (Universal Description, Discovery, and Integration) en el que se describan los requisitos técnicos, los parámetros de entrada y de salida de los mensajes y los formatos de los mensajes solicitados para interactuar con los Servicios.

3.2.2. Servicios para el Profesional que otorga la licencia médica electrónica o el Prestador.

3.2.2.1. Validación de entidades adscritas.

Debe permitir la validación de las entidades adscritas al sistema de información. Por una parte, deberá validar si la Entidad que le corresponde pronunciarse sobre la licencia médica del Trabajador se encuentra o no adscrita al sistema, lo cual determinará si ésta pueda ser otorgada electrónicamente. Por otra parte, deberá validar si el o los Empleadores de dicho Trabajador se encuentran o no adscritos, lo cual determinará si la licencia médica electrónica debe ser impresa para su tramitación por parte del Trabajador.

3.2.2.2. Validación de la licencia médica electrónica.

Debe permitir que la licencia médica electrónica en XML sea validada por el XML Schema entregado en el capítulo 2 de este anexo.

3.2.2.3. Foliación de la licencia médica electrónica.

Debe generar y asignar un número de folio para cada licencia médica electrónica en el momento que es otorgada. En el caso que se estuviese otorgando múltiples licencias médicas en el mismo acto, se deberá asignar para cada licencia un número de folio distinto.

3.2.2.4. Remisión de una licencia médica electrónica otorgada.

Debe permitir que el usuario Profesional pueda remitir toda aquella licencia médica electrónica que haya otorgado, debiendo registrarse en ella el estado 1, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.2.5. Remisión de una licencia médica electrónica anulada.

Debe permitir que el usuario Profesional pueda remitir toda aquella licencia médica electrónica que haya anulado, debiendo registrarse en ella el estado 2, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.2.6. Acceso al registro de licencias médicas electrónicas otorgadas.

Debe permitir acceder al registro de todas las licencias que el Profesional haya otorgado a través del sistema de información. Sólo debe permitir el acceso a aquellas zonas respecto de las cuales el Profesional tuvo conocimiento o intervino directamente.

3.2.2.7. Generación de correo electrónico de aviso al Empleador.

Debe permitir el envío de un correo electrónico de aviso a el o los Empleadores adscritos en el cual se le informe del otorgamiento de la licencia médica a uno de sus Trabajadores.

3.2.3. Servicios para el Empleador o Trabajador Independiente.

3.2.3.1. Rescate de licencia médica electrónica por parte del Empleador o Trabajador Independiente.

Debe permitir que el usuario Empleador o Trabajador Independiente pueda rescatar toda aquella licencia médica electrónica otorgada que haya sido puesta a su disposición para su tramitación.

3.2.3.2. Validación de la licencia médica electrónica.

Debe permitir que la licencia médica electrónica en XML sea validada por el XML Schema entregado en el capítulo 2 de este anexo.

3.2.3.3. Remisión de licencia médica electrónica tramitada por el Empleador o Trabajador Independiente.

Debe permitir que el usuario Empleador o Trabajador Independiente pueda remitir toda aquella licencia médica electrónica que haya tramitado, debiendo registrarse en ella el estado 5, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.3.4. Remisión de licencia médica electrónica no recepcionada por el Empleador o Trabajador Independiente.

Debe permitir que el usuario Empleador o Trabajador Independiente pueda remitir toda aquella licencia médica electrónica que no haya recepcionado, debiendo registrarse en ella el estado 4, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.3.5. Constatación de licencia médica electrónica no tramitada por el Empleador o Trabajador Independiente.

Debe constatar, transcurrido el plazo para tramitar la licencia médica por parte del usuario Empleador o Trabajador Independiente, que licencia médica electrónica no se ha tramitado, debiendo registrarse en ella el estado 3, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.3.6. Remisión de información complementaria por parte del Empleador o Trabajador Independiente.

Debe permitir que el usuario Empleador o Trabajador Independiente pueda remitir información complementaria a la licencia médica electrónica referenciándola a la misma mediante su número de folio. En el caso de licencias tramitadas podrá agregar información para el pronunciamiento o el cálculo de los respectivos subsidios por incapacidad laboral. En el caso de licencias no recepcionadas podrá agregar información sobre motivos de la no recepción.

3.2.3.7. Acceso al registro de licencias médicas electrónicas tramitadas.

Debe permitir acceder al registro de todas las licencias que el Empleador o Trabajador Independiente haya tramitado, haya expresado motivo de no recepción o no se haya manifestado dentro del plazo a través del sistema de información. Sólo debe permitir el acceso a aquellas zonas respecto de las cuales el Empleador o Trabajador Independiente tuvo conocimiento o intervino directamente.

3.2.3.8. Generación de correo electrónico de aviso a la Entidad encargada de pronunciarse sobre la licencia.

Debe permitir el envío de un correo electrónico de aviso a la Entidad encargada de pronunciarse sobre ella en el cual se le informe de la tramitación de la licencia médica.

3.2.4. Servicios para la Entidad que se pronuncia.

3.2.4.1. Rescate de licencia médica electrónica por parte de la Entidad que se pronuncia.

Debe permitir que la Entidad pueda rescatar toda licencia médica electrónica que haya sido puesta a su disposición. Para las licencias médicas electrónicas en estados 1 ó 2 debe permitir el rescate de al menos la zona 0 y zona A de las definiciones dadas. Para las licencias médicas electrónicas en estados 3, 4 ó 5 debe permitir el rescate de al menos la zona 0, la zona A y la zona C de las definiciones dadas.

3.2.4.2. Remisión de una licencia médica electrónica devuelta para su puesta a disposición del Empleador o Trabajador Independiente adscrito.

Debe permitir que la Entidad pueda remitir toda licencia médica electrónica, que desee poner a disposición del Empleador o Trabajador Independiente adscrito, debiendo registrarse en ella el estado 6, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.4.3. Remisión de una licencia médica electrónica pronunciada.

Debe permitir que la Entidad pueda remitir toda licencia médica electrónica respecto de la cual se haya pronunciado, debiendo registrarse en ella el estado 7, según lo definido en el capítulo 1 de este anexo.

3.2.4.4. Acceso al registro de licencias médicas electrónicas pronunciadas.

Debe permitir acceder al registro de todas las licencias respecto de las cuales la Entidad se haya pronunciado o haya sido devuelta a través del sistema de información. Sólo debe permitir el acceso a aquellas zonas respecto de las cuales tuvo conocimiento o intervino directamente.

3.2.5. Servicios para el Trabajador.

3.2.5.1. Consulta sobre estado de tramitación de la licencia médica electrónica.

Debe permitir consultar el estado de tramitación de la licencia médica electrónica, indicando como mínimo:

a) Historial de estado de la licencia médica, con la respectiva fecha y hora en la que adquirió cada estado.

b) Datos de la zona A de la licencia médica electrónica, con excepción de A6.

c) Datos de la Zona B de la licencia médica electrónica, con excepción del código del diagnóstico.

d) Datos de la Zona C de la licencia médica electrónica.

3.2.6. Servicios para el Organismo Monitor

3.2.6.1. Consulta sobre personas, instituciones o entidades con convenio con el Operador (adscritas).

Debe permitir al usuario Monitor el acceso a información sobre personas, instituciones o entidades que hayan celebrado convenios con el Operador (Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores, según corresponda, Empleadores, Trabajadores Independientes e ISAPRES o COMPIN, esta última a través de la Subsecretaría de Salud Pública, según corresponda), indicando como mínimo:

a) Nombre o razón Social[376]

b) RUT

c) Fecha de inicio de convenio y fecha de término del servicio.

En caso de convenios con Prestadores (Instituciones Públicas o Privadas en las cuales se desempeñen Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas), se deberá acceder además a información sobre:

a) Datos de lugares o centros de atención adscritos (dirección, teléfono, otros).

b) Datos de profesionales adscritos en el marco del convenio (nombre, especialidad, otros).

3.2.6.2. Rescate de una licencia médica electrónica por parte del Organismo Monitor.

Debe permitir el rescate de una licencia médica electrónica, cualquiera sea su estado, así como también toda aquella información complementaria referenciada a una determinada licencia.

[376] Letra a) insertada por Circular IF/275, de 2016.

3.2.6.3. Acceso al registro de licencias médicas electrónicas.

Deberá permitir acceder al registro de todas las licencias que hayan sido otorgadas a través del sistema de información. Se debe permitir el acceso a todas las zonas de la licencia médica electrónica.

3.2.6.4. Actualización de licencias médicas electrónicas.

Deberá permitir acceder a un registro que indique las licencias médicas electrónicas que han sido creadas o actualizadas en el sistema de información.

3.2.6.5. Acceso a los servicios disponibles.

Deberá permitir acceder y utilizar, en un ambiente de prueba, todos los servicios disponibles para todos los usuarios: Profesionales, Empleadores o Trabajadores Independientes y Entidades que se pronuncian sobre las licencias médicas.

3.3. Requerimientos de las interfaces de visualización.

Sin perjuicio de las interfaces que sean necesarias de implementar por parte del Operador, en adelante se establecen los requerimientos para aquellas interfaces mínimas con las que deberá contar el sistema de información para su adecuado funcionamiento. Es recomendable que estos requerimientos se encuentren implementados en las interfaces que utilicen los actores que intervienen en el proceso de otorgamiento y tramitación de la Licencia Médica Electrónica en caso que dichas interfaces sean provistas por ellos mismos o por terceros. En esos casos, el Operador deberá verificar que las interfaces permitan cumplir con los requisitos de procesos (descritos en el capítulo 1) y aquellos establecidos para el documento electrónico (descritos en el capítulo 2).

3.3.1. Requerimientos para el Profesional que otorga la licencia médica electrónica o el Prestador.

3.3.1.1. Otorgamiento de la licencia médica electrónica.

Se deberá proporcionar al usuario Profesional acceso a un formulario para el otorgamiento de la licencia médica electrónica con todos aquellos campos que corresponde completar en esta etapa del procedimiento, es decir, la zona A descrita en el capítulo 2 de este anexo y cumpliendo con los requisitos señalados en el punto 3.3.8 sobre especificación de textos para interfaz de visualización, de este capítulo.

3.3.1.2. Visualización de la licencia médica electrónica.

Se deberá desplegar la totalidad de los datos que se han completado en esta etapa, a efectos de permitir la revisión por parte del Profesional que la otorga.

3.3.1.3. Firmado de la licencia médica electrónica por parte del Profesional que otorga la licencia.

Se deberá permitir que el Profesional, una vez que haya revisado el contenido de la licencia médica electrónica, firme a través de algún medio tecnológico que permita cumplir con los requisitos establecidos para el documento electrónico en el punto 2.5 sobre seguridad de la licencia médica electrónica como documento electrónico.

3.3.1.4. Firmado de la licencia médica electrónica por parte del Trabajador.

Se deberá permitir que el Trabajador, una vez que la licencia médica electrónica haya sido firmada por el Profesional, firme a través de algún medio tecnológico que permita cumplir con los requisitos establecidos para el documento electrónico en el punto 2.5 sobre seguridad de la licencia médica electrónica como documento electrónico.

3.3.1.5. Impresión de comprobante de la licencia médica electrónica.

Se deberá permitir la impresión del comprobante de otorgamiento de la licencia médica, el cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.1. sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.1.6. Impresión de copia en papel de la licencia médica electrónica.

En caso que el sistema de información no haya identificado empleador adscrito, se deberá permitir la impresión de la copia en papel de la licencia médica electrónica, la cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.2 sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.2. Requerimientos para el Empleador o Trabajador Independiente.

3.3.2.1. Visualización de los datos de la licencia médica electrónica a los cuales puede acceder el Empleador o Trabajador Independiente.

Se deberá presentar al Empleador o Trabajador Independiente, los datos contenidos en la zona A de la licencia médica electrónica con excepción de la zona A6, los datos contenidos en la zona B de la licencia médica electrónica con excepción del código del diagnóstico y los datos contenidos en la zona C de la licencia médica electrónica.

3.3.2.2. Tramitación de la licencia médica electrónica.

Se deberá proporcionar al usuario Empleador o Trabajador Independiente acceso a un formulario para la tramitación de la licencia médica electrónica con todos aquellos campos que corresponde completar en esta etapa del procedimiento, es decir, la zona C descrita en el capítulo 2 de este anexo y cumpliendo con los requisitos señalados en el punto 3.3.8 sobre especificación de textos para interfaz de visualización, de este capítulo.

3.3.2.3. Visualización de la licencia médica electrónica.

Se deberá desplegar la totalidad de los datos que se han completado en esta etapa, a efectos de permitir la revisión por parte del Empleador o Trabajador Independiente, según corresponda.

3.3.2.4. Firmado de la licencia médica electrónica por parte del Empleador o Trabajador Independiente, según corresponda.

Se deberá permitir que el Empleador o Trabajador Independiente, una vez que haya revisado el contenido de la licencia médica electrónica, firme a través de algún medio tecnológico que permita cumplir con los requisitos establecidos para el documento electrónico en el punto 2.5 sobre seguridad de la licencia médica electrónica como documento electrónico.

3.3.2.5. Impresión de comprobante de tramitación de la licencia médica electrónica.

Se deberá permitir la impresión del comprobante de tramitación de la licencia médica, el cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.1 sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.3. Requerimientos para la Entidad que se pronuncia

3.3.3.1. Visualización de los datos de la licencia médica electrónica a los cuales puede acceder la Entidad que se pronuncia.

Se deberá presentar a la Entidad que se pronuncia, los datos contenidos en la zona A, zona B y zona C de la licencia médica electrónica.

3.3.3.2. Pronunciamiento de la licencia médica electrónica.

Se deberá proporcionar a la Entidad que se pronuncia acceso a un formulario para el pronunciamiento de la licencia médica electrónica con todos aquellos campos que corresponde completar en esta etapa del procedimiento, es decir, la zona B descrita en el capítulo 2 de este anexo y cumpliendo con los requisitos señalados en el punto 3.3.8 sobre especificación de textos para interfaz de visualización, de este capítulo.

3.3.3.3. Visualización de la licencia médica electrónica.

Se deberá desplegar la totalidad de los datos que se han completado en esta etapa, a efectos de permitir la revisión por parte del la Entidad que se pronuncia.

3.3.3.4. Firmado de la licencia médica electrónica por parte de la Entidad que se pronuncia.

Se deberá permitir que la Entidad que se pronuncia, una vez que haya revisado el contenido de la licencia médica electrónica, firme a través de algún medio tecnológico que permita cumplir con los requisitos establecidos para el documento electrónico en el punto 2.5 sobre seguridad de la licencia médica electrónica como documento electrónico.

3.3.3.5. Impresión de copia en papel de la licencia médica electrónica.

Se deberá permitir la impresión de la copia en papel de la licencia médica electrónica, la cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.2 sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.4. Requerimientos para el Trabajador

3.3.4.1. Visualización de los datos de la licencia médica electrónica a los cuales puede acceder el Trabajador.

Se deberá presentar al Trabajador los datos contenidos en la zona A de la licencia médica electrónica con excepción de la zona A6, los datos contenidos en la zona B de la licencia médica electrónica con excepción del código del diagnóstico y los datos contenidos en la zona C de la licencia médica electrónica.

3.3.4.2. Impresión de comprobante de licencia médica electrónica.

Se deberá permitir la impresión del comprobante de otorgamiento de la licencia médica, el cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.1 sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.4.3. Impresión de copia en papel de la licencia médica electrónica.

Se deberá permitir la impresión de la copia en papel de la licencia médica electrónica, la cual deberá ajustarse a lo especificado en el punto 3.4.2. sobre requerimientos de impresión, de este capítulo.

3.3.5. Requerimientos para el Organismo Monitor

3.3.5.1. Acceso a todas las interfaces de visualización

Se deberá permitir el acceso a todas las interfaces de visualización que se encuentren en operación. Este acceso deberá cuidar que los datos que sean ingresados en éste no sean almacenados en el mismo repositorio que sea utilizado para la prestación de los servicios a los usuarios.

3.3.6. Requerimientos de usabilidad

3.3.6.1. Medios de orientación para el uso del sistema de información.

Se deberá ofrecer medios de orientación para facilitar su uso. Para ello:

a) Todas las interfaces deberán tener un título que indique la sección en la que se encuentra el usuario.

b) Deberán existir mensajes que ayuden al usuario a realizar las operaciones del sistema, tales como: mensajes de advertencia para confirmar las acciones realizadas por el usuario, mensajes de error para explicar al usuario el problema ocurrido.

c) Deberán existir indicaciones que señalen los campos que son obligatorios de completar, por ejemplo, a través de un *. Se deberá indicar también el formato a ingresar en el caso que el campo exija un formato específico, por ejemplo, en el caso de fechas.

3.3.6.2. Medios de apoyo para el llenado de datos.

Se deberá incorporar medios de apoyo para el llenado de datos a efectos de reducir la cantidad de campos que deban ser digitados por los distintos usuarios. Para estos efectos, se podrá considerar:

a) Llenado automático con datos provenientes de las bases de datos de las entidades encargadas de pronunciarse o de aquellas a las cuales el Operador lícitamente acceda.

b) Llenado de datos con apoyo de mecanismos del tipo “calendar box” (fechas).

c) Llenado de datos con apoyo de mecanismos del tipo “combo box” (tipos de licencia, regiones, comunas, actividad laboral, ocupación, etc.).

3.3.6.3. Despliegue de listados.

Se deberá, en caso de desplegarse listados, contemplar:

a) Paginación acorde a la interfaz de visualización utilizada.

b) Mecanismos de búsqueda.

c) Mecanismos de filtrado de información.

d) Mecanismos de orden.

3.3.6.4. Diseño.

Se deberá poseer un diseño gráfico coherente en todas sus interfaces. Para ello se deberá cuidar el estilo y gama de colores, la tipografía utilizada debe ser claramente legible y su color debe permitir un adecuado contraste entre texto y fondo, los íconos que se utilicen deben representar clara e inequívocamente la función o acción que realizan y deberán desplegar textos alternativos que señalen la acción asociada a cada uno de ellos.

3.3.6.5. Manuales de Usuario y Tutoriales.

Se deberá disponer de material didáctico que permita facilitar a los usuarios el uso del sistema de información, el cual podrá consistir en manuales de usuario, tutoriales u otros que el Operador estime conveniente.

3.3.6.6. Información sobre asistencia telefónica.

Se deberá proporcionar la información necesaria para acceder al servicio de asistencia telefónica en forma claramente visible.

3.3.7. Requerimientos de accesibilidad

3.3.7.1. Accesibilidad.

En caso que la solución tecnológica utilice un sitio Web como interfaz de visualización, el Operador deberá indicar en forma explícita los navegadores o browsers, y sus versiones, respecto de los cuales el sistema garantiza su correcto funcionamiento.

3.3.7.2. Tamaño y formato de documentos que se descargan.

Se deberá indicar el tamaño (expresado en bytes, kbytes o megabytes) y formato de los documentos cuando exista la posibilidad de descargarlos y especificar el programa necesario para visualizarlo junto con la información de descarga.

3.3.7.3. Resolución de las interfaces de visualización.

Se deberá asegurar la correcta visualización de los contenidos independientemente de la resolución gráfica utilizada.

3.3.7.4. Uso de tecnologías auxiliares.

En caso de utilizar tecnologías auxiliares, tales como plug-ins, active-x, applets u otros, se deberá proporcionar los medios para obtenerlos.

3.3.7.5. Uso de texto alternativo.

En caso que la solución tecnológica utilice un sitio Web como interfaz de visualización, se deberá ofrecer “Texto Alternativo” para cada una de las imágenes.

3.3.8. Especificación de textos para interfaz de visualización.

Los requerimientos que deberán tener las interfaces para el otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas se describen en la siguiente tabla, cuyo contenido se explica a continuación para cada una de sus columnas:

a) **Texto:** Texto que debe aparecer en el formulario de manera informativa.

b) **Etiqueta:** Nombre que se debe desplegar en la pantalla a lado del campo a ser llenado por el usuario.

c) **Texto explicativo:** Texto que debe incorporarse en pantalla para explicar y/o informar.

d) **Opciones:** Indica al usuario las opciones posibles del campo a ser llenado, las cuales se validarán con el XML Schema una vez que la licencia médica se constituya en un documento XML.

e) **Validación:** Validación que el sistema debe realizar como mínimo frente a la información entregada por el usuario en cuanto al proceso de tramitación. Se debe tener en cuenta que las validaciones de cada campo propiamente tal están dadas por el XML Schema contra el cual se validará la licencia médica una vez que se constituya como documento XML. Para cumplir con este fin, el Operador deberá implementar todos los servicios que sean necesarios para realizar las validaciones de procesos.

Zona	Texto	Etiqueta	Texto explicativo	Opciones	Validación
0	Licencia Médica		La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art. 16 D.S. Nº 3/1984.		
A	Uso y responsabilidad exclusiva del profesional				
A.1	Identificación del trabajador				
A.1		Apellido Paterno			
A.1		Apellido Materno			
A.1		Nombres			
A.1		RUT			Validación entre número y dígito verificador con algoritmo módulo 11. No debe permitir la duplicación de una licencia en proceso de otorgamiento. Las personas sin RUT deben ser identificadas como **111-2.**
A.1		Fecha Emisión Licencia	Día Mes Año		
A.1		Fecha Inicio Reposo	Día Mes Año		No puede existir una licencia vigente cuyo rango de fechas de reposo contenga el dato ingresado.
A.1		Edad			

A.1		Sexo			
A.1		Nº de Días			
A.1		Nº de Días en palabras			
A.2	Identificación del hijo		Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867)		
A.2		Apellido Paterno			
A.2		Apellido Materno			
A.2		Nombres			
A.2		RUT			Validación entre número y dígito verificador con algoritmo módulo 11
A.2		Fecha de Nacimiento	Día Mes Año		
A.3		TIPO DE LICENCIA		1: ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2: PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3: LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4: ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR DE 1 AÑO 5: ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6: ENFERMEDAD PROFESIONAL 7: PATOLOGIA DEL EMBARAZO	
A.3		Recuperabilidad laboral		1: SI 2: NO	
A.3		Inicio trámite de invalidez		1: SI 2: NO	Si Recuperabilidad laboral es 1, debe tener valor 2 Si Recuperabilidad laboral es 2, debe tener valor 1

A.3		Fecha del accidente del trabajo o del trayecto			
A.3		Hora Minutos			
A.3		Trayecto		1: SI 2: NO	
A.3		Fecha de concepción	Mes Año		
A.4	Características del reposo				
A.4		Tipo de reposo		1: REPOSO LABORAL TOTAL 2: REPOSO LABORAL PARCIAL	
A.4		Solo para reposo parcial		A: MAÑANA B: TARDE C: NOCHE	
A.4		Lugar de reposo		1: SU DOMICILIO 2: HOSPITAL 3: OTRO DOMICILIO	
A.4		Justificar si es otro	(3)		
A.4		Dirección	Calle; Nº; Depto;Comuna		
A.4		Teléfono	(Personal o de contacto)		
A.5	Identificación del profesional				
A.5		Apellido Paterno			
A.5		Apellido Materno			
A.5		Nombres			
A.5		RUT			Validación entre número y digito verificador con algoritmo módulo 11
A.5		Especialidad			
A.5		Tipo de Profesional			1: MEDICO 2: DENTISTA 3: MATRONA

A.5		Registro colegio profesional			
A.5		Correo electrónico			
A.5		Teléfono			
A.5		Dirección			
A.5		Fax			
A.6		Diagnóstico principal			
A.6		Otros diagnósticos			
A.6		Antecedentes clínicos			
A.6		Exámenes de apoyo diagnóstico			

Zona	Texto	Etiqueta	Texto explicativo	Opciones	Validación
B	Uso exclusivo servicio de salud o isapre				
B		Servicio de Salud o Isapre			
B		Resolución Nº			
B		Establecimiento			
B		Código establecimiento			
B		Tipo de licencia			
B		Desde	Día Mes Año		
B		Hasta	Día Mes Año		
B		Autorizado por	Días		
B		Diagnóstico	Código		
B		Continuación		1: PRIMERA 2: CONTINUACION	

B		Nº días previos			
B		Tipo de resolución		1: AUTORIZASE 2: RECHAZASE 3: AMPLIASE 4: REDUCESE 5: PENDIENTE DE RESOLUCIÓN	
B		Redictamen		1: SI 2: NO	
B		Causa rechazo		1: REPOSO INJUSTIFICADO 2: DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3: FUERA DE PLAZO 4: INCUMPLIMIENTO REPOSO 5: OTRO	
B		Reposo autorizado		1: REPOSO LABORAL TOTAL 2:REPOSO LABORAL PARCIAL	
B		Jornada de reposo	Solo para reposo parcial	A: MAÑANA B: TARDE C: NOCHE	
B		Derecho a subsidio		A: con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el d.f.l. nº 44/78 y ley nº 16744 B: con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable art. 56 ds nº 3/84 C: sin derecho a subsidio	
B		Causa de modificación o rechazo			
B		Pendiente por			
B		Fecha de recepción en servicio de salud o isapre	Día Mes Año		
B		Fecha emisión resolución servicio de salud o isapre	Día Mes Año		
B		Redictamen	Día Mes Año		

B		Registro colegio médico			

Zona	Texto	Etiqueta	Texto explicativo	Opciones	Validación
C	Responsabilidad exclusiva del empleador				
C.1	Identificación del empleador o trabajador independiente				
C.1		Nombre o Razón social			
C.1		RUT			Validación entre número y digito verificador con algoritmo módulo 11.
C.1		Código área			
C.1		Teléfono			
C.1		Fecha recepción licencia por el empleador	Día Mes Año		Mayor o igual a la fecha de emisión. Debe ser la menor fecha entre el día sub siguiente hábil de emisión de la licencia y el día de procesamiento por parte del empleador.
C.1		Dirección donde cumple funciones el trabajador			
C.1		Comuna			
C.1		Ciudad			
C.1		Código comunal uso COMPIN			
C.1		Actividad laboral del trabajador		0: AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA 1: MINAS, PETROLEOS Y CANTERAS	

				2: INDUSTRIAS MANUFACTURERAS 3: CONSTRUCCIÓN 4: ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA 5: COMERCIO 6: TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES 7: FINANZAS, SEGUROS BIENES MUEBLES Y SERVICIOS TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS 8: SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES 9: ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA	
C.1		Ocupación		11: EJECUTIVO O DIRECTIVO 12: PROFESOR 13: OTRO PROFESIONAL 14: TÉCNICO 15: VENDEDOR 16: ADMINISTRATIVO 17: OPERARIO, TRABAJADOR MANUAL 18: TRABAJADOR DE CASA PARTICULAR 19: OTRO	
C.1		Especificar Otro			
C.2	Identificación del régimen previsional del trabajador y entidad pagadora del subsidio				
C.2		Régimen previsional		1: D.L. 2501 INP 2: D.L. 3500 AFP	
C.2		Código			

C.2		Letra (caja prev.)			
C.2		Nombre int. Prev.			
C.2		Calidad del trabajador		1: TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY 18.834 2: TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LEY 18.834 3: TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO 4: TRABAJADOR INDEPENDIENTE.	
C.2		Seguro de desempleo	Trabajador afiliado a AFC	1: SI 2: NO	
C.2			Contrato de duración Indefinida	1: SI 2: NO	
C.2		Fecha primera afiliación entidad previsional	Día Mes Año		
C.2		Fecha contrato de trabajo	Día Mes Año		
C.2		Entidad que debe pagar el subsidio o mantener la remuneración		A: SERVICIO DE SALUD B: ISAPRE C: CCAF D: EMPLEADOR E: SERVICIO DE SALUD F: MUTUAL G: INP H: EMPLEADOR	
C.2		Nombre entidad pagadora de subsidio			

C.3	Informe de remuneraciones rentas y/o subsidios		LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO Y LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO DEBEN REGISTRAR ANOTACIONES EN LAS COLUMNAS C, D Y E CUANDO CORRESPONDA. LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE COTIZAN PARA DESAHUCIO Y AQUELLOS TRASPASADOS EN VIRTUD DEL D.F.L. 1-3063/80 ADEMÁS DEBEN REGISTRAR REMUNERACIONES EN LA COLUMNA B.		
C.3			Las 6 últimas repeticiones corresponden en caso de las licencias maternales (Tipo3). Solo para este caso, la información debe corresponder a los 3 meses anteriores al séptimo u octavo mes que precede al inicio de la licencia médica, según se trate de trabajador dependiente o independiente, respectivamente. Las remuneraciones informadas deben corresponder a los días efectivamente trabajados.		
C.3		Código Institución Previsional			
C.3		Mes al cual corresponden las remuneraciones - A	Mes		
C.3			Año		
C.3			Nº de días		
C.3		Remuneraciones imponibles excepto las ocasionales que corresponda a un periodo superior a un mes (Art. 10 D.F.L., Nº 44, 1978)	Imponible desahucio para trabajadores corp. Municipal y públicos – B		
C.3			Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope 60 UF) – C		
C.3		Subsidio por discapacidad laboral	Monto – D		
C.3			Nº de días – E		

C.3			Art. 13. El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.		
C.3		% Desahucio			
C.3		Remuneración imponible mes anterior inicio licencia médica (tope 90 UF) para trabajador afiliado a AFC			
C.4	Licencias anteriores en los últimos 6 meses		Información obligatoria del empleador o trabajador independiente		
C.4		Licencias anteriores		1: SI 2: NO	
C.4		Total días			
C.4		Fecha inicio licencia anterior			
C.4		Fecha fin licencia anterior			

3.4. Requerimientos de impresión.

3.4.1. Requerimientos de impresión de los comprobantes.

3.4.1.1. Aspectos de formato de los comprobantes.

Cantidad de ejemplares	1 ejemplar por cada licencia otorgada
Tipo de papel	Color Blanco Gramaje mayor o igual a 50 gramos/m2
Dimensiones	Tamaño ½ carta (21,59 ancho x 13,97 alto) para el comprobante
Información preimpresa	Ninguna
Margen de impresión	Mínimo 0,5 centímetros libres

3.4.1.2. Contenido de los Comprobantes.

3.4.1.2.1. Contenido del comprobante de otorgamiento de licencia médica electrónica a imprimir por el Profesional que la otorga.

	Contenido	Características
Encabezado	Logo del Gobierno de Chile "Ministerio de Salud" "Ministerio de Trabajo y Previsión Social"	1,5 x 1,5 cms. Arriba alineado a la izquierda con textos centrados bajo el Logo. Ver normas corporativas en www.gobiernodechile.cl.
	"Comprobante de Licencia Médica Electrónica"	Tamaño 10. Arriba alineado al centro.
	"Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite"	Tamaño 8. Arriba alineado al centro bajo texto anterior.
	Datos zona 0.	Tamaño 10. Arriba alineado a la derecha.
Datos del comprobante	Zonas A1 y A2.	Tamaño 10. Alineado a la izquierda.
Textos de información	Sólo empleador adscrito: "Esta licencia médica fue puesta a disposición de su empleador, en los términos señalados en los artículos 69 y 70 del D.S. Nº 3"	Tamaño 10. Abajo alineado a la izquierda.
	Sólo empleador no adscrito: "Fecha recepción licencia por el empleador"	Tamaño 10. Abajo alineado a la izquierda.
	Sólo empleador no adscrito: "Firma y timbre del empleador"	Tamaño 10. Abajo alineado a la derecha.
	"Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a (URL definida por el Operador)."	Tamaño 10. Abajo centrado, bajo texto anterior.
Publicidad	El uso de publicidad en el comprobante deberá ser informado y autorizado por el organismo monitor.	

3.4.1.2.2. Contenido del comprobante de tramitación de licencia médica electrónica a imprimir por el Empleador o Trabajador Independiente, según corresponda.

	Contenido	Características
Encabezado	Logo del Gobierno de Chile "Ministerio de Salud" "Ministerio de Trabajo y Previsión Social"	1,5 x 1,5 cms. Arriba alineado a la izquierda con textos centrados bajo el Logo. Ver normas corporativas en www.gobiernodechile.cl.
	"Comprobante de Licencia Médica Electrónica"	Tamaño 10. Arriba alineado al centro.
	"Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite"	Tamaño 8. Arriba alineado al centro bajo texto anterior.
	Datos zona 0.	Tamaño 10. Arriba alineado a la derecha.
Datos del comprobante	Zonas A1, A2 y C1 Fecha en la cual la licencia médica electrónica fue puesta a disposición de la Entidad encargada de pronunciarse respectiva.	Tamaño 10. Alineado a la izquierda.
Textos de información	"Esta licencia médica fue puesta a disposición de la Entidad encargada de pronunciarse respectiva, en los términos señalados en los artículos 69 y 70 del D.S. Nº 3"	Tamaño 10. Abajo alineado a la izquierda.
	"Conozca el estado de tramitación de esta licencia médica electrónica, ingresando a (URL definida por el Operador)."	Tamaño 10. Abajo centrado, bajo texto anterior.
Publicidad	El uso de publicidad en el comprobante deberá ser informada y autorizada por el organismo monitor.	

3.4.2. Requerimientos de las copias impresas de una licencia médica electrónica.

3.4.2.1. Aspectos de formato de las copias impresas.

Cantidad de ejemplares	1 ejemplar por cada licencia otorgada
Tipo de papel	Color Blanco Gramaje mayor o igual a 50 gramos/m2
Dimensiones	Tamaño carta (21,59 ancho x 27,94 alto) para la licencia médica
Información preimpresa	Ninguna

Margen de impresión	Mínimo 0,5 centímetros libres

3.4.2.2. Contenido de la copia impresa de licencia médica electrónica.

3.4.2.2.1. Contenido de la copia impresa de Licencia Médica Electrónica a imprimir por el Profesional que la otorga y el Trabajador.

	Contenido	Características
Encabezado	Logo del Gobierno de Chile "Ministerio de Salud" "Ministerio de Trabajo y Previsión Social"	1,5 x 1,5 cms. Arriba alineado a la izquierda con textos centrados bajo el Logo. Ver normas corporativas en www.gobiernodechile.cl.
	"Copia impresa de Licencia Médica Electrónica"	Tamaño 10. Arriba alineado al centro.
	"Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite"	Tamaño 8. Arriba alineado al centro bajo texto anterior.
	Datos zona 0.	Tamaño 10. Arriba alineado a la derecha.
Datos de la copia impresa	Zona A (con excepción de A6). Zona C.	Tamaño 10. Alineado a la izquierda.
Textos de información	"Sr. Empleador o Trabajador Independiente: si desea continuar la tramitación de esta licencia médica en forma electrónica, debe estar registrado en (URL definida por el Operador).	Tamaño 10. Abajo centrado.
	"Trabajador Sector Público: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo." "Trabajador Independiente: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia." "Trabajador Dependiente: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo."	Tamaño 10. Abajo centrado, bajo texto anterior.

Publicidad	El uso de publicidad en el comprobante deberá ser informada y autorizada por el organismo monitor.

3.4.2.2.2. Contenido de la copia impresa de Licencia Médica Electrónica a imprimir por la Entidad que se pronuncia.

	Contenido	Características
Encabezado	Logo del Gobierno de Chile "Ministerio de Salud" "Ministerio de Trabajo y Previsión Social"	1,5 x 1,5 cms. Arriba alineado a la izquierda con textos centrados bajo el Logo. Ver normas corporativas en www.gobiernodechile.cl.
	"Copia impresa de Licencia Médica Electrónica"	Tamaño 10. Arriba alineado al centro.
	"Mientras no se autorice por la contraloría médica competente, este documento no constituye más que una propuesta del profesional que lo emite"	Tamaño 8. Arriba alineado al centro bajo texto anterior.
	Datos zona 0.	Tamaño 10. Arriba alineado a la derecha.
Datos de la copia impresa	Zona A. Zona B. Zona C.	Tamaño 10. Alineado a la izquierda.

3.5. Requerimientos de operación

3.5.1. Seguridad

3.5.1.1. Almacenamiento de claves.

El sistema de información deberá guardar un hash criptográfico de las claves de usuario y no podrá en ningún caso guardar registro de las claves en texto puro.

3.5.1.2. Respuesta del sistema de información ante fallas en su uso.

El sistema de información, en caso de ocurrir algún error inesperado, deberá informar o dar respuesta de tal situación al usuario mediante mensajes simples que indiquen acciones concretas al usuario. En ningún caso podrá desplegar código fuente, rutas de acceso o algún tipo de información que pudiese servir para vulnerar el sistema.

3.5.1.3. Validación de datos que se ingresan al sistema de información.

El sistema de información deberá validar que los datos ingresados por el usuario tengan el formato correcto. Si hubiese ingreso errado de datos por parte del usuario, el sistema deberá informar apropiada y oportunamente sobre el error cometido. En caso que el ingreso de datos se realice mediante la selección de opciones cerradas en vez de campos abiertos y que eventualmente éstas determinen nuevas opciones cerradas, el sistema de información deberá realizar los filtros necesarios a efectos de evitar inconsistencias de información.

3.5.1.4. No indexación por buscadores.

En caso que la solución tecnológica utilice un sitio Web como interfaz de visualización, deberá resguardarse la captura de datos por parte de buscadores web, no permitiéndose la indexación por parte de éstos. Se deberá verificar el cumplimiento estricto de este requisito por lo menos en los siguientes buscadores:

a) Google

b) Yahoo

c) MSN

3.5.1.5. Comunicación a través de canales seguros.

Toda comunicación a través de Internet que implique transferencia de datos deberá utilizar canales de conexión segura (SSL).

3.5.1.6. Integridad de programas y datos.

Se debe proteger la integridad de sus programas y datos. Para ello:

a) El código fuente no debe ser accesible por parte de los usuarios.

b) El nombre de los programas y los directorios no deben ser revelados en la ruta de acceso.

c) El nombre de las variables y sus valores no deben revelados en la ruta de acceso.

3.5.1.7. Desconexión automática.

El sistema de información deberá tener habilitado un sistema de auto desconexión o cierre de sesión del tipo “time out”, que se ejecute automáticamente transcurridos 20 minutos sin actividad por parte del usuario autenticado.

3.5.1.8. Registro de logs y sistema de monitoreo.

En caso que la solución tecnológica utilice un sitio Web como interfaz de visualización, deberá contar con una bitácora o registros de “log” de acceso, bitácora o “log” de errores y un mecanismo de monitoreo en línea, como por ejemplo “AwStats”, que permita al Monitor conocer el comportamiento de los usuarios.

3.5.2. Acceso.

Se deberán tener como únicas condiciones de acceso, las siguientes:

a) Acceso por el puerto 80 para las interfaces de conexión normal.

b) Acceso por el puerto 443 para las interfaces de conexión segura.

Cualquier otra restricción que el Operador estime necesaria como parte de su solución, deberá quedar documentada y deberá entregar el soporte adecuado a través de la mesa de ayuda.

3.5.3. Hospedaje.

3.5.3.1. Hosting.

Durante la operación del sistema, el Operador deberá brindar el hosting para la administración y operación de la aplicación principal y de todo otro software adicional necesario (compiladores, servidores Web, servidores de correo, lenguajes de programación, librerías estáticas y/o dinámicas, etc.) para que el sistema de información funcione correctamente.

3.5.3.2. Sincronización horaria.

Él o los servidores que alojen el sistema deberán tener su hora sincronizada con el “Simple Network Time Protocol” ([s]ntp.shoa.cl) del Servicio Hidrográfico y Oceanográfico de la Armada de Chile. Para más información ver en www.horaoficial.cl.

3.5.3.3. Seguridad de acceso a infraestructura.

El sistema de información deberá alojarse en áreas físicas seguras, protegidas por un perímetro de seguridad definidos y controles de entrada. Éstos deberán estar físicamente protegidos del acceso no autorizado, daño e interferencia.

3.5.4. Almacenamiento

3.5.4.1. Capacidad

La capacidad de almacenamiento de los datos no deberá ocupar un espacio superior al 50% de la capacidad total de los dispositivos de almacenamiento que el Operador disponga.

3.5.4.2. Redundancia

Se deberá contar con mecanismos de tolerancia a fallas (redundancia) realizado por hardware, con una condición mínima de RAID 1. Sin embargo se sugiere por razones de mayor velocidad y tolerancia a fallas que se utilice RAID 1+0.

3.5.5. Respaldo

3.5.5.1. Respaldo en el centro de datos.

Se deberá documentar la modalidad en la que se realizarán los respaldos locales, tanto del sistema de información como de los datos. No obstante, el Operador deberá ajustarse a lo siguiente:

a) Respaldo del sistema de información: Se deberá realizar a través de copias totales y su periodicidad no podrá ser menor a 1 respaldo trimestral, cada vez que se realice una modificación al sistema o cada vez que el Operador estime conveniente de acuerdo a actualizaciones o mantenciones del sistema.

b) Respaldo de los datos: Se deberá realizar a través de copias totales, diferenciales o parciales según sea necesario o el Operador estime conveniente, y su periodicidad no podrá ser menor a 1 respaldo mensual o cada vez que el Operador estime conveniente de acuerdo al nivel de transacciones del sistema.

3.5.5.2. Respaldo fuera del centro de datos.

Los registros exactos y completos de las copias de respaldos totales y los procedimientos documentados de restablecimiento deberán almacenarse en una ubicación remota, emplazada a una distancia tal que escape de cualquier daño producto de un desastre en el centro de datos. Se deberán almacenar al menos tres generaciones o ciclos de respaldos totales. Para tal efecto, se entenderá como respaldo total el respaldo del sistema de información en conjunto con el respaldo de los datos.

3.5.5.3. Seguridad de acceso a los respaldos.

Deberá garantizarse que el acceso a cualquier respaldo solamente pueda ser realizado por personal autorizado, tanto en los respaldos locales como en aquéllos ubicados remotamente.

3.5.5.4. Condiciones de infraestructura de respaldos.

Deberá garantizarse la disponibilidad de la infraestructura adecuada de respaldo, a efectos de asegurar que éstos estén disponibles después de un desastre o falla de un dispositivo. Las configuraciones de respaldo para el sistema de información y de los datos deberá ser probada con regularidad, a lo menos 1 vez al año, para asegurar que ellas satisfacen los requisitos de continuidad. Los respaldos deberán cumplir con un nivel adecuado de protección física de los medios. Deberán utilizarse medios y condiciones físicas de almacenamiento que garanticen una vida útil y permitan la mantención de los dispositivos físicos sin deteriorarse por el paso del tiempo o por causa de un agente externo.

3.5.5.5. Procedimiento de restablecimiento.

Se deberá explicitar y documentar el procedimiento de restablecimiento, en donde se debe detallar al menos lo siguiente:

a) Arquitectura del sistema.

b) Requerimientos mínimos de hardware.

c) Detalle de todo software y sistema operativo con sus respectivas versiones y actualizaciones necesarias.

d) Procedimiento de instalación de sistema de información.

e) Procedimiento de restauración de datos a partir de respaldo.

f) Procedimiento de pruebas para comprobar su funcionamiento.

3.5.5.6. Tiempo de restablecimiento del sistema de información y de los datos.

En caso de pérdida de información o cualquier otra situación que implique la utilización de cualquier tipo de respaldo, el Operador deberá asegurar que este proceso sea factible en un plazo no superior a las 2 horas.

3.5.5.7. Mantención.

Durante el uso del sistema, el Operador debe brindar mantención al sistema, manteniendo su continuidad operativa y consistencia en las bases de datos, es decir no debe interrumpirse el servicio durante modificaciones que puedan producirse para efectuar de cambios de versiones de los módulos u otras modificaciones que afecten alguna funcionalidad del sistema. La consistencia de las bases de datos dice relación con cambios que pudieran existir en las validaciones, en aumento o modificación de campos, que deben ser consistentes y coherentes con datos almacenados en el pasado. En caso de caída del sistema, el Operador estará obligado a reponer el servicio dentro de la hora siguiente. En caso que el Operador requiera detener el servicio para proceder a realizar alguna tarea que estime necesaria, deberá avisar con al menos 24 horas de anticipación a todos aquellos usuarios con los que tenga convenio vigente y al Organismo Monitor

3.5.6. Requerimientos de niveles de servicio

3.5.6.1. Up Time

El sistema de información deberá tener un up time demostrable de al menos 99,5%, medido mensualmente, con modalidad de servicio 24 x 7. Esto aplica tanto para el sitio Web y sus funcionalidades para los distintos tipos de usuarios como para los Web Services y los respectivos traspasos de información. Se podrán exceptuar de la medición de up time, las suspensiones de servicio programadas con al menos 72 horas de anticipación, que tengan como finalidad cambios de versión, equipos o mejoramientos en general del sistema, y que sean ejecutadas entre las 22:00 y 08:00. El sistema de información no verá comprometido su up time por fallas o caídas del servicio imputables a servicios de terceros que participan en el proceso, fallas que no serán consideradas en la medición del tiempo de servicio.

3.5.6.2. Manejo contingencias

El Operador deberá disponer de un plan documentado de manejo de contingencias que permita la continuidad del servicio mediante mecanismos alternativos que resuelvan las diversas situaciones que pueden acontecer. En caso de enfrentarse una contingencia, el Operador deberá declararla e informar a todos los involucrados sobre las medidas dispuestas para enfrentar la situación.

3.5.6.3. Asistencia telefónica

El Operador deberá comprometerse a mantener un servicio de asistencia telefónica de apoyo a los usuarios del sistema, con un horario mínimo de atención de 8:00 a 21:00 horas de lunes a viernes y de 8:00 a 14:00 los sábados.

Anexo Nº 2.

Condiciones Generales y Uniformes de Contratación

Sin perjuicio de la libertad de las partes para acordar las cláusulas que estimen necesarias, en los convenios de prestación de servicios informáticos se podrán utilizar las siguientes cláusulas:

(para convenios de prestación de servicios informáticos aplicables a entidades encargadas de pronunciarse sobre licencias médicas)

1. Cláusula sobre factibilidad jurídica del convenio.

Se deja constancia que se puede celebrar este convenio en la medida que el sistema de información ofrecido por el Operador cumple con los requisitos jurídicos y tecnológicos que emanan del DS N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, de la Resolución Exenta N° 608 del Ministerio de Salud y de la Circular conjunta de la Superintendencia de Seguridad Social y de la Superintendencia de Salud IF N° 32, 1.12.2006. En tal sentido, el Operador se obliga a mantener los requisitos jurídicos y tecnológicos que establezcan las mencionadas o futuras regulaciones.

2. Cláusula de obligación de cumplimiento de las disposiciones legales.

Las partes se obligan a cumplir cabalmente todas las normas legales y reglamentarias que sean aplicables, entre otras, el DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, las Leyes N°s 16.395, 19.799 y 19.628, el DS Nº 3, de 1984, del Ministerio de Salud, la Resolución Exenta Nº 608 del Ministerio de Salud y todas las instrucciones que impartan la Superintendencia de Salud y de Seguridad Social, que digan relación con el sistema de información y el procedimiento de otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas, las que formarán parte integrante del presente convenio.

3. Cláusula de objeto del convenio y características esenciales del servicio.

Este convenio tiene como objeto la prestación de un servicio informático a través del cual el Operador pone electrónicamente a disposición de la entidad encargada de pronunciarse sobre la licencia médica, toda la información respecto de todas aquellas licencias médicas electrónicas otorgadas por Profesionales habilitados para ello y tramitadas por los Empleadores, o los Trabajadores Independientes, en su caso, que se encuentren adscritos, necesaria para el adecuado pronunciamiento de la licencia médica por parte de ésta, de conformidad a lo dispuesto en el procedimiento previsto en el marco reglamentario vigente.

Para ello, el Operador se obliga con la entidad encargada de pronunciarse sobre la licencia médica a lo siguiente:

a) Proporcionar acceso permanente al sistema de información que constituye el medio oficial para acceder a la información en virtud de la cual la entidad competente pueda pronunciarse sobre la licencia médica electrónica.

b) Poner a disposición a través del sistema de información todas aquellas licencias médicas electrónicas otorgadas por los Profesionales habilitados adscritos y tramitadas por el o los Empleadores, o Trabajadores Independientes, adscritos, respecto de las cuales deba pronunciarse, pudiéndose acreditar la identidad de quienes participaron en el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica y asegurar la integridad de la misma.

c) Registrar y almacenar el pronunciamiento sobre todas aquellas licencias médicas electrónicas tramitadas por la entidad correspondiente, en el repositorio electrónico del sistema de información.

d) Poner a disposición a través del sistema de información el registro completo de las licencias médicas electrónicas otorgadas y tramitadas, permitiendo el acceso a dicha información a las Superintendencias de Salud y de Seguridad Social

Por su parte, la entidad que deba pronunciarse sobre la licencia médica se obliga a lo siguiente:

a) Acceder y utilizar el sistema de información para obtener la información de todas las licencias médicas electrónicas otorgadas respecto de las cuales deba pronunciarse, a menos que por motivos de fuerza mayor no pueda hacerlo.

b) Hacer uso responsable y exclusivo de las claves de acceso al sistema de información, debiendo guardar reserva de las mismas.

c) Generar y mantener las condiciones tecnológicas y operativas para el adecuado uso de los servicios informáticos materia del convenio.

4. Cláusula sobre uso de la información.

Las partes declaran y reconocen que toda la información referida a licencias médicas electrónicas que se genere exclusivamente con motivo de los servicios materia de este convenio y toda otra información que a partir de ella pudiese derivarse, no podrán ser objeto de propiedad ni uso privados, no pudiendo, en consecuencia, ninguna de las partes de este convenio alegar la titularidad exclusiva de dicha información, ni pretender el pago por parte de la otra o de terceros de algún precio o retribución por su uso. Lo anterior es sin perjuicio de que deberá garantizarse el acceso en todo momento a la misma por parte de las Superintendencias de Salud y de Seguridad Social.

5. Cláusula sobre confidencialidad de la información.

Las partes se obligan a guardar reserva y confidencialidad respecto de toda la información que constituya un dato personal o sensible de acuerdo a la Ley N° 19.628. En consecuencia, esta información no podrá divulgarse o compartirse de modo alguno, y sólo podrá ser objeto del tratamiento necesario para el cumplimiento de este convenio.

El Operador deberá tener especial cuidado respecto del diagnóstico de la licencia médica indicado por el Profesional que la otorga, el que no deberá ser conocido por el Empleador.

6. Cláusula sobre integridad de la información.

El Operador se obliga a disponer de mecanismos para detectar si alguna licencia médica electrónica ha sido objeto de alguna pérdida o alteración en el transcurso de su tramitación, debiendo para ello implementar y mantener los medios tecnológicos que permitan resguardar la integridad de la información, proveyendo además los elementos de respaldo de la misma.

7. Cláusula de obligación del Operador de permitir el acceso a la información.

El Operador se obliga a permitir el acceso a la información de licencias médicas electrónicas que mantenga en su sistema de información a la Superintendencia de Seguridad Social y a la Superintendencia de Salud.

8. Cláusula de obligación del Operador de someter el sistema de información a monitoreo.

El Operador acepta el monitoreo que respecto del sistema de información pueda realizar la Superintendencia de Seguridad Social, sin perjuicio de las facultades que en esta materia le competen a la referida Superintendencia, a la Superintendencia de Salud u otras entidades fiscalizadoras.

9. Cláusula de obligación del Operador de informar la suscripción o término de convenios.

El Operador se obliga a informar a la entidad encargada de pronunciarse de toda suscripción o término de convenio con Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores, Empleadores y Trabajadores Independientes, de modo que ésta comunique, a su vez, a la Superintendencia de Seguridad Social y la Superintendencia de Salud.

10. Cláusula de obligación del Operador de uniformar sus convenios con Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores.

Con el objeto de asegurar el funcionamiento del sistema de información en un contexto de uniformidad, eficiencia y legalidad, será obligación del Operador incorporar en sus respectivos convenios con Profesionales habilitados para otorgar licencias médicas o Prestadores, según corresponda, las siguientes cláusulas:

10.1. Objeto del Convenio.

El objeto de este convenio es la prestación de un servicio informático a través del cual el Operador proporciona al Profesional habilitado para otorgar licencias médicas o al Prestador, según corresponda, las condiciones para que dicho profesional pueda otorgar licencias médicas electrónicas, de conformidad a lo dispuesto en el procedimiento previsto en el marco reglamentario vigente.

10.2. Obligaciones del Operador.

El Operador se obliga con el Profesional habilitado para otorgar licencias médicas o el Prestador, según corresponda, a lo siguiente:

a) Proporcionar acceso al sistema de información que constituye el medio oficial para el otorgamiento de licencias médicas electrónicas.

b) Incorporar y mantener como parte esencial del sistema de información, todas aquellas funcionalidades que permitan el adecuado otorgamiento de licencias médicas electrónicas, por parte de todos aquellos Profesionales habilitados para tal efecto en el marco del convenio, de conformidad con el procedimiento establecido. En particular, el Operador deberá proveer los medios que permitan acreditar la identidad de quienes participen en el otorgamiento de la Licencia Médica Electrónica y asegurar la integridad de la misma.

c) Transmitir electrónicamente a través de medios seguros, toda la información de las licencias médicas electrónicas otorgadas por el Profesional habilitado, al repositorio electrónico del sistema de información, para su registro y almacenamiento seguro.

d) Poner electrónicamente a disposición de los empleadores adscritos, o de los trabajadores independientes adscritos, en su caso, y de la entidad que deba pronunciarse sobre la licencia médica, la información de las licencias médicas electrónicas otorgadas, necesaria para la adecuada tramitación por parte de éstos.

10.3. Obligaciones del Profesional habilitado para otorgar licencias médicas o el Prestador.

Por su parte, el Profesional habilitado para otorgar licencias médicas o el Prestador, según corresponda, se obliga a lo siguiente:

a) Acceder y utilizar en forma preferente el sistema de información provisto por dicho Operador para otorgar licencias médicas electrónicas.

b) Hacer uso responsable y exclusivo de las claves de acceso al sistema de información, debiendo guardar reserva de las mismas.

c) Generar y mantener las condiciones tecnológicas y operativas para el adecuado uso de los servicios informáticos materia del convenio.

d) El Profesional habilitado para otorgar licencias médicas electrónicas a través del Sistema de Información provisto por este Operador, reconoce ser un profesional autorizado para el otorgamiento de licencias médicas, en virtud de lo establecido en el artículo 6 del DS Nº 3 del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pueda derivarse del mal uso o uso indebido de esta capacidad.

11. Cláusula sobre obligación del Operador de uniformar sus convenios con Empleadores o Trabajadores Independientes.

Con el objeto de asegurar el funcionamiento del sistema de información en un contexto de uniformidad, eficiencia y legalidad, será obligación del Operador incorporar en sus respectivos convenios con Empleadores o Trabajadores Independientes, según corresponda, las siguientes cláusulas:

11.1 Objeto del Convenio.

El objeto de este convenio es la prestación de un servicio informático a través del cual el Operador pone electrónicamente a disposición del Empleador o del Trabajador Independiente, la información de licencias médicas electrónicas otorgadas a sus trabajadores o a él mismo, en su caso, necesaria para tomar conocimiento de la licencia médica, y permite al Empleador o al Trabajador Independiente, completar y poner electrónicamente a disposición de las entidades encargadas de pronunciarse sobre la misma, según corresponda, los datos que son de su obligación, de conformidad a lo dispuesto en el procedimiento previsto en el marco reglamentario vigente.

11.2. Obligaciones del Operador.

El Operador se obliga con el Empleador o el Trabajador Independiente, a lo siguiente:

a) Proporcionar acceso al sistema de información, el cual constituye el medio oficial para la tramitación de licencias médicas electrónicas.

b) Incorporar y mantener como parte esencial del sistema de información, todas aquellas funcionalidades que permitan la adecuada tramitación de licencias médicas electrónicas, por parte de todos aquellos usuarios habilitados para tal efecto en el marco del convenio, de conformidad con el procedimiento establecido. En particular, el Operador deberá proveer los medios que permitan acreditar la identidad de quienes participen en la tramitación de la Licencia Médica Electrónica y asegurar la integridad de la misma.

c) Transmitir electrónicamente a través de medios seguros, toda información de licencias médicas electrónicas tramitadas por el Empleador o el Trabajador Independiente, al repositorio electrónico del sistema de información, para su registro y almacenamiento seguro.

d) Poner electrónicamente a disposición las licencias médicas electrónicas tramitadas a las entidades encargadas de pronunciarse sobre las mismas, según corresponda.

11.3. Obligaciones del Empleador o el Trabajador Independiente.

Por su parte, el Empleador o el Trabajador Independiente se obliga a lo siguiente:

a) Acceder y utilizar el sistema de información para tomar conocimiento de todas las licencias médicas electrónicas otorgadas a sus trabajadores, o a él mismo, en su caso.

b) Hacer uso responsable y exclusivo de las claves de acceso al sistema de información, debiendo guardar reserva de las mismas.

c) Generar y mantener las condiciones tecnológicas y operativas para el adecuado uso de los servicios informáticos materia del convenio.

d) Proporcionar al sistema de información datos veraces y fidedignos, tanto respecto de la información que solicite el formulario de licencia médica u otra adicional o complementaria que opcionalmente el sistema pudiera solicitar en función del mejor otorgamiento y/o tramitación de la Licencia Médica Electrónica.

e) Manifestar en el sistema de información la voluntad de no recepcionar o no tramitar la licencia médica electrónica, cuando corresponda.

12. Cláusula de obligación del Operador de no delegar aspectos esenciales del convenio.

El presente convenio se celebra en atención a las propiedades, atributos y características que posee el Sistema de Información provisto por el Operador, en tanto cumple con los requerimientos jurídicos o tecnológicos que establece el DS N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, la Resolución Exenta N° 608 del Ministerio de Salud y el presente Título VI "Otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas", de este Capítulo[377]; en virtud de lo cual se prohíbe cualquier subcontratación, delegación, cesión, transferencia a cualquier título, sea a título gratuito u oneroso, traslaticio o no traslaticio de dominio de los derechos y obligaciones que emanan para el Operador de este Convenio, que implique que éste pierda alguna de las calidades que lo habilitan para la celebración de este convenio.

13. Cláusula sobre efectos en caso de término del convenio.

En caso de término de este convenio se deberán seguir las siguientes reglas, según lo señalado en el numeral 2.2.4 del presente Título VI[378]:

a) No podrá implicar bajo ninguna circunstancia la suspensión de la tramitación de aquellas licencias médicas que hayan sido otorgadas electrónicamente.

b) El Operador se obliga a mantener toda la información sobre cada licencia médica electrónica otorgada y tramitada a través del sistema de información en su repositorio electrónico por un periodo de 5 años desde la fecha del otorgamiento, a efectos de permitir su acceso por parte de los otros usuarios del sistema de información y frente a los requerimientos de instituciones competentes.

c) La entidad encargada para pronunciarse respecto de la licencia médica deberá adoptar los resguardos necesarios para respaldar la información de las licencias médicas electrónicas en las cuales hubiera participado y respecto de las cuales pudiere ser requerida por quien corresponda.

d) En caso que el término de este convenio se origine en el cese de la prestación de servicios por parte del Operador, éste último deberá hacer entrega íntegra del respaldo de toda la información de las licencias médicas otorgadas y tramitadas electrónicamente en su sistema de información, proporcionando a la entidad encargada de pronunciarse la información que le corresponde.

[377] Cita a "la Circular conjunta de la Superintendencia de Seguridad Social y de Salud N° 32, 1.12.2006", reemplazada como aparece en el texto, por Circular IF/275, de 2016.
[378] Cita respecto "de la Circular conjunta de la Superintendencia de Seguridad Social y de la Superintendencia de Salud", reemplazada como aparece en el texto, por Circular IF/275, de 2016.

Capítulo V Solución de Conflictos

Título I. Tramitación de reclamos ante el Fonasa e isapres[379]

1. Definiciones

Para los efectos del presente Título, se entenderá por:

1.1. Reclamo: Toda presentación escrita realizada por un reclamante a raíz de un conflicto particular suscitado entre éste y un reclamado, dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

Para estos efectos, se entiende como reclamo las peticiones del reclamante al reclamado dirigidas a que este último reconsidere lo obrado.

1.2. Reclamante: El afiliado, beneficiario, ex-afiliado o ex-beneficiario de una isapre o del Fonasa, que presenta un reclamo, ya sea personalmente o debidamente representado por un tercero.

Igualmente será considerado reclamante, ante el Fonasa y las isapres, el heredero que actúe administrando la herencia originada por un ex-cotizante o ex-beneficiario, sin que sea necesario el trámite de la posesión efectiva ni la concurrencia del resto de los herederos, si los hubiere.

1.3. Reclamado: Isapre o Fonasa, según corresponda.

1.4 Intendencia: Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

2. Obligaciones frente a un reclamo.

El reclamado recibirá, registrará, formará el expediente respectivo -en su caso- y dará respuesta a los reclamos que se le presenten o que esta Superintendencia le derive.

Los reclamos referidos a rechazos o modificaciones de licencias médicas, falta de pago, pago insuficiente del subsidio por incapacidad laboral o pago de cotizaciones previsionales durante el período de licencia médica autorizada, deberán ser derivados por el reclamado al organismo competente para pronunciarse de estos reclamos, a más tardar el día hábil subsiguiente a su recepción, informando por escrito lo obrado al reclamante y los motivos de la derivación.

3. El procedimiento de reclamo.

3.1. Recepción del reclamo: El reclamado deberá gestionar tanto los reclamos presentados directamente por los reclamantes como los derivados por la Intendencia.

3.1.1. Recepción de reclamos presentados por los reclamantes: El reclamado deberá recibir formalmente todos los reclamos que le presenten directamente los reclamantes.

Los reclamos podrán ser presentados en cualquiera de las oficinas, agencias o sucursales del reclamado en que se atienda público, dentro del horario habitual de atención. También podrá enviarse el reclamo por correo, medios electrónicos u otros que el reclamado utilice como medio de comunicación con sus beneficiarios.

Para formalizar la recepción del reclamo, el reclamado deberá adoptar algún mecanismo tendiente a que el reclamante cuente con una constancia de la interposición del mismo y de su fecha.

3.1.2. Recepción de reclamos derivados por la Intendencia: El reclamado deberá recibir formalmente todos los reclamos que le derive la Intendencia, cuando le sean presentados a esta última sin el conocimiento y resolución previa de aquél.

[379] Modificado por la Circular IF/N°298, de 3 de noviembre de 2017; publicada en el Diario Oficial el 10 de noviembre de 2017.

La derivación de la Intendencia operará bajo las siguientes modalidades:

- Reclamos derivados sin prioridad: Son aquellos que, habiendo sido presentados directamente ante la Intendencia, son posteriormente remitidos al reclamado que corresponda, para que conozca y resuelva fundadamente lo pedido por el reclamante, conforme a las reglas establecidas en el presente Título I.
- Reclamos derivados priorizados: Son aquellos derivados al reclamado por parte de la Intendencia, en los casos en que esta última califique que se trata de una materia sensible o que está en riesgo el acceso oportuno a los beneficios, con el objeto de que el reclamado conozca y resuelva fundadamente lo pedido por el reclamante, pero cuya respuesta debe ser comunicada directamente a la Intendencia, con copia al reclamante, la que revisará lo resuelto por el reclamado, conforme a lo señalado en los Títulos II y VI, del presente Capítulo.

4. El expediente del reclamo y su contenido

El reclamado deberá abrir un expediente, con la identificación del reclamante, el que deberá contener los antecedentes y documentos que se acumulen durante el proceso de reclamación.

4.1. El expediente deberá contener, en la medida que en cada caso proceda:

a) La presentación del reclamante y todos los documentos que se acompañen a ésta.
b) El Oficio de la Intendencia que haya derivado al reclamado los antecedentes señalados en la letra a) precedente, cuando corresponda.
c) Los requerimientos de antecedentes que se hubieren formulado a terceros (empleadores, prestadores de atención de salud, entidades previsionales, etc.).
d) Los antecedentes recopilados internamente y recibidos de terceros que sirvan de fundamento a la resolución del caso.
e) Los antecedentes específicamente solicitados por la Intendencia, en caso de los reclamos derivados priorizados.
f) Las comunicaciones efectuadas al reclamante.
g) La copia de la respuesta definitiva y del documento que dé cuenta de la fecha de su envío.

4.2. No obstante, no se dará formación al expediente en caso de que las partes lograren un acuerdo que ponga fin al reclamo, dentro de un plazo de quince días hábiles contado desde la recepción de éste. Este plazo podrá prorrogarse por el mismo término y por una sola vez, pero sólo en virtud de negociaciones que se encuentren pendientes entre las partes, lo que deberá constar por escrito. Logrado el acuerdo que ponga fin al reclamo, el reclamado sólo deberá guardar una copia del documento a través del cual se acredite la solución del problema planteado. Si dicho acuerdo se produce durante la tramitación de un reclamo derivado priorizado, éste sólo podrá producirse dentro del plazo establecido para resolver, mencionado en el oficio de derivación, debiendo el reclamado informar dicha situación a la Intendencia.

5. Respuesta al reclamo

El reclamado estará obligado a responder por escrito el reclamo presentado, abarcando todas las cuestiones planteadas en él, que sean de su competencia.

5.1. Contenido de la respuesta al reclamo

La respuesta deberá contener, a lo menos:

a) La individualización precisa del reclamante, su número de R.U.T. y domicilio.
b) La enunciación breve de la materia reclamada y de las peticiones concretas formuladas por el reclamante.
c) Los fundamentos de su resolución. En caso de ser desfavorable a las pretensiones del reclamante, deberá explicar, citar y/o adjuntar los antecedentes que respalden dicha respuesta, teniendo en consideración la materia reclamada.
d) Cuando sea procedente (respuesta total o parcialmente favorable), el plazo y la forma en que se dará cumplimiento a lo solicitado, debiendo dejar en el expediente copia de los documentos que lo acredite.
e) Firma del habilitado por el reclamado.
f) La siguiente frase: “En caso de disconformidad con el contenido de esta respuesta, Ud. podrá solicitar a la Superintendencia de Salud su revisión, debiendo acompañar copia de esta carta y de los antecedentes que le han sido remitidos por esta Institución”.

5.2. Plazo de respuesta

Respecto de los reclamos presentados directamente ante la isapre o el Fonasa y los derivados por la Intendencia sin prioridad, el plazo para emitir la respuesta a los reclamos será de quince días hábiles, contado desde el día de su recepción. Excepcionalmente, y sólo en el evento de que deban requerirse antecedentes a terceros -ajenos al reclamado y con los cuales no tenga convenios vigentes- y que se estimen determinantes para responder el reclamo, el mencionado plazo será de treinta días hábiles, transcurrido el cual, el reclamado deberá responder con los antecedentes de que disponga.

El reclamado deberá estar siempre en condiciones de acreditar dichas circunstancias, esto es, que los antecedentes requeridos no estaban en su poder y que resultaban indispensables para responder adecuadamente el reclamo.

Tratándose de reclamos derivados priorizados, el plazo de respuesta a la Superintendencia de Salud será el que señale el oficio de derivación.

5.3. Fecha de emisión de la respuesta
Se entenderá como fecha de emisión de la respuesta aquélla en que el reclamado la remita al reclamante, esto es, envíe el correo electrónico o entregue la carta a la empresa de correos, debiendo estar siempre en condiciones de acreditar este hecho.

El reclamado sólo podrá dar respuesta por estos dos medios, sin perjuicio de que pueda informar la emisión de la respuesta por cualquier otra vía.

En los casos de los reclamos priorizados, el reclamado deberá dar respuesta a la Intendencia dentro del plazo señalado en el oficio de derivación, el cual no podrá ser inferior a 5 ni superior a 15 días hábiles, de acuerdo a la prioridad establecida en el citado oficio, salvo los casos de presunta infracción a las garantías de acceso y oportunidad, establecidas en la Ley 19.966, conforme al Número 1bis, del Apartado II, del Título II, del presente Capítulo.

6. Notificación y plazos
El reclamado deberá estar en condiciones de acreditar ante esta Intendencia y terceros interesados, la fecha de remisión o entrega de la respuesta respectiva y su contenido.

En cuanto a las notificaciones por correo físico, éstas se efectuarán al domicilio registrado por el cotizante ante el reclamado, a menos que para efectos de la tramitación del reclamo se haya señalado una dirección distinta. Esta notificación se entenderá practicada a contar del tercer día siguiente a su recepción por la oficina de correos respectiva.

Respecto de la notificación por correo electrónico, ésta podrá ser hecha de manera alternativa, debiendo ser esto aceptado por el reclamante, conforme a las reglas establecidas en el numeral 4, del título VII, del Capítulo I, del Compendio de Procedimientos. Esta notificación se considerará practicada el día en que éste haya sido despachado.

Los plazos referidos son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los sábados, domingos y festivos.

Los plazos serán de días completos y se computarán desde el día siguiente a aquél en que se practique una notificación o se realice una gestión a contar de la cual se deba computar el término respectivo.

7. Revisión de lo resuelto por el reclamado
El reclamante siempre podrá requerir de la Superintendencia la revisión de lo resuelto por el reclamado, a través del procedimiento de reclamo administrativo, regulado en el Título II del presente Capítulo.

Para estos efectos, la Superintendencia requerirá el expediente de reclamo al reclamado, el que deberá ser remitido dentro del plazo de 5 días hábiles, notificando su pronunciamiento a las partes y otorgando, de ser procedente, un plazo para que éste sea cumplido.

Lo anterior, sin perjuicio de las reglas especiales contempladas para los reclamos derivados priorizados.

8. Archivo del expediente de reclamo

El reclamado deberá mantener en archivo el expediente que resuelve el reclamo, a lo menos, doce meses contados desde el primer día del mes siguiente a aquél en que emita su pronunciamiento, salvo autorización expresa otorgada por la Superintendencia, en virtud de lo establecido en el penúltimo inciso del artículo 110 del DFL Nº 1.

Título II: Reclamos de los cotizantes y beneficiarios contra las isapres, el Fonasa o los Prestadores de Salud, deducidos ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud[380]

I. Aspectos generales

1. Definiciones

1.1. Reclamo administrativo: Toda presentación escrita ante la Superintendencia de Salud, de parte de un reclamante, en que se requiera la revisión de lo resuelto por uno o más reclamados, ante un requerimiento o solicitud de aquél, en conformidad al Título I, del Capítulo V, de este Compendio, y relativo a materias de competencia de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

En caso de que la presentación del reclamante requiera la intervención de dos o más reclamados, la Intendencia oficiará a cada uno de ellos, solicitando su intervención, en caso de ser necesario.

1.2. Reclamante: El cotizante y beneficiario, incluyendo a quienes hayan perdido dicha condición, que, de acuerdo a la ley, presenta un reclamo ante la Superintendencia de Salud, ya sea personalmente o debidamente representado por un tercero. En este último caso, se solicitará un poder simple en que conste la representación invocada.

Sin perjuicio de lo señalado, en aquellos casos que un heredero actúe administrando la herencia originada por un ex-cotizante o ex-beneficiario, según sea el caso, bastará que éste acredite su calidad de tal y la defunción de éste último para presentar el reclamo, ya sea con los certificados del Registro Civil e Identificación que demuestren el deceso y, por otra parte, el parentesco o la relación que los ligaba; con el testamento que lo nombra como sucesor; o con cualquier otro medio probatorio -conforme a las reglas generales-, sin que sea necesaria la posesión efectiva ni la concurrencia del resto de los herederos, si los hubiere.

1.3. Reclamado: Fonasa, isapre o prestador de salud, según corresponda.

Las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán remitir anualmente a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, dentro del mes de enero de cada año, un listado que incluya los nombres completos y RUN de los apoderados, mandatarios y abogados con facultades para representarlos en reclamos administrativos ante dicha Intendencia y acompañar copia de los antecedentes fundantes. Asimismo, deberán informar cualquier incorporación o revocación de dichas facultades en un plazo máximo de cinco días hábiles desde que ocurra el cambio[381].

En el caso de los prestadores de salud, cuando los apoderados o mandatarios de dichas instituciones efectúen alguna presentación en un procedimiento de reclamo administrativo ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, deberán acompañar los antecedentes que acrediten las facultades expresas para representar a la respectiva institución ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales[382].

1.4. Procedimiento de reclamo administrativo: Conjunto de actuaciones, diligencias y/o trámites conducentes al conocimiento, tramitación y resolución de un reclamo administrativo por la Intendencia.

1.5 Intendencia: Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

2. Reglas generales

2.1. Ámbito de aplicación

[380] Modificado por la Circular IF/N°298, de 3 de noviembre de 2017; publicada en el Diario Oficial el 10 de noviembre de 2017.
[381] Párrafo agregado por la Circular IF/N°495 de 31.01.2025.
[382] Párrafo agregado por la Circular IF/N°495 de 31.01.2025.

Los reclamos que sean sometidos al conocimiento y resolución de la Intendencia, en ejercicio de la facultad prevista en el artículo 127 del DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de las disposiciones del presente Título, la Intendencia podrá dirigir el procedimiento del modo que considere más apropiado, garantizando el cumplimiento de los principios y normas del debido proceso.

2.2. Formalidades del reclamo
Todo reclamo, para ser sometido al procedimiento administrativo, deberá ser escrito de manera inteligible y legible.

El reclamo deberá contener, a lo menos:
- La individualización del reclamante y/o de quien lo represente, señalando sus nombres y apellidos, el número de cédula de identidad, su domicilio, su número de teléfono móvil o, de no tenerlo, uno fijo, y dirección de correo electrónico, para los efectos de las notificaciones, conforme a las normas del numeral 3, del Título VI, del presente Capítulo V.[383]
- Identificación del reclamado.
- Relación breve y clara de los hechos que motivan el reclamo y los antecedentes que le sirven de fundamento.
- Enunciación precisa y clara de las peticiones concretas que se someten al conocimiento y resolución de la Intendencia.
- Copia del reclamo que se hubiese presentado ante el reclamado y de la respuesta de éste, si la hubiera emitido.
- Poder simple de representación, cuando corresponda, y
- Firma del reclamante y/o de su apoderado. Sin perjuicio de ello, la Intendencia admitirá, en casos calificados, la acreditación de la autenticidad de la voluntad expresada por otros medios habilitados.

Si el reclamo no reúne los requisitos señalados precedentemente, o bien sea ininteligible o ilegible, se ordenará al interesado que, dentro de un plazo de cinco días hábiles, subsane la falta o acompañe los documentos respectivos, bajo apercibimiento de tenerlo por no presentado. En caso de que el requisito faltante sea el domicilio, número de teléfono y correo electrónico, copulativamente, la Intendencia podrá archivar la presentación.

Si el reclamante o su representante ha señalado su domicilio, pero no su número de teléfono móvil ni dirección de correo electrónico, se le ordenará que debe informar a lo menos uno de éstos –de preferencia correo electrónico- en el plazo y bajo el apercibimiento señalados en el párrafo inmediatamente precedente. En el mismo acto, se le indicará que, si no tuviera una cuenta de correo electrónico, deberá crearla para estos efectos.

Sin perjuicio de lo anterior, la Intendencia, en casos calificados, podrá efectuar las notificaciones al interesado por otro de los medios señalados en el punto 3 siguiente.[384]

3. Notificaciones

Las resoluciones dictadas en el procedimiento administrativo deberán ser notificadas a las partes, conteniendo su texto íntegro, a través de medios electrónicos, de preferencia por mensaje enviado a la dirección de correo electrónico informada, respectivamente, por cada una de ellas, entendiéndose practicada la notificación el mismo día de la realización de la comunicación.

Sin perjuicio de lo anterior, la Intendencia, en casos calificados, podrá disponer que las notificaciones sean efectuadas a través de carta certificada dirigida al domicilio que el interesado hubiere designado en su primera presentación o que haya comunicado con posterioridad a dicho acto.

Las notificaciones por medio de carta certificada se entenderán practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la oficina de correos correspondiente al domicilio del notificado.[385]

[383] Modificado por Circular IF N° 356, de 25.06.2020
[384] Últimos dos incisos agregados por Circular IF N° 356, de 25.06.2020
[385] Tres primeros incisos reemplazados por Circular IF N° 356, de 25.06.2020

Las notificaciones también podrán practicarse en forma personal, por medio de un funcionario competente de la Superintendencia de Salud, quien dará copia íntegra del acto o resolución que se notifica y certificará tal circunstancia en el expediente respectivo. En tal caso, el interesado deberá firmar la recepción de la copia respectiva.

Aunque no se hubiere practicado notificación alguna, o la que existiere estuviera viciada, se entenderá el acto administrativo debidamente notificado, si el interesado a quien afectaren sus resultas, hiciere cualquier gestión en el procedimiento que suponga necesariamente su conocimiento, sin haber reclamado previamente la falta de notificación o la ineficacia de la misma.

Cualquiera de los intervinientes en el procedimiento administrativo podrá proponer para sí otras formas de notificación, que esta Intendencia podrá aceptar si, en su opinión, resultaren suficientemente eficaces y no causaren indefensión. En tal caso, deberá dejarse constancia desde cuándo se entenderá practicada la notificación.

4. Plazos

Los plazos de días establecidos en el procedimiento administrativo son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los sábados, domingos y festivos.

Los plazos se computarán desde el día de la notificación.

La Intendencia podrá conceder, de oficio o a petición de los interesados, una ampliación de los plazos establecidos en estas instrucciones, salvo aquellos que se encuentren establecidos en la ley. La solicitud de ampliación de plazo sólo podrá ser efectuada antes del vencimiento de éste.

5. Acumulación de reclamos administrativos

Por razones de economía procesal, la Intendencia podrá disponer la acumulación de dos o más reclamos administrativos, en cualquiera de los siguientes casos:

a) Cuando exista identidad entre las partes.
b) Cuando exista identidad de hechos y pretensiones entre usuarios de un mismo reclamado.
c) Cuando exista otra identidad sustancial o íntima conexión, distinta a las señaladas en las letras precedentes.

Una vez acumulados, los reclamos administrativos se sustanciarán conjuntamente y serán resueltos por un solo acto administrativo de término.

Por resolución fundada, la Intendencia podrá ordenar la desacumulación de los reclamos administrativos, aun cuando se verifique la concurrencia de las condiciones necesarias para su acumulación, si estima necesario resolver separadamente las pretensiones sometidas a su consideración.

6. Principio de no formalización del procedimiento de reclamo administrativo

El procedimiento de reclamo administrativo deberá desarrollarse con sencillez y eficacia, de modo que las formalidades que se exijan sean aquéllas indispensables para dejar constancia indubitada de lo actuado y evitar perjuicios a las partes.

El vicio de procedimiento o de forma sólo afecta la validez del acto administrativo cuando recae en algún requisito esencial del mismo, sea por su naturaleza o por mandato del ordenamiento jurídico, y genera perjuicio al interesado.

La Intendencia podrá subsanar los vicios de que adolezcan los actos que emita, siempre que con ello no se afectaren intereses de terceros.

7. Revisión de los actos administrativos de mero trámite

Los actos administrativos de mero trámite son aquellos dictados por la Intendencia que tienen por objeto hacer avanzar el procedimiento, sin resolver el reclamo administrativo.

Los actos administrativos de mero trámite son impugnables sólo cuando determinen la imposibilidad de continuar un procedimiento o produzcan indefensión.

En caso de que la Intendencia acogiera un recurso interpuesto en contra de un acto administrativo de mero trámite, ésta podrá dictar por sí misma el acto de reemplazo.

8. Reglas de funcionamiento del "Reloj buzón" para la recepción de escritos y documentación

8.1. El Reloj buzón: Se dispondrá de un "Reloj buzón", que estará ubicado en un lugar de fácil acceso al público, habilitado para el ingreso de escritos presentados el día de vencimiento de su plazo en reclamos administrativos, más la documentación de respaldo, a partir del horario de cierre de la Oficina de Partes y hasta su reapertura al día siguiente hábil.

8.2. Presentación de escritos y documentación: Los escritos y documentos que a éstos se acompañen deberán timbrarse en la primera hoja, con el timbre electrónico fechador de que dispondrá el señalado Reloj, y luego deberán ser depositados en el Buzón correspondiente. De estimarlo necesario, la persona que presente el escrito de que se trata, podrá timbrar una copia del mismo.

Sólo se tendrán por debida y oportunamente presentados, los escritos que se timbren en el Reloj buzón y cuyo plazo de vencimiento corresponda al día de su presentación.

8.3. Tramitación de los escritos ingresados al Reloj buzón: Los escritos y documentos presentados en la forma indicada precedentemente, serán retirados a primera hora del día hábil siguiente al de su ingreso por un funcionario de la Oficina de Partes de la Superintendencia, para su trámite de rigor.

8.4. Presentaciones no relacionadas con los reclamos administrativos: Dada la finalidad exclusiva que se le ha asignado al Reloj Buzón, los escritos u otras presentaciones que se ingresen a él, que no digan relación con trámites sujetos a plazo en reclamos administrativos, se tendrán por no presentados.

8.5. Información a los usuarios sobre las reglas de uso del Reloj buzón: Para la correcta información a los usuarios sobre la finalidad y modo de uso del Reloj Buzón, se instalará en forma visible un instructivo que indique claramente cuáles son los documentos que se pueden ingresar, cuál es la forma de realizar correctamente el timbraje e ingreso de los mismos y cuándo se entenderá que los documentos están presentados dentro de plazo. La falta de este instructivo no otorgará a las partes otros derechos que los descritos en el presente acápite.

II. El procedimiento de reclamo administrativo

1. Formación del expediente administrativo

El procedimiento constará en un expediente en formato papel o electrónico debidamente foliado, en el que figurarán todas las actuaciones de la Intendencia y de las partes, al que se agregarán, en forma consecutiva, los documentos presentados por los interesados, terceros y otros órganos públicos.

El expediente electrónico estará sujeto a las instrucciones especiales que se dicten para tal efecto.

1bis. Admisibilidad institucional

El reclamo, para ser sometido al procedimiento administrativo, deberá haber sido conocido previamente por el reclamado, de acuerdo a lo establecido en el Título I, del Capítulo V, de este Compendio.

Los reclamos que no cumplan con este requisito, serán derivados al reclamado que corresponda para su resolución, informándose tal circunstancia al reclamante.

Por regla general, la respuesta del reclamado debe ser enviada al reclamante, en conformidad a lo establecido en el Título I, del Capítulo V, de este Compendio. Con la respuesta del reclamado, o una vez transcurrido el plazo de

que dispone sin que la hubiere emitido, el reclamante podrá iniciar la tramitación del procedimiento administrativo ante la Superintendencia de Salud.

No obstante lo señalado, en aquellos reclamos administrativos en que la Intendencia califique que se trata de una materia sensible o que está en riesgo el acceso oportuno a los beneficios, la Intendencia podrá derivarlos de manera priorizada, caso en el cual la respuesta del reclamado deberá ser remitida directamente a esta Intendencia, a fin de dar inicio inmediato al procedimiento de reclamo administrativo, con el objeto de revisar lo resuelto por el reclamado.

La Intendencia calificará los reclamos que sean priorizados, en razón de los hechos expuestos por el reclamante, los derechos infringidos o las peticiones formuladas, cuestión que expresará en su oficio de derivación. No obstante, habida consideración de las garantías infringidas, serán siempre priorizados los reclamos por presunta infracción al inciso segundo del artículo 24, de la Ley 19.966.

Atendida la naturaleza de los reclamos derivados priorizados, la Intendencia dará al reclamado un plazo de resolución no inferior a 5 ni superior a 15 días hábiles contado desde la notificación de la derivación, el que será fijado en el oficio de derivación, considerando el grado de priorización del reclamo. Dicho oficio deberá notificarse igualmente al reclamante. Respecto de los reclamos relativos a la garantía de acceso u oportunidad, establecidas en la Ley 19.966, y a fin de dar cumplimiento y protección efectiva a éstas, el plazo de resolución que la Intendencia otorgue será acorde al Decreto Supremo vigente que Apruebe los Problemas y Garantías Explícitas en Salud; y las notificaciones se efectuaran de acuerdo al procedimiento definido para estos efectos en el Título II, del Capítulo XI, de este Compendio.

El reclamado deberá remitir a la Intendencia el expediente de reclamo tramitado de conformidad al Título I del presente Capítulo, cuando corresponda, y la resolución de los reclamos derivados priorizados, dentro del plazo señalado en el párrafo anterior, para su revisión.

2. Instrucción del procedimiento de reclamo administrativo

La instrucción del procedimiento administrativo dependerá de si en la etapa de admisibilidad institucional se constata que hubo reclamo previo ante el reclamado, o bien, en caso de que no lo haya habido, la Intendencia realizó una derivación priorizada del reclamo.

2.1. Si hubo reclamo previo ante el reclamado: Recibido un reclamo conocido y resuelto previamente por el reclamado, o bien se agotó el plazo que tenía éste para dar respuesta, en conformidad al Título I del presente Capítulo, se requerirá al reclamado el envío del expediente del reclamo tramitado de conformidad al Título citado, dentro del plazo de 5 días hábiles, gestión que deberá notificarse al reclamante.

2.2. Si se realizó una derivación priorizada de parte de la Intendencia: Habiendo sido emitido el oficio de derivación priorizada por la Intendencia, el reclamado dará respuesta directa a esta última, con copia al reclamante, dentro del plazo establecido en el oficio de derivación, dando inicio inmediato al procedimiento de reclamo administrativo.

2.3. Normas comunes a ambas instrucciones, señaladas en los numerales 2.1. y 2.2. precedentes: Allegados los antecedentes del caso, se determinarán los hechos relevantes que requieran ser acreditados, ordenándose las diligencias y/o trámites que, de acuerdo a Derecho, permitan esclarecer el asunto controvertido, cuyo mérito se apreciará en conciencia.

La Intendencia calificará la procedencia de acceder a las diligencias probatorias solicitadas por las partes, pudiendo desechar aquellas que estime improcedentes o inconducentes para la resolución del reclamo, en cuyo caso deberá señalar las razones o motivos que tuvo en vista para adoptar tal decisión.

En el caso de que los hechos no ameriten prueba, se resolverá derechamente el asunto, emitiéndose un acto administrativo de término.

3. Diligencias probatorias

Para esclarecer los hechos controvertidos y alegaciones de las partes, la Intendencia podrá ordenar se practiquen algunas de las siguientes medidas probatorias:

a) Remisión de oficios requiriendo información o antecedentes adicionales al reclamado, al reclamante, a prestadores o a otras Instituciones, públicas o privadas.

El oficio deberá remitirse con copia a todas las partes para el debido conocimiento del estado de tramitación del reclamo.

b) Declaración del reclamante, del reclamado o de sus dependientes, o de testigos.

Si resulta indispensable recibir la declaración del reclamante, del reclamado o de sus dependientes, o de testigos, se les citará, mediante un oficio, para una audiencia con tales fines, indicando el día, la hora y lugar en que ésta se llevará a efecto. Asimismo, se dejará expresa constancia de que podrán asistir las partes, a quienes se remitirá copia del oficio respectivo.

De la diligencia a que haya lugar, se dejará constancia en un acta, cuyo texto deberá individualizar a los asistentes y las declaraciones prestadas en dicha oportunidad, la que deberá ser firmada por los comparecientes y el funcionario que represente a la Intendencia, como ministro de fe, en tres ejemplares.

Un ejemplar de ese documento se entregará al final de la audiencia a las partes asistentes, a fin de que éstas formulen las observaciones que estimaren pertinentes. En caso de ausencia de una de las partes, se le remitirá un ejemplar del acta, por el medio habitual de notificación, haciéndole presente el plazo de que dispone para formular sus observaciones.

Alternativamente, la Intendencia podrá registrar digitalmente el audio de la diligencia, debiendo en dicho caso entregarse copia a los asistentes que la pidan y que proporcionen un medio idóneo de soporte. En el expediente administrativo deberá dejarse constancia de esta diligencia probatoria.

En este último caso, la Intendencia tendrá a disposición de las partes inasistentes la constancia de la diligencia probatoria y el audio grabado digitalmente.

4. Término del procedimiento

Una vez agotadas las diligencias probatorias, se procederá a resolver el reclamo mediante un acto administrativo de término, el cual será notificado a todas las partes.

El acto administrativo de término que se dicte deberá:

a) Individualizar al reclamante y al o los reclamados.
b) Enunciar sucintamente los fundamentos de hecho y de Derecho en que basa el reclamante su presentación y las peticiones que formula a la autoridad.
c) Indicar en forma breve los argumentos de hecho y de derecho esgrimidos por el reclamado al contestar el reclamo.
d) Contener la decisión del asunto controvertido y, en su caso, la orden de cumplir las instrucciones particulares que imparta la Intendencia.
e) En aquellos casos en que la Intendencia dictamine restituir a los afiliados sumas asociadas expresamente al pago de intereses, cuando se trate de reliquidaciones o pagos de reembolsos en materia de beneficios, el pago -debidamente reajustado- deberá efectuarse considerando el interés corriente que se haya devengado, en el período comprendido entre el mes anterior a aquél en que debió efectuarse dicho pago y el mes anterior a aquél en que se ponga a su disposición. La tasa de interés corriente a utilizar corresponde a la definida en el artículo 6° de la Ley N°18.010, esto es, aquella para operaciones reajustables en moneda nacional, menores a un año -sin distinguir monto- publicada por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras.
f) Informar sobre los recursos a que tiene derecho el perjudicado, el plazo y órgano para interponerlos.

g) En el caso de que se ponga término al conflicto, en forma total o parcial, mediante una vía alternativa a la resolución final de la Intendencia, por ejemplo: desistimiento, avenimiento, entre otras de similar naturaleza, las partes deberán comunicar formalmente tal circunstancia a esta Intendencia, en cuyo caso se emitirá un acto administrativo de término que consigne la ocurrencia de ese evento y la orden de archivar el expediente respectivo.

5. Revisión del acto administrativo de término

La interposición de los recursos no suspenderá la ejecución del acto administrativo de término.

Con todo, la Intendencia podrá, a petición fundada del interesado, suspender la ejecución cuando el cumplimiento del acto recurrido pudiere causar daño irreparable o hacer imposible el cumplimiento de lo que se resolviere, en caso de acogerse el recurso.

Contra el acto administrativo de término procederán los siguientes recursos:

a) Recurso de Reposición
En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Intendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esta misma autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde la fecha de la notificación de la resolución respectiva.

El recurso será puesto en conocimiento de la otra parte, otorgándole un plazo de cinco días hábiles para que formule las observaciones o descargos que estime pertinentes a sus derechos.

Transcurrido dicho plazo, se determinará si existen hechos relevantes que requieran ser acreditados, pudiendo ordenarse la práctica de diligencias y/o trámites que, de acuerdo a Derecho, permitan esclarecer el asunto controvertido. En caso de que los hechos no ameriten prueba, se resolverá derechamente el asunto.

Finalmente, la Intendencia se pronunciará sobre el recurso mediante una Resolución Exenta, la cual será notificada a todas las partes.

b) Recurso de Reclamación
En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, en cuyo caso deberá seguirse el procedimiento de impugnación definido en los incisos tercero y siguientes del artículo 113 del DFL Nº 1, 2005, de Salud. La interposición de este recurso, por regla general, no suspende el cumplimiento del acto recurrido.

c) Recurso Jerárquico y Recurso de Revisión
Procederán dichos recursos, ante el Superintendente de Salud, en los casos y de acuerdo a las formalidades establecidas expresamente en los artículos 59 y 60 de la Ley Nº 19.880.

d) Recurso de Rectificación, Aclaración o Enmienda
En cualquier momento, la Intendencia podrá, de oficio o a petición del interesado, aclarar los puntos dudosos u obscuros y rectificar los errores de copia, de referencia, de cálculos numéricos y, en general, los puramente materiales o de hechos que aparecieren de manifiesto en el acto administrativo de término.

6. Cumplimiento

6.1. Aspectos Generales
El Intendente será la autoridad competente para conocer de todos los asuntos relacionados con el cumplimiento de los actos administrativos que pongan término a un reclamo.

Esta facultad podrá delegarse en otro funcionario de la Institución, de acuerdo a las reglas generales.

6.2. Plazos y procedimiento
El cumplimiento de lo dispuesto en las instrucciones impartidas por la Intendencia deberá efectuarse por el reclamado, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo que contenga dichas instrucciones.

Para acreditar el efectivo cumplimiento de la instrucción impartida, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el reclamado deberá enviar a la Intendencia los documentos que se detallan en el Anexo de este Título, así como una copia del documento mediante el cual se comunica al reclamante la ejecución de dichas instrucciones. Tratándose de materias no comprendidas en el Anexo, los documentos que deberá enviar el reclamado serán los que se indiquen en el correspondiente acto administrativo.

Previo a ello, el mismo reclamado será responsable de arbitrar las medidas necesarias y realizar las gestiones que le permitan obtener o elaborar los antecedentes de respaldo que se le requieren, dentro del plazo previsto para el cumplimiento.

En aquellos casos en que el reclamado se vea impedido de informar el cumplimiento efectivo de la instrucción impartida dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, por circunstancias que no le fueren imputables, deberá, en ese mismo término, comunicar las gestiones necesarias que ha efectuado para obtener las actuaciones o los antecedentes faltantes. Una vez superado el impedimento alegado, el reclamado deberá informar, dentro del plazo de cinco días hábiles, el cumplimiento efectivo, acompañando los antecedentes de respaldo que se detallan en el Anexo de este Título.

Para estos efectos, se considerarán circunstancias no imputables a la responsabilidad del reclamado, entre otras, la falta de comparecencia del reclamante a suscribir un determinado documento, la no entrega por parte del reclamante de antecedentes indispensables para proceder al cumplimiento y cualquier otra situación de similar naturaleza.

6.3. Recursos en la etapa de cumplimiento

En contra de los actos administrativos que se dicten a propósito del cumplimiento, procederán los mismos recursos indicados en el número 2 “Reglas generales” y 5 “Revisión del Acto Administrativo de Término”, de los puntos I y II de este Título II, respectivamente, cuando corresponda.

Anexo[386]

Para acreditar el cumplimiento efectivo de lo resuelto en un acto administrativo dictado por la Intendencia el reclamado deberá acompañar la información que a continuación se indica.

Si la instrucción impartida atañe a más de una de las materias que en seguida se registran, el reclamado deberá acreditar el cumplimiento, remitiendo los antecedentes que se exigen en el Título II, respecto de cada una de las materias involucradas.

A) Cobertura y bonificaciones

Se seguirán las presentes reglas, tratándose del cumplimiento de instrucciones relativas a:

a) Negativas de cobertura por solicitud de los beneficios fuera de plazo;
b) Exclusiones de cobertura;
c) Cobertura en planes cerrados y planes con prestadores preferentes;
d) Restricciones de cobertura;
e) Cobertura en modalidad ambulatoria a prestación hospitalaria;
f) Bonificación inferior a la correspondiente al plan de salud;
g) Aplicación del mecanismo de financiamiento del DFL N°1 de 2005, para atenciones de urgencia o emergencia.
h) En general, cualquier otra materia que incida en la determinación y cálculo de la cobertura que corresponde a prestaciones de salud.

i.- Si la instrucción impartida se traduce en que el reclamado debe otorgar cobertura a prestaciones que originalmente han quedado excluidas de bonificación y no dispone de la documentación de respaldo de dichas atenciones y su valor o, en su caso, de los gastos efectuados, deberá requerir al reclamante la entrega de los documentos necesarios (boleta, factura, prefactura u otro documento auténtico) para efectuar la liquidación ordenada, evitando cualquier requerimiento innecesario y dilatorio.

Una vez efectuada la liquidación y dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el reclamado deberá informar el cumplimiento definitivo a la Intendencia, adjuntando una copia de la comunicación dirigida al reclamante en la que le informa la liquidación de cobertura efectuada y el lugar y fecha de pago, según corresponda.

ii.- Si la instrucción impartida se refiere a reliquidación de una cobertura ya otorgada, de modo que el reclamado cuenta con la documentación de respaldo del gasto incurrido (boleta, factura, prefactura u otro documento auténtico), procederá sin mayor trámite a la determinación de la cobertura que corresponde otorgar, debiendo éste informar a la Intendencia dicho resultado dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo.

Específicamente, en relación a los puntos i y ii precedentes, el reclamado deberá informar a esta Intendencia, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el monto de la cobertura inicialmente otorgada, en su caso, y el monto de la cobertura que resulta de las instrucciones de esta Intendencia, identificando el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago de la cobertura que se ordena otorgar a las prestaciones reclamadas y la fecha a partir de la cual estará a disposición del reclamante o la fecha de su entrega si ésta ya se materializó. Tratándose de bonificaciones que se harán efectivas a través de la emisión de órdenes de atención, se señalará el N° del bono y la fecha de su emisión.

B) Suscripciones y modificaciones de contrato

Se seguirán las presentes reglas, tratándose del cumplimiento de instrucciones relativas a:

a) Suscripción o modificación de contrato,
b) Incorporación o eliminación de beneficiarios
c) Modificación de tipo de beneficiario

[386] Modificado por la Circular IF/N°298, de 3 de noviembre de 2017; publicada en el Diario Oficial el 10 de noviembre de 2017.

d) Doble afiliación

i.- En aquellos casos en que, para el cumplimiento de la instrucción impartida por la Intendencia, no sea necesaria la comparecencia personal del reclamante, el reclamado deberá informar dicho cumplimiento a la Intendencia, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, acompañando copia del instrumento (F.U.N., certificado de afiliación vigente u otro) que haya emitido en virtud de lo ordenado y una copia del documento en que comunica al reclamante dicho cumplimiento.

ii.- Por el contrario, de requerirse alguna gestión o decisión del reclamante (por ejemplo, que opte por mantenerse en uno u otro plan o que suscriba un FUN) el reclamado deberá requerirle su concurrencia para realizar dicha gestión, de manera de estar en condiciones de informar a la Intendencia el cumplimiento íntegro y efectivo de la instrucción, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, acompañando una copia del documento contractual respectivo.

C) Cotizaciones de salud, precio del plan

Se seguirán las presentes reglas, tratándose del cumplimiento de instrucciones relativas a:
a) Revisión de las cotizaciones de salud enteradas;
b) Deudas de cotizaciones;
c) Cotizaciones mal enteradas;
d) Excedentes o excesos de cotización
e) En general, cualquier otra materia que incida en la determinación del precio del plan de salud.

Cuando la instrucción impartida por la Intendencia implique que el reclamado deba revisar las cotizaciones enteradas, éste deberá cumplir la instrucción dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, adjuntando una copia de la comunicación de la liquidación de las cotizaciones efectuadas y el lugar y fecha de pago de los excesos, según corresponda.

El reclamado deberá informar el monto de los excesos de cotizaciones inicialmente calculado y el monto de los excesos que resulte de las instrucciones impartidas, identificando el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago ordenado y la fecha a partir de la cual estará a disposición del reclamante o la fecha de su entrega si ésta ya se materializó.

En relación a las deudas de cotizaciones, el reclamado deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el monto de la deuda inicialmente calculado por él y el monto de la deuda que resulta de las instrucciones impartidas.

En cuanto a los excedentes, el reclamado deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el saldo disponible de excedentes inicialmente calculado por él y el saldo disponible que resulta de las instrucciones impartidas y la fecha de emisión de la respectiva cartola.

D) Adecuación de contratos
Atendido que en estos casos puede resultar necesario reliquidar cotizaciones de salud enteradas y/o coberturas otorgadas, el reclamado deberá proceder como se ha indicado en las letras precedentes.

E) Término del contrato
Cuando se ordene al reclamado dejar sin efecto el término de contrato dispuesto, deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, que la situación contractual del reclamante se encuentra completamente regularizada y vigentes sus beneficios, para lo cual deberá acompañar un certificado de afiliación vigente y una copia de la comunicación al reclamante del cumplimiento de la instrucción impartida.

Si como resultado de dicha medida se hace necesario reliquidar cotizaciones de salud y/o la cobertura de prestaciones efectuadas, se procederá como se ha indicado en las letras precedentes.

Título III. Procedimiento para solicitud de afiliación en caso de reclamos por alza de precio [387]

Derogado

[387] Título derogado por la Circular IF/N°220, del 29 de julio de 2014

Título IV: Procedimiento de arbitraje para el conocimiento, tramitación y resolución de controversias[388]

Controversias sujetas al procedimiento:

- Las que surjan entre las isapres o el Fonasa y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control de la Superintendencia.

- Las que surjan entre el Fonasa o los prestadores que formen parte del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo creado por Ley 20.850, y los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud de Chile, en caso de incumplimiento de aquéllos, que diga relación con las coberturas y beneficios que otorga dicha ley.

- Las que surjan por reclamo del Fondo Nacional de Salud, por sí o a través de la Red de Prestadores de la Ley 20.850, o del paciente o su representante, en caso de discrepancia acerca de la calificación de la situación de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[389] de un beneficiario de esa Ley.

- Las que surjan entre los prestadores de salud, el Fonasa, las Instituciones Previsionales de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública o las isapres, por un lado, y por el otro, los beneficiarios, por incumplimiento de aquéllos, del deber de informar a éstos, que tienen derecho a la protección financiera otorgada por el sistema a que se refiere la viñeta segunda, y el momento a partir del cual lo tienen.

1. Procedimiento de arbitraje

Los reclamos que sean sometidos al conocimiento y resolución del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en adelante el Intendente, en su calidad de árbitro arbitrador, se sustanciarán conforme al procedimiento fijado en el presente Título.

El procedimiento de arbitraje está inspirado en los siguientes principios:

a) Escrituración: La comunicación entre las partes y el Tribunal se efectuará, en general, por medio de las respectivas presentaciones y resoluciones, las que deberán incorporarse al expediente, sea en soporte de papel o electrónico, con expresión de la fecha de su recepción, respetando su orden de ingreso. Igualmente, se incorporarán a éste las actas que den cuenta de las audiencias o diligencias efectuadas en el curso del procedimiento. Si la naturaleza de un acto, diligencia, documento, etc., no permite su escrituración, aquél deberá custodiarse por el Tribunal en el formato que corresponda, dejándose constancia de ello en el expediente.

b) Economía procesal: Las partes y el Tribunal deberán llevar el proceso al estado de dictarse sentencia definitiva, con la mayor celeridad que les permita el cumplimiento del debido proceso, evitando la realización de actos y la solicitud de diligencias que sean meramente dilatorios o no sean pertinentes para la resolución del conflicto. El Tribunal podrá rechazar de plano los incidentes o solicitudes que, a su juicio, tengan dichas características.

---

[388] Complementado por Circular IF N° 135, 22.10.10; Circular IF N° 179, 5.12.2012. Modificado por Circular IF/N° 259, de 20.01.16 y por Circular IF/N° 267, de 15.6.16.
[389] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.2023

c) Bilateralidad de la audiencia: Ambas partes tienen el derecho de intervenir en el juicio, en los plazos y la forma que prevé el procedimiento que los rige.

d) Imparcialidad: El Tribunal deberá actuar con objetividad, dando cumplimiento al deber de probidad consagrado en la Constitución Política de la República.

e) Transparencia: El Tribunal deberá permitir que cada parte conozca las presentaciones que realice la contraria y las resoluciones que se dicten en el proceso. No obstante, atendido lo dispuesto en la Ley N° 19.628, en el artículo 21 de la Ley N° 20.285 y la naturaleza de los datos de los beneficiarios que son tratados en sus relaciones con las aseguradoras previsionales de salud, prestadores, fondos e instituciones de salud previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública, el expediente será reservado y deberá ser custodiado por el Tribunal, quien tomará los resguardos necesarios para evitar que sea conocido por terceros, pudiendo al efecto arbitrar modos especiales en que las partes y sus representantes podrán acceder a él.

f) Fallo en prudencia y equidad: El Árbitro dará a la prueba rendida y a los demás elementos y antecedentes de que disponga, el valor que le dicten la prudencia y la equidad y expresará en la sentencia los razonamientos en que ha fundado su convicción.

g) Gratuidad: Todos los actos del Tribunal necesarios para la substanciación del juicio, no tendrán costo para las partes, salvo aquellos que irroguen una utilización excesiva de recursos, lo que el Tribunal definirá en cada caso.

1.1. Notificación a las partes

Las resoluciones dictadas en el procedimiento deberán ser notificadas a las partes, conteniendo su texto íntegro y además, cuando corresponda, copia íntegra de la presentación sobre la que recaen, a través de medios electrónicos, de preferencia por mensaje enviado a la dirección de correo electrónico informada, respectivamente, por cada una de ellas, entendiéndose practicada la notificación el mismo día de la realización de la comunicación. Serán aplicables a este tipo de notificación las normas del numeral 3, del Título VI, del presente Capítulo V.

Sin perjuicio de lo anterior, el Tribunal, en casos calificados, podrá disponer que las notificaciones sean efectuadas a través de carta certificada dirigida al domicilio que el interesado hubiere designado en su primera presentación o que haya comunicado con posterioridad a dicho acto.

Cualquiera sea la modalidad de notificación, se dejará constancia en el expediente de su envío o despacho. Las notificaciones por carta certificada se entenderán practicadas el tercer día hábil siguiente a su recepción en la oficina de Correos correspondiente al domicilio del notificado.[390]

Las notificaciones podrán hacerse, también, por el funcionario que el Tribunal designe al efecto, quien dejará copia íntegra del acto o resolución que se notifica, en el domicilio del interesado, y estampará una constancia de dicha diligencia en el expediente.

[390] Tres primeros párrafos reemplazados por Circular IF N° 356, de 25.06.2020

Asimismo, las notificaciones podrán hacerse personalmente en las oficinas de la Superintendencia, firmando el interesado en el expediente la debida recepción del acto o resolución que se le notifica. Si la persona notificada no puede o no quiere firmar, se dejará testimonio de este hecho en la misma diligencia. En todo caso, si la misma persona ha sido antes válidamente notificada de la misma resolución por carta certificada u otro medio, los plazos respectivos se contarán desde la primera notificación.

Para la validez de la notificación no se requiere el consentimiento de la persona notificada.

Aun cuando no se haya verificado notificación alguna o se haya efectuado de una forma distinta a las indicadas precedentemente, se tendrá por notificada la resolución de que se trate, desde que la parte a quien afecte haga en el juicio cualquiera gestión que suponga su conocimiento, sin haber antes reclamado la falta o nulidad de la notificación.

1.2. Plazos

Los plazos que fija este Título son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los sábados, domingos y festivos. Los plazos se contarán para cada parte desde el día en que se practique o se entienda practicada la notificación respectiva.

Los plazos comunes para las partes comenzarán a correr desde que se practique o se entienda practicada la última notificación.

2. Recepción del reclamo o solicitud de arbitraje

2.1 El reclamo o solicitud de arbitraje debe contener, al menos:

a) La individualización completa del reclamante y/o de quien lo representa, señalándose, en el caso del cotizante o beneficiario, su nombre, número de su cédula de identidad, domicilio, profesión u oficio, su número de teléfono móvil o, de no tenerlo, uno fijo, y dirección de correo electrónico; y en el caso de una Isapre o Fonasa, el nombre de la Institución. Si el reclamante fuera un prestador individual, deberá aportar los mismos datos exigidos al beneficiario; si fuera un prestador institucional, deberá individualizarse con los mismos datos exigidos a la aseguradora, además de su domicilio y dirección de correo electrónico.[391]

b) Entidad o beneficiario contra quien se reclama.

c) Breve y clara exposición de los hechos que motivan el reclamo y los antecedentes que le sirven de fundamento o apoyo.

d) Enunciación precisa y clara de las peticiones concretas que se someten al conocimiento y resolución del árbitro.

e) Poder simple de representación o instrumento en que conste la personería, cuando corresponda.

   En caso que un heredero actúe administrando la herencia originada por un ex-cotizante o ex-beneficiario fallecido, según sea el caso, bastará que éste acredite su calidad de heredero y la defunción de éste último para actuar válidamente en juicio, ya sea con los certificados del Registro Civil e Identificación que demuestren el deceso y, por otra parte, la relación marital o el parentesco que los ligaba; con el testamento que lo nombra como sucesor; o con cualquier otro medio probatorio -conforme a las reglas generales-, sin que sea necesaria la trámite la posesión efectiva ni la concurrencia del resto de los herederos, si los hubiere[392].

f) Firma del reclamante y/o de su apoderado.

[391] Letra reemplazada por Circular IF N° 356, de 25.06.2020
[392] Incorporado por la Circular IF/N° 237, de 6 de enero de 2015.

2.2 Los reclamos deberán ser presentados en la Oficina de la Superintendencia de Salud correspondiente al último domicilio que hubiere fijado el cotizante o beneficiario en su entidad previsional de salud. El incumplimiento de la presente disposición, en ningún caso afectará los derechos del reclamante.

Lo dispuesto en el párrafo anterior, no obsta a que la demanda pueda ser presentada por medios electrónicos, de acuerdo a las instrucciones especiales que se dicten al efecto.

2.3 El Árbitro, puede de oficio, no dar curso al reclamo o demanda que no contenga alguno de los requisitos señalados el N° 2.1 precedente, expresando el reparo formulado, el que deberá ser subsanado dentro del quinto día, bajo el apercibimiento de tenerlo por no presentado.

Si el cotizante o beneficiario ha señalado su domicilio, pero no su número de teléfono móvil ni dirección de correo electrónico, se le ordenará que debe informar a lo menos uno de éstos –de preferencia correo electrónico- en el plazo y bajo el apercibimiento señalados en el párrafo inmediatamente precedente. En el mismo acto, se le indicará que, si no tuviera una cuenta de correo electrónico, deberá crearla para estos efectos.

Sin perjuicio de lo anterior, el Tribunal, en casos calificados, podrá efectuar las notificaciones al interesado por otro de los medios señalados en el punto 1.1 precedente.[393]

2.4 Las partes podrán comparecer personalmente en los juicios cuyo procedimiento establece este Título, sin necesidad de patrocinio de abogado. Asimismo, podrán ser representadas por cualquier persona legalmente capaz, extendiendo un poder simple al efecto, firmado por el o la mandante, el que deberá ser acompañado de una copia de su cédula de identidad.

En el caso de las personas jurídicas (Isapres, Fonasa o Prestadores de Salud), en la primera presentación que efectúen los apoderados o mandatarios de dichas instituciones, deberán acompañar los antecedentes que acrediten las facultades expresas para representar a la respectiva institución en procedimientos arbitrales ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales[394].

En el evento de que alguna de las partes comparezca representada por un abogado, su patrocinio y poder deberá constituirse conforme a lo dispuesto en la Ley N°18.120.

Cuando el poder para litigar comprenda las facultades de ambos incisos del artículo 7° del Código de Procedimiento Civil, y éste no haya sido constituido en conformidad a los numerales 1° o 2° del artículo 6° del mismo Código, el Tribunal podrá exigir la comparecencia personal del o la mandante.

Sin perjuicio de lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán remitir anualmente a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, dentro del mes de enero de cada año, un listado que incluya los nombres completos y RUN de los apoderados, mandatarios y abogados con facultades para representarlos en procedimientos arbitrales ante dicha Intendencia y acompañar copia de los antecedentes fundantes. Asimismo, deberán informar cualquier incorporación o revocación de dichas facultades en un plazo máximo de cinco días hábiles desde que ocurra el cambio[395].

3. Formación del expediente

3.1 El proceso constará en un expediente en soporte papel o electrónico, iniciado con una carátula en la que se identificará el número de ingreso, las partes del juicio y sus representantes. El expediente será debidamente

[393] Párrafos segundo y tercero agregados por Circular IF N° 356, de 25.06.2020
[394] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°495 de 31.01.2025.
[395] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°495 de 31.01.2025.

foliado, foliación que podrá ser exclusivamente en cifras, en el que figurarán todas las actuaciones del Tribunal y de las partes, con expresión de su fecha. A él se agregarán los antecedentes presentados por los litigantes y los aportados por terceros a requerimiento del Tribunal, por orden de ingreso. Los antecedentes que por su naturaleza no puedan materialmente agregarse al proceso, se acompañarán en sobre adjunto, debidamente cerrado para evitar su extravío, con la identificación correspondiente.

3.2 Todos los escritos y documentos que se presenten en el juicio se deberán acompañar con copia y serán puestos en conocimiento de la contraparte. Excepcionalmente, sólo se comunicará a las partes el hecho de haberse agregado al proceso, antecedentes que, atendida su naturaleza, volumen o carácter reservado, quedan bajo custodia en el Tribunal.

3.3 El Tribunal contará con un "Reloj-buzón" para la recepción de escritos y antecedentes que presenten las partes en la tramitación de los juicios arbitrales, el que funcionará de acuerdo a las siguientes reglas[396]:

3.3.1 El Reloj buzón

Se dispondrá de un "Reloj buzón", que estará ubicado en un lugar de fácil acceso al público, habilitado únicamente para el ingreso de escritos judiciales, más la documentación de respaldo, sólo cuando se trate del último día del plazo para hacerlo, a partir del horario de cierre de la Oficina de Partes y hasta la medianoche.

3.3.2 Presentación de escritos y documentación

Los escritos y documentos que a éstos se acompañen deberán timbrarse en la primera hoja, con el timbre electrónico fechador de que dispondrá el señalado Reloj, y luego deberán ser depositados en el Buzón correspondiente. De estimarlo necesario, la persona que presente el escrito de que se trata, podrá timbrar una copia del mismo.

Sólo se tendrán por debida y oportunamente presentados, los escritos que se timbren en el Reloj buzón y cuyo plazo de vencimiento corresponda al día de su presentación.

3.3.3 Tramitación de los escritos ingresados al Reloj buzón

Los escritos y documentos presentados en la forma indicada precedentemente serán retirados a primera hora del día hábil siguiente al de su ingreso por un funcionario de la Oficina de Partes de la Superintendencia, para su trámite de rigor.

3.3.4 Presentaciones no relacionadas con los juicios arbitrales

Dada la finalidad exclusiva que se le ha asignado al Reloj Buzón, los escritos u otras presentaciones que se ingresen a él, que no digan relación con trámites sujetos a plazo en juicios arbitrales se tendrán por no presentados.

3.3.5 Información a los usuarios sobre las reglas de uso del Reloj buzón

Para la correcta información a los usuarios sobre la finalidad y modo de uso del Reloj Buzón, se instalará en forma visible un instructivo que indique claramente cuáles son los documentos que se pueden ingresar, cuál es la forma

[396] Circular IF N° 135, 22.10.2010.

de realizar correctamente el timbraje e ingreso de los mismos y cuándo se entenderá que los documentos están presentados dentro de plazo.

3.4 En la carátula del expediente se consignará, a lo menos, el número de rol asignado, la fecha de presentación del reclamo, la materia sobre que versa y la individualización de las partes, la que deberá contener los nombres, apellidos, número de cédula nacional de identidad y domicilio del demandante y de sus apoderados, si correspondiere. Tratándose de entidades cuya individualización y personería conste fehacientemente al Tribunal, bastará la indicación de su nombre en la carátula.

3.5 Durante la tramitación del juicio el expediente estará a disposición de las partes. Si éstas lo solicitan, se podrá otorgar copias, a costa del requirente.

3.6 Una vez ejecutoriada la sentencia respectiva, los expedientes serán archivados. Se llevará un registro especial de archivo de expedientes.

4. Contestación de la demanda

4.1 Admitido a tramitación el reclamo, el Tribunal dictará una resolución en la que ordenará ponerlo en conocimiento de la contraparte, concediéndole un plazo de diez días para contestar, bajo apercibimiento de proseguir el procedimiento sin su respuesta. En dicha resolución, se pronunciará derechamente sobre las cuestiones incidentales que contenga el reclamo, a menos que, por su naturaleza, deban ser resueltas en la sentencia definitiva.

4.2 La contestación debe contener, al menos:

a) El nombre, domicilio y dirección de correo electrónico del reclamado; tratándose del Fonasa o de una Isapre, bastará el nombre. Si el reclamado fuere una persona natural, deberá incluirse además su número de teléfono móvil o, de no tenerlo, uno fijo.[397]

b) Las excepciones o simples alegaciones o defensas que se oponen a la demanda; la exposición clara de los hechos y fundamentos de derecho en que se apoya. Además, deberá pronunciarse sobre los hechos contenidos en la demanda, que sean substanciales y pertinentes de acuerdo a la o las materias reclamadas, aceptándolos o negándolos en forma expresa y concreta;

c) La enunciación precisa y clara, consignada en la conclusión, de las peticiones que se sometan al fallo del tribunal;

d) Firma del reclamado y/o de su apoderado, cuando corresponda.

Cuando la demanda haya consistido en la impugnación de una decisión de una isapre, del Fonasa o de un prestador, la demandada deberá adjuntar al escrito de contestación los instrumentos o antecedentes en que se basó para tomar dicha decisión. El Tribunal, en caso de que la reclamada no dé cumplimiento a lo anterior, podrá declarar de inmediato que el proceso queda en estado de fallo.

4.3 Sin perjuicio de lo señalado en el numeral 5.4 siguiente, el Tribunal podrá llamar a las partes a conciliación en cualquier estado de la causa.

[397] Letra reemplazada por Circular IF N° 356, de 25.06.2020

5. Prueba

5.1 Vencido el plazo para contestar la demanda, sea que la parte demandada haya evacuado o no ese trámite, el Tribunal, si estima conveniente otorgar a las partes una oportunidad adicional para aportar antecedentes, podrá recibir la causa a prueba. En tal caso, en la misma resolución abrirá para ese efecto un término probatorio de diez días, que será común para las partes, dentro del cual éstas deberán rendir todas sus pruebas o, al menos, solicitarlas, si su naturaleza así lo hiciera necesario. Si el Tribunal, por el contrario, estima que no hay hechos que probar, declarará que el proceso queda en estado de fallo, sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 9.1 letra c) de este Título.

Si han de declarar testigos, la parte interesada lo solicitará al Tribunal dentro de los dos primeros días del término probatorio, indicando su nombre completo, domicilio y profesión u oficio. La resolución que ordene su comparecencia, será puesta en conocimiento de las partes, indicando el día, hora y lugar en que se recibirá la prueba testimonial. En el evento que la persona llamada a declarar tenga su domicilio en una ciudad distinta a la de la sede de la Superintendencia o de sus Agencias Regionales, el Tribunal podrá ordenar que la realización de la diligencia se efectúe por otro Servicio Público con el cual se haya celebrado un convenio para este efecto.

Si el Tribunal, de oficio o a petición de una de las partes, estima necesaria la comparecencia ante él de un agente de ventas u otro empleado de una isapre, de Fonasa o de un prestador institucional, dicha entidad, sin perjuicio de efectuar todas las gestiones pertinentes para asegurar y facilitar la asistencia de su trabajador –independientemente de la calidad jurídica bajo la que esté contratado- a la audiencia que se fije al efecto, deberá proporcionar su dirección de correo electrónico y su número de teléfono móvil o, de no tenerlo, uno fijo para que pueda ser citado, dentro de tercero día contado desde que le sea ordenado.[398]

El Árbitro sólo dará lugar a la petición de oficios cuando se requiera por ese medio información objetiva, pertinente y específica sobre los hechos materia del juicio, lo que deberá constar en el expediente. En todo caso, podrá rechazar la petición si la información requerida puede ser obtenida directamente por el peticionario desde la persona o entidad que la posee. Lo anterior no obsta a lo dispuesto en el numeral 9.1 letra c) de este Título.

Podrán admitirse, como pruebas, cintas de audio y video, fotografías y otros sistemas de reproducción de la imagen y del sonido y, en general, cualquier medio apto para producir fe. El Árbitro determinará la forma como ha de dejarse constancia de estas pruebas en el expediente.

El Árbitro podrá, de oficio o a petición de parte, encomendar a la unidad correspondiente de la Superintendencia de Salud la emisión de informes que permitan esclarecer los hechos de la causa. En caso que tal diligencia sea solicitada por una de las partes, el Juez podrá exigirle que fundamente su petición y/o que aporte elementos que la justifiquen.

El Tribunal calificará la procedencia de acceder a las diligencias probatorias solicitadas por las partes, pudiendo desechar, de plano, aquéllas que estime redundantes o inconducentes para la resolución de la controversia.

5.2 Si una de las partes debidamente requerida por el Tribunal para presentar documentos o aportar las pruebas, no lo hace en los plazos fijados, sin invocar causa suficiente, el Árbitro podrá dictar la sentencia, sin reiterar su requerimiento.

[398] Inciso insertado por Circular IF N° 356, de 25.06.2020

Asimismo, no será obstáculo para la dictación de la sentencia, el hecho de no haber sido recibida por el Tribunal la prueba rendida fuera de él o la información requerida mediante oficio, o el de no haberse practicado alguna diligencia de prueba pendiente. Sin perjuicio de ello, la información solicitada con anterioridad a la dictación del fallo que fuese recibida después de emitido éste, deberá ser agregada al expediente.

5.3 Vencido el término probatorio, el juicio quedará en estado de fallo, el proceso cerrado y finalizada la oportunidad de las partes para efectuar presentaciones o solicitar diligencias.

5.4 Audiencia de Contestación, Conciliación y Prueba

No obstante lo dispuesto en los numerales precedentes, si el Tribunal lo estima conveniente, en la resolución a que alude el punto 4.1 que antecede, podrá citar a las partes a una audiencia de contestación, conciliación y prueba para un día no anterior al décimo, contado desde la última notificación, pudiendo requerir de ellas que aporten determinados medios de prueba. A dicha audiencia, las partes podrán comparecer personalmente o debidamente representadas. En casos calificados, se podrá autorizar la participación de alguna de las partes vía tele conferencia o la comparecencia de un agente oficioso.

Las partes deberán concurrir a dicha audiencia con las pruebas que sirvan de fundamento a sus pretensiones y en ella se procederá a la exposición verbal de la demanda y de las peticiones formuladas por el reclamante. Acto seguido, el reclamado podrá oponer las excepciones que correspondan, contestando en subsidio, la demanda por escrito o bien, contestarla derechamente por escrito. Luego, el Tribunal instará a las partes a una conciliación. Si ésta no se produjere, se recibirá la prueba.

La audiencia se celebrará con la o las partes que asistan y en ella se agotará la etapa de prueba, salvo que el Tribunal disponga otorgar un plazo adicional para recibir determinadas pruebas que estime necesarias para el esclarecimiento de los hechos. Si no asistiere ninguna de las partes, se tendrá por evacuada la audiencia en rebeldía de éstas y por agotadas las etapas procesales de discusión y prueba, quedando el juicio en estado de fallo. No obstante, ante la inasistencia de alguna o todas las partes, el Tribunal, en casos excepcionales y por resolución fundada, podrá suspender la audiencia y fijar nuevos día y hora para su realización.

6. Término de la controversia

6.1 Si durante el juicio las partes llegasen a un acuerdo extrajudicial que ponga término al mismo, deberán comunicarlo por escrito al Tribunal, de inmediato, acompañando el documento en que conste el acuerdo, a más tardar, en el plazo que éste fije, bajo apercibimiento de continuarse con el procedimiento hasta la dictación de la sentencia que ponga término al litigio. En caso de un avenimiento, éste tendrá el valor de sentencia definitiva, una vez aprobado por el Tribunal.

6.2 Si antes que se dicte la sentencia se hace imposible la continuación del procedimiento, el Tribunal comunicará a las partes que se dispondrá el archivo del expediente indicando el antecedente que ha tenido a la vista para ello. Cualquiera de las partes podrá oponerse si hace valer razones fundadas, dentro del plazo de cinco días, caso en el que resolverá el Tribunal.

La parte reclamante tendrá la facultad de retirarse del proceso en cualquier estado de éste, hasta antes de la dictación de la sentencia definitiva, informándolo por escrito al Tribunal. Mientras no dé cumplimiento a este requisito, le afectarán los resultados del juicio.

6.3 La sentencia deberá contener:

a) Fecha y lugar en que se expide;

b) Individualización de las partes;

c) Enunciación breve de las peticiones o acciones deducidas por el demandante y de sus fundamentos;

d) Enunciación breve de las excepciones perentorias o defensas alegadas por el demandado;

e) Las consideraciones de hecho o de derecho que sirven de fundamento a la sentencia;

f) La enunciación de las razones de prudencia y equidad en que se fundamenta la resolución;

g) La decisión del asunto controvertido.

En aquellos casos en que la Superintendencia dictamine restituir a los afiliados sumas asociadas expresamente al pago de intereses, cuando se trate de reliquidaciones o pagos de reembolsos en materia de beneficios, el pago -debidamente reajustado- deberá efectuarse considerando el interés corriente que se haya devengado, en el período comprendido entre el mes anterior a aquél en que debió efectuarse dicho pago y el mes anterior a aquél en que se ponga a disposición. La tasa de interés corriente a utilizar corresponde a la definida en el artículo 6° de la Ley N°18.010, esto es, aquella para operaciones reajustables en moneda nacional, menores a un año -sin distinguir monto- publicada por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras.

7. Recursos

7.1 Durante la tramitación del juicio

Durante la tramitación del procedimiento arbitral, en contra de las resoluciones del árbitro arbitrador sólo procederá el recurso de reposición, el que deberá interponerse dentro del plazo de tres días contado desde su notificación. El Tribunal podrá resolverlo de plano o conferirle traslado a la otra parte, por el término de tres días hábiles. Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, se pronunciará sin más trámite.

7.2 Contra la sentencia definitiva

a) Una vez notificada la sentencia definitiva, podrán las partes solicitar al Tribunal que se enmiende o rectifique cualquier error numérico, de cálculo o copia, o se aclare algún concepto oscuro u omisión del fallo. El Tribunal resolverá dicha petición de plano o previo traslado de tres días a la contraparte.

El Tribunal no podrá modificar de oficio la sentencia definitiva una vez notificada a cualquiera de las partes. No obstante, dentro de los cinco días siguientes a la primera notificación, podrá rectificar, aun sin que le haya sido solicitado, los errores a que se alude en el párrafo primero de esta letra. En tal caso, podrá, si lo estima necesario, otorgar un nuevo plazo para su cumplimiento.

b) En contra de la sentencia definitiva, podrá deducirse recurso de reposición ante el Intendente, el que deberá interponerse en el plazo fatal de diez días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral. Deberá darse traslado del recurso a la otra parte, por el término de cinco días hábiles. Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Intendente deberá pronunciarse sobre el recurso en el plazo de treinta días hábiles.

En la tramitación del recurso no se admitirá la rendición de prueba ni la solicitud de diligencias probatorias de ninguna especie, salvo la presentación de documentos fundantes del mismo, que deberán ser acompañados al escrito en que se presenta el recurso, y sin perjuicio de lo dispuesto en el punto 9.1 letra c) de este Título.

c) Resuelto el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación para que se pronuncie en calidad de árbitro arbitrador. Deberá darse traslado del recurso a la otra parte por el plazo de cinco días hábiles. Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Superintendente deberá pronunciarse sobre el recurso en el plazo de treinta días hábiles.

Con todo, se podrá declarar inadmisible la apelación, si ésta se limita a reiterar los argumentos esgrimidos en la reposición de que trata la letra anterior.

8. Cumplimiento de las sentencias

8.1 Competencia

El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud será competente para conocer de todos los asuntos relacionados con el cumplimiento del fallo.

Sin embargo, cuando el cumplimiento de la sentencia exija procedimientos de apremio o el empleo de otras medidas compulsivas, tales como el embargo de bienes, o cuando haya de afectar a terceros que no sean parte del juicio seguido ante el Intendente, el interesado o la interesada podrá solicitar ante la justicia ordinaria la ejecución de lo resuelto.

8.2 Normativa aplicable

El cumplimiento de las sentencias dictadas por el Tribunal, se sujetará a las normas de este Título y, a falta de disposición expresa en esta instrucción general, se aplicarán supletoriamente las normas del Título XIX del Libro Primero del Código de Procedimiento Civil.

8.3 Procedimiento

8.3.1 Normas generales

Para acreditar el cumplimiento de una sentencia, la demandada deberá acompañar, dentro del plazo que en cada fallo se establezca, los documentos que se detallan en el Anexo de este Título.

La demandada será responsable de arbitrar las medidas necesarias y realizar las gestiones que le permitan obtener y/o elaborar los antecedentes de respaldo que se le requieran, con el objeto de dar cumplimiento al fallo dentro del plazo instruido.

Los antecedentes que ella acompañe, serán revisados por el Tribunal y de estimarse éstos suficientes para acreditar el cumplimiento del fallo, se procederá al archivo del expediente, sin más trámite.

Cuando de la revisión efectuada por el Árbitro, aparezca que dichos antecedentes no se ajustan estrictamente a lo dispuesto en el Anexo de este Título, el Tribunal ordenará a la demandada, sin más trámite, su íntegra remisión, dentro de tercero día. Cuando los antecedentes acompañados, ameriten el pronunciamiento previo de la parte demandante, el Juez pondrá en conocimiento de esta última lo informado por la demandada, con el objeto que, dentro del tercer día hábil, formule las observaciones pertinentes.

Vencido el plazo señalado precedentemente, sin que se hayan recibido observaciones, se ordenará el archivo de la causa. Habiéndose recibido oposición dentro del plazo indicado, y de considerarse necesario, se remitirán los antecedentes a la Unidad correspondiente de la Superintendencia de Salud para que fiscalice el cumplimiento informado.

El resultado de este análisis será puesto en conocimiento de las partes, quienes podrán hacer presentes los errores que de él aparezcan, dentro del quinto día.

El Tribunal resolverá de plano la objeción planteada, y en esta misma resolución, se ordenará el cumplimiento inmediato o el archivo de la causa, según corresponda.

8.3.2. Impedimento para cumplir

Cuando por razones que no le fueren imputables, la demandada se vea impedida de informar el cumplimiento de una sentencia, en la forma y plazo indicados en el numeral 8.3.1 precedente, deberá comunicar por escrito, en el mismo plazo, tal circunstancia, indicando los hechos en que se funda el impedimento y las gestiones realizadas para superarlo, las que deberá acreditar fehacientemente.

Una vez superado el impedimento alegado, la demandada deberá informar, dentro del plazo de cinco días, el cumplimiento efectivo, acompañando los antecedentes de respaldo que se detallan en el Anexo de este Título.

Para este efecto, se considerarán circunstancias no imputables a la responsabilidad de la demandada, entre otras, la falta de comparecencia del demandante a suscribir un determinado documento, la no entrega por parte del demandante de antecedentes indispensables para proceder al cumplimiento y cualquier otra situación de similar naturaleza.

8.3.3. Nuevas alegaciones

Con ocasión del análisis del cumplimiento de una sentencia, las partes no podrán efectuar pretensiones distintas a las que fueron objeto del litigio, las que deberán hacer valer a través de un nuevo reclamo, según las reglas generales.

8.4. Recursos en la etapa de cumplimiento

Las resoluciones que dicte el Tribunal durante la etapa de cumplimiento de las sentencias, sólo serán susceptibles del recurso de reposición previsto y regulado en el numeral 7.1 de este Título, sin perjuicio del derecho previsto en favor de las partes y del Tribunal en el numeral 9.7 de estas instrucciones.

9. Disposiciones generales

9.1 En cualquier estado del procedimiento, el Tribunal podrá:

a) Ordenar a las partes que, por escrito, se pronuncien derechamente sobre alguna de las alegaciones de la contraria, o bien, podrá citar a una audiencia a alguna de ellas, o a ambas, para que aporten mayores antecedentes o aclaren lo debatido.

b) Efectuar un nuevo llamado a conciliación.

c) Decretar o practicar, en cualquier estado del juicio, las diligencias para mejor resolver que estime necesarias para el conocimiento o esclarecimiento de los hechos, incluida la citación de testigos que no hayan declarado dentro del término probatorio.

9.2 Todo hecho que acontezca durante la tramitación del juicio que pueda incidir en la resolución del reclamo, se deberá poner en conocimiento del Tribunal de inmediato por la parte que haya recibido noticia de aquél.

Los incidentes que se produzcan durante la tramitación del juicio, podrán resolverse conforme a las reglas del procedimiento incidental previsto en el Título IX del Libro I del Código de Procedimiento Civil, o de plano por el Tribunal cuando la resolución pueda fundarse en hechos que consten en el proceso o sean de pública notoriedad, lo que se consignará en la resolución. Si el incidente no tiene relación directa con el asunto que es materia del juicio, podrá ser rechazado de plano.

9.3 El Tribunal podrá, de oficio o a petición de parte, fundado en razones de economía procesal, ordenar la acumulación de expedientes, cuando conforme a su criterio, deban constituir un solo juicio y terminar por una sola sentencia.

Excepcionalmente, podrá el Árbitro disponer, con el sólo mérito de la presentación de una de las partes, aun antes de haberse notificado a la contraria, la acumulación de ese reclamo a otro que ya haya dado origen a un juicio.

9.4 Cuando en un mismo juicio se ventilen dos o más cuestiones que puedan ser resueltas separada o parcialmente, sin que ello ofrezca dificultad para la marcha del proceso, y alguna o algunas de dichas cuestiones o parte de ellas, lleguen al estado de sentencia antes de que termine el procedimiento en las restantes, podrá el Tribunal fallar desde luego las primeras. En este caso se formará un cuaderno separado con compulsas de todas las piezas necesarias para dictar el fallo.

9.5 El Jefe de la Unidad de Arbitraje o su continuadora, actuará como Secretario del Tribunal. En su caso, asumirá las funciones de Secretario quien lo subrogue en el cargo, mientras dure esta circunstancia.

El Juez Árbitro, en su primera resolución o cuando lo estime conveniente, podrá designar a un funcionario o funcionaria de la Superintendencia de Salud como Actuario o Sustanciador, con el objeto de que colabore en la tramitación del proceso.

9.6 No procederá que la parte reclamada alegue el abandono del procedimiento.

9.7 El Tribunal, de oficio o a petición de parte podrá, durante la tramitación del proceso, corregir de oficio los errores que observe en la tramitación del mismo. Podrá asimismo tomar las medidas que tiendan a evitar la nulidad de los actos de procedimiento.

Notificada una sentencia interlocutoria a alguna de las partes, podrá el Tribunal de oficio o a petición de parte, salvar las omisiones y rectificar los errores que aparezcan de manifiesto en la misma sentencia.

10. Disposición final

En los casos de que conozca, el Tribunal podrá suplir lo no regulado en estas instrucciones con las normas contenidas en los Libros I y II del Código de Procedimiento Civil, a menos que ellas sean contrarias a los principios que informan este procedimiento o a la naturaleza del mismo. En tal caso, el Tribunal dispondrá la forma en que se practicará la actuación respectiva, aplicando lo dispuesto en el párrafo siguiente.

No obstante lo dispuesto en los numerales precedentes, el Tribunal podrá dirigir el proceso del modo que considere más apropiado, garantizando el cumplimiento de las normas del debido proceso y, en especial, de las reglas de procedimiento que, como mínimo, establece la parte final del inciso segundo del artículo 117 del DFL N° 1, de Salud, de 2005.

ANEXO

De conformidad a lo dispuesto en el punto 8.3.1 de este Título IV, para acreditar el cumplimiento efectivo de lo ordenado en cada fallo, las demandadas deberán acompañar la información y/o documentación que se indica a continuación, dependiendo de la materia sobre la que verse la sentencia que se cumple:

Si la instrucción impartida atañe a más de una de las materias que en seguida se registran, la demandada deberá acreditar el cumplimiento, remitiendo los antecedentes que se exigen en este Título respecto de cada una de las materias involucradas.

1.- Tratándose de materias referidas a Cobertura, Bonificaciones y aplicación de la Ley de Urgencia o de la Ley 20.850, la demandada deberá acompañar al Tribunal lo siguiente:

a) Copia de la carta remitida al demandante, informándole acerca del cumplimiento de la sentencia, y

b) Detalle del monto de la cobertura inicialmente otorgada por la Aseguradora y el monto de la cobertura resultante del cumplimiento del fallo, indicando para este último caso, el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago ordenado y la fecha a partir de la cual estará a disposición del demandante o la fecha y lugar en que dicho pago ya se efectuó, según sea el caso. Si la bonificación se hará efectiva a través de la emisión de órdenes de atención, el detalle deberá contemplar el registro correspondiente al N° del bono y la fecha de su emisión.

2.- Tratándose de materias referidas a Suscripciones, Modificaciones y Adecuaciones de contrato, habrá que distinguir:

- Cuando para el cumplimiento de lo ordenado baste sólo la emisión por parte de la Aseguradora de uno o más documentos, deberá acompañar copia del o los documentos respectivos, debidamente suscritos por la institución. (F.U.N., Certificado de afiliación vigente, etc.).
- Cuando para el cumplimiento de lo ordenado, se requiera la manifestación de voluntad del afiliado, la Aseguradora deberá acompañar copia del documento que dé cuenta de la voluntad expresamente manifestada por el demandante.

3.- Tratándose de materias de Cotizaciones de salud, Precio del plan, específicamente a instrucciones referidas a:

a) Revisión de las cotizaciones de salud enteradas;

b) Deudas de cotizaciones;

c) Cotizaciones mal enteradas;

d) Excedentes o excesos de cotización

e) En general, cualquier otra materia que incida en la determinación del precio del plan de salud.

Cuando la instrucción impartida por la Intendencia implique que la Aseguradora deba revisar las cotizaciones enteradas, ésta deberá cumplir la instrucción dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, adjuntando una copia de la comunicación de la liquidación de las cotizaciones efectuadas y el lugar y fecha de pago de los excesos, según corresponda.

La Aseguradora deberá informar el monto de los excesos de cotizaciones inicialmente calculado y el monto de los excesos que resulte de las instrucciones impartidas, identificando el N° del documento (cheque, vale vista, etc.) que da cuenta del pago ordenado y la fecha a partir de la cual estará a disposición del cotizante o la fecha de su entrega si ésta ya se materializó.

En relación a las deudas de cotizaciones, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el monto de la deuda inicialmente calculado por la Aseguradora y el monto de la deuda que resulta de las instrucciones impartidas.

En cuanto a los excedentes, la Aseguradora deberá informar, dentro del plazo específico que se señale en el acto administrativo respectivo, el saldo disponible de excedentes inicialmente calculado por la Aseguradora y el saldo disponible que resulta de las instrucciones impartidas y la fecha de emisión de la respectiva cartola.

4.- Tratándose de materias referidas a término de contrato.

Cuando una sentencia ordene a la Aseguradora dejar sin efecto el término de contrato dispuesto, ésta deberá acompañar un certificado de afiliación vigente y una copia de la carta dirigida al afiliado en la que le comunica el cumplimiento de la sentencia dictada.

Si como resultado de dicha medida se hace necesario reliquidar cotizaciones de salud y/o la cobertura de prestaciones efectuadas, se procederá como se ha indicado en las letras precedentes.

Título V. Mediación para controversias entre isapres o Fonasa y los cotizantes y/o beneficiarios

En conformidad a lo establecido en el artículo 120 del DFL Nº 1, las partes de un conflicto podrán convenir que éste sea sometido a mediación.

1. Definiciones

1.1 Mediación: es un procedimiento no adversarial, que tiene por objeto propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con la intervención de un Mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

1.2. Parte: es indistintamente un cotizante o beneficiario, o el Asegurador.

1.3. Asegurador: podrá ser una isapre o el Fonasa.

2. Registro de Mediadores

En esta mediación intervendrán, en calidad de mediadores, las personas que se hayan incorporado al Registro de Mediadores que la Superintendencia mantendrá para este efecto.

La nómina de los mediadores, así como un extracto de sus antecedentes académicos y laborales estarán disponibles en las dependencias de la Superintendencia y en su portal de Internet.

Los mediadores tendrán la obligación de informar oportunamente a la Superintendencia de todo cambio en sus antecedentes personales o laborales que fueren de interés para la debida actualización de la nómina de Mediadores.

2.1. Solicitud de incorporación al Registro de Mediadores del artículo 120 del DFL Nº 1

La incorporación al Registro de Mediadores operará conforme a las normas definidas en estas instrucciones.

Para ser inscrito en el Registro de Mediadores para los conflictos entre Aseguradores y sus cotizantes y/o beneficiarios, la persona interesada deberá elevar una solicitud a la Superintendencia, llenando el correspondiente formulario de postulación, que estará disponible en las dependencias de la Superintendencia, acompañando los antecedentes que allí se indican y que permiten la acreditación del cumplimiento de los requisitos que se señalan a continuación:

a) Tener un título profesional, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste.

b) Tener cinco años de experiencia de ejercicio profesional, a lo menos.

c) Poseer un título o diploma de especialización en materia de mediación, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por éste, o por una institución de educación superior extranjera debidamente acreditada en su país de origen. Dicho título o diploma deberá acreditar estudios de, a lo menos, 180 horas teóricas y 40 horas de práctica efectiva en mediación. Del total de horas teóricas, un mínimo de 80 horas deberán haberse encontrado específicamente referidas al proceso de mediación.

d) Contar con una oficina dotada de las condiciones que permitan un adecuado, expedito y reservado desarrollo del procedimiento de mediación, que disponga de, a lo menos, una sala de reuniones, una sala de espera y un baño para los usuarios.

e) No haber sido condenado u objeto de una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

2.2 Pronunciamiento respecto de la solicitud de incorporación al Registro

La Superintendencia se pronunciará respecto de la solicitud de ingreso al Registro de Mediadores mediante una resolución.

El registro como Mediador tendrá carácter indefinido mientras no sobrevenga alguna de las causales de eliminación de la inscripción.

2.3. Rechazo de la inscripción

La Superintendencia no dará lugar a la inscripción en el Registro de Mediadores cuando el solicitante no cumpla los requisitos establecidos precedentemente.

2.4. Causales de eliminación de la inscripción del Registro

La eliminación de la inscripción del Registro operará en los siguientes casos:

a) Muerte del Mediador;

b) Solicitud del Mediador;

c) Pérdida de alguno de los requisitos establecidos para ser Mediador;

d) Resolución de la Superintendencia en caso de comisión de las infracciones previstas en el Nº 10.2.1 de este Título.

Eliminado un Mediador del Registro, sólo podrá solicitar su reincorporación transcurridos cinco años, contados desde la aplicación de la medida. La Superintendencia se pronunciará sobre la solicitud mediante resolución fundada.

3. Reglas generales de la mediación

3.1. Función del Mediador. El Mediador deberá ayudar a las partes a lograr por sí mismas la solución de su controversia.

3.2. Sesiones y requerimiento de antecedentes. El Mediador tendrá amplia libertad para sesionar con las partes, ya sea en forma conjunta o por separado, pero manteniendo informada a la otra parte. Podrá, además, requerir de éstas o terceros los antecedentes que estime necesarios y, a menos que cualquiera de ellas se oponga, solicitar informes técnicos a expertos sobre la materia de la mediación.

3.3. Citaciones y notificaciones[399]. Las citaciones que se expidan y las notificaciones que se practiquen en el procedimiento de mediación se efectuarán personalmente o por correo electrónico dirigido a la dirección que las partes hayan designado en su solicitud de mediación, o por escrito con posterioridad. En caso de que no lo hayan hecho, se efectuarán mediante carta certificada dirigida al domicilio que las partes hayan designado en su solicitud de mediación, o por escrito con posterioridad.

Se entenderá practicada la citación o efectuada la notificación el mismo día de la notificación personal o por correo electrónico y, en el caso de la carta certificada, al tercer día hábil siguiente al de su recepción en la oficina de correos respectiva.

3.4. Costo de la Mediación. Las partes asumirán el costo de la mediación, conforme los valores pactados directamente con el Mediador, y de los demás gastos que deriven del proceso, en la forma que ellos determinen en conjunto con el Mediador.

3.5. Deber de reserva. El Mediador deberá guardar reserva de todo lo que conozca durante o con ocasión del proceso de mediación.

3.6. Principios de la Mediación. El Mediador deberá velar en todo momento porque se respeten los principios de igualdad, celeridad, voluntariedad, confidencialidad, imparcialidad y probidad, que a continuación se indican:

3.6.1.[400] Principio de Igualdad

El Mediador se cerciorará de que los participantes se encuentren en igualdad de condiciones para adoptar acuerdos. Si no fuese así, propondrá o adoptará, en su caso, las medidas necesarias para que se obtenga ese equilibrio.

3.6.2. Principio de Celeridad

[399] Contenido de este número, modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[400] Dígitos insertados por Circular IF/275, de 2016.

El procedimiento de mediación se impulsará de oficio en todos sus trámites. El Mediador deberá actuar por propia iniciativa, salvo respecto de las actuaciones que correspondan a las partes, haciendo expeditos los trámites del procedimiento y removiendo todo obstáculo que pudiere afectar su pronta y debida solución.

3.6.3. Principio de Confidencialidad

El Mediador deberá guardar reserva de toda la información de que tome conocimiento durante el proceso de mediación y estará amparado por el secreto profesional.

3.6.4. Principio de Imparcialidad

El Mediador debe actuar con objetividad, cuidando de no favorecer o privilegiar a una parte en perjuicio de la otra.

3.6.5. Principio de Voluntariedad

Cualquiera de las partes podrá, en todo momento, expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, el que se dará por terminado, dejándose constancia en un acta que deberá ser firmada por las partes y el Mediador.

3.6.6. Principio de Probidad

Consiste en observar una conducta intachable y desarrollar un desempeño honesto y leal de la función de Mediador, con preeminencia del interés de las partes y de la sociedad por sobre el particular.

4. Procedimiento de mediación

4.1. Solicitud de Mediación

Para dar lugar al procedimiento de mediación las partes deberán presentar a la Superintendencia de Salud una solicitud escrita de mediación en la que conste su acuerdo de someter su controversia a dicho procedimiento.

Sin perjuicio de ello, en el evento que un cotizante o beneficiario requiera la intervención del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en su calidad de árbitro arbitrador, para la resolución de una controversia con un asegurador que sea susceptible de ser sometida a mediación, se comunicará esta circunstancia a las partes con el objeto de lograr un acuerdo para que dicho proceso se lleve a efecto. En tal caso la controversia se someterá al procedimiento de mediación regulado en el presente Título. De lo contrario, se tramitará como juicio arbitral.

El acuerdo de mediación deberá contener, a lo menos, las siguientes menciones, según se indica en Anexo Nº 1 de este Título:

a) Identificación de las partes, incluyendo nombre completo, cédula de identidad, profesión u oficio, en su caso, dirección de correo electrónico, si la tuvieren, y domicilio[401];

b) Descripción de la situación de conflicto;

c) Firmas de las partes o huella digital del cotizante o beneficiario en caso de no poder firmar.

Las partes podrán acompañar a la solicitud todos los antecedentes que estimen convenientes.

4.2. Nombramiento del Mediador

Presentada la solicitud, la Superintendencia pondrá a disposición de las partes la nómina de mediadores, para efectos que se designe de común acuerdo a uno de ellos. Las partes deberán escoger, además, a un primer Mediador en carácter de suplente, para el evento que el titular se vea imposibilitado para ejercer su función, y a un segundo Mediador suplente, por si el primer suplente no puede ejercer el cargo.

Dicha designación se pondrá en conocimiento de esta Superintendencia, la que deberá notificar al Mediador que ha sido seleccionado para llevar a cabo un proceso de mediación, remitiéndole el original del acuerdo de las partes y los antecedentes acompañados.

4.3. Tramitación de la Mediación

[401] Letra reemplazada por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

4.3.1. Primera citación

La primera gestión del Mediador consistirá en disponer la citación de las partes a la primera audiencia, dentro de los cinco días hábiles siguientes contado desde la fecha que fue notificado de su designación para llevar a cabo el proceso de mediación, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

4.3.2. Comparecencia de las partes

La comparecencia a las audiencias será personal, sin perjuicio que las partes designen un apoderado con facultad expresa para transigir. Los aseguradores comparecerán a través de su representante legal o de apoderado debidamente facultado.

Con todo, las partes podrán ser asistidas o acompañadas por terceros.

4.3.3. Falta de comparecencia

Si la primera audiencia de mediación no se realizare por falta de comparecencia de cualquiera de las partes, se las citará nuevamente. Si a la segunda citación no comparecieren una o ambas partes, se entenderá que la mediación ha fracasado, salvo que, dentro de tercero día hábil, se acompañen antecedentes verosímiles que justifiquen la inasistencia, en cuyo caso se citará por tercera y última vez a las partes para una primera audiencia y si ésta no se realizare por ausencia de alguna de las partes, la mediación se entenderá fracasada.

El mismo procedimiento se aplicará respecto de las audiencias posteriores.

4.3.4. Primera audiencia

En la primera audiencia, el Mediador informará a las partes sobre la naturaleza y objetivos de la mediación, de su duración y etapas, carácter voluntario de los acuerdos que se tomen, su valor jurídico y carácter secreto y confidencial de las declaraciones de las partes y de las actuaciones de la mediación, aclarando toda duda que se suscite, quedando constancia en el acta respectiva.

Durante el procedimiento, el Mediador podrá citar a todas las audiencias que fueren necesarias para el cumplimiento de los fines de la mediación.

4.3.5. Dirección de correo electrónico y Domicilio[402]

En la primera audiencia que se celebre, el Mediador deberá registrar la dirección de correo electrónico y el domicilio informado por las partes, en los que se practicarán las notificaciones y que se entenderán subsistentes durante todo el curso del procedimiento de mediación, salvo cambio expreso y por escrito que hagan las partes.

4.3.6. Citación a terceros involucrados

Durante el proceso de mediación se podrá oír la declaración o tener a la vista los antecedentes que terceros pudieren aportar.

4.3.7. Deber de reserva de las partes y terceros

Las partes, sus apoderados, asesores o representantes legales, deberán guardar reserva de todo lo que hayan conocido durante o con ocasión del proceso de mediación. Este deber de confidencialidad alcanza a los terceros que tomen conocimiento del caso a través de informes o intervenciones que hayan contribuido al desarrollo o conclusión del procedimiento.

La misma información respecto del carácter reservado señalado, deberá proporcionarse a cualquier nuevo participante de una audiencia de mediación.

5. Inhabilidad del mediador y nuevo nombramiento

5.1. Inhabilidad de oficio

Si el Mediador considera que existen hechos o circunstancias graves que lo inhabilitan para intervenir en el asunto, tales como interés económico, animosidad, parentesco o amistad con alguna de las personas involucradas directa o indirectamente en los hechos que motivaron el procedimiento de mediación, deberá declararlo de oficio y

[402] Epígrafe y contenido, substituidos por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

comunicarlo a la Superintendencia, a fin que ésta notifique al primer mediador suplente designado en su oportunidad. Si este último no pudiere ejercer el cargo, la Superintendencia notificará al segundo mediador suplente designado.

Si el Mediador no considera grave la causal, expondrá la situación a las partes y, si ninguna de éstas se opone, proseguirá el procedimiento ante él.

5.2. Inhabilidad del mediador por las partes

Durante el transcurso del procedimiento de mediación, las partes podrán hacer presente a la Superintendencia, por escrito, la inhabilidad del Mediador y solicitar la notificación al mediador suplente.

6. Plazo de la mediación

El plazo total para el procedimiento de mediación será de sesenta días corridos a partir del tercer día del despacho de la comunicación que contiene la primera citación a las partes. Previo acuerdo de éstas, dicho plazo podrá ser prorrogado hasta enterar ciento veinte días, como máximo.

7. Término de la mediación

El procedimiento de mediación terminará por cualquiera de las siguientes causales:

a) Por decisión voluntaria de cualquiera de las partes de no perseverar en el procedimiento;

b) Por falta de comparecencia de las partes a las audiencias, previo haberse extendido las citaciones referidas en este Título;

c) Por expiración del plazo de la mediación;

d) Por haberse llegado a acuerdo entre las partes;

e) Por sobrevenir alguna causal que impida continuar con el proceso de mediación.

El Mediador deberá informar a la Superintendencia del término de la mediación dentro del tercer día hábil a contar de la fecha de la última audiencia, comunicando el resultado de la misma, conforme a lo especificado en el Anexo Nº 2 de este Título.

8. Constancia del término de la mediación

8.1. Término por decisión voluntaria, falta de comparecencia o por sobrevenir una causal que impida continuar el proceso

Cuando la mediación termine por las causales contenidas en las letras a), b) y e) del número anterior, el Mediador, actuando en calidad de Ministro de Fe, levantará un acta en la que conste el término y la expresión de la causa, la que será firmada por las partes, en los casos que corresponda. En caso de que alguna no quiera o no pueda firmar, el Mediador lo hará constar.

En el caso de la decisión voluntaria de una de las partes de no perseverar en el procedimiento, ésta deberá suscribir el acta respectiva.

8.2. Vencimiento del plazo.

Si dentro del plazo original o prorrogado no hubiere acuerdo, se entenderá fracasado el procedimiento y se levantará un acta, que deberá ser firmada por ambas partes. En caso que alguna no quiera o no pueda firmar, dejará constancia de ello el Mediador, quien actuará como Ministro de Fe.

8.3. Término por acuerdo de las partes

En caso que la mediación termine por acuerdo de las partes, se levantará un acta firmada por éstas y por el Mediador. Ella contendrá los términos del acuerdo y las obligaciones que asume cada parte. Asimismo, deberá contener su renuncia expresa a todas las acciones judiciales correspondientes. El acta surtirá los efectos de un contrato de transacción.

Las partes tendrán libertad para pactar soluciones al conflicto y la forma de cumplirlas.

9. Custodia de los documentos

El mediador tendrá la custodia de los documentos acompañados durante el proceso de mediación.

Éstos deberán ser debidamente registrados.

Concluida la mediación, se devolverán a la parte que lo requiera. En caso de que no se efectúe dicha solicitud y transcurriere un mes de terminada la mediación, se procederá a la devolución vía correo electrónico si los documentos hubieren sido presentados en formato digital o por correo certificado si lo hubieren sido en formato físico, a la dirección o domicilio respectivo señalado por cada parte. Si el envío fuere rechazado o devuelto, se custodiarán durante un plazo mínimo de cinco años contados desde el inicio de la mediación[403].

10. Control de los mediadores

10.1. Formas de control

Con el fin de garantizar el adecuado desempeño de los mediadores, su actividad será controlada a través de las siguientes modalidades:

1.- Informes;

2.- Reclamos;

3.- Fiscalizaciones.

10.1.1. Informes

10.1.1.1. Obligación de informar

Los mediadores inscritos estarán obligados a remitir a la Superintendencia un informe semestral de los procesos de mediación terminados, consignando la información requerida en el Anexo Nº 3 de este Título, o la indicación de no haber mediaciones terminadas.

En todo caso, estos informes deben resguardar la confidencialidad de la mediación.

Los informes semestrales proporcionados a esta Superintendencia, estarán referidos a las mediaciones finalizadas entre los meses de enero y junio, y julio y diciembre de cada año.

El plazo de entrega en la Superintendencia de estos informes será el día quince del mes siguiente al último mes que se informa, o al siguiente hábil.

10.1.1.2. Objeción del Informe

El informe a que se refiere el punto anterior podrá ser objetado por la Superintendencia, la que remitirá sus requerimientos al Mediador, a fin que éste efectúe las correcciones necesarias en el plazo de diez días hábiles.

Si el Mediador no realizare las correcciones pertinentes, en tiempo y forma, podrá darse inicio al procedimiento sancionatorio de que trata en el N° 10.2.2 y siguientes de este Título.

10.1.2. Reclamos

[403] Párrafo reemplazado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

Los reclamos en contra de los mediadores deducidos por los usuarios del sistema de mediación, deberán ser presentados ante la Superintendencia por escrito, con indicación de la identidad y de los datos que permitan una expedita localización del reclamante. Asimismo, deberán contener una descripción de los hechos concretos que motivan la presentación, precisando lugar y fecha de su acaecimiento e identificando al Mediador de que se trate.

Recibido el reclamo por la Superintendencia, ésta lo pondrá en conocimiento del Mediador correspondiente, requiriéndole la evacuación de un informe dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la notificación de la solicitud de informe. Una vez recibido éste, o vencido el plazo para su presentación, la Superintendencia se pronunciará sobre el reclamo, dictando la resolución pertinente. En todo caso, agotada esta instancia, la Superintendencia podrá dar inicio al procedimiento sancionatorio, si estimare que existe mérito para ello.

10.1.3. Fiscalización

Se entenderá por fiscalización el examen o revisión de las dependencias y actuaciones del Mediador, así como la recepción de antecedentes pertinentes. Ésta será llevada a cabo por personal de la Superintendencia, sin previo aviso, en conformidad a la ley y a las presentes instrucciones.

10.1.3.1. Oportunidad de la fiscalización

Las inspecciones podrán tener lugar especialmente en los siguientes casos:

a) Reclamos efectuados en contra de un Mediador;

b) Incumplimiento de la obligación de remitir los informes;

c) Presentación de informes incompletos, imprecisos, o cuyo contenido hiciere presumir la falsedad de los datos consignados en él; y

d) Cuando en el ejercicio de sus facultades de control así lo estimare la Superintendencia.

10.1.3.2. Criterios de la fiscalización

Las inspecciones deberán llevarse a cabo de acuerdo a los siguientes criterios metodológicos:

a) En un solo acto, sin perjuicio de lo previsto en la letra d) y e) siguientes;

b) Se revisarán las instalaciones en que se desarrollen las tareas de mediación así como los registros que lleve el Mediador;

c) Procurando no interferir en las labores de mediación que estén en desarrollo;

d) Podrá entrevistarse a los usuarios del servicio de mediación;

e) En general, podrán recabarse todos los antecedentes que permitan a los fiscalizadores formarse una impresión precisa acerca del cumplimiento de las obligaciones que la Ley Orgánica de la Superintendencia de Salud y las que estas instrucciones establecen.

10.1.3.3. Obligación de colaboración

Los mediadores deberán proporcionar la información pertinente que les fuere requerida en un procedimiento de fiscalización, salvo aquella que se encuentre amparada por el deber de reserva.

10.1.3.4. Informe de fiscalización

Al término de cada fiscalización la Superintendencia emitirá un informe. Éste será puesto en conocimiento del Mediador, dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha del mismo, cuando dé cuenta de irregularidades que deban ser subsanadas. En tal caso, el Mediador tendrá el plazo de diez días hábiles, contado desde que la Superintendencia lo puso en su conocimiento, para formular las observaciones que estime convenientes.

10.2. Las sanciones

El incumplimiento de las obligaciones contenidas en la Ley Orgánica de la Superintendencia y en este Título, sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal que pudiere corresponder, dará lugar a la aplicación de las siguientes sanciones:

a) Amonestación

b) Multa de hasta 1000 Unidades de Fomento

c) Suspensión de hasta 180 días

d) Cancelación del Registro

10.2.1. Infracciones

Para la aplicación de las sanciones señaladas precedentemente, se considerará la concurrencia de las siguientes infracciones:

a) El incumplimiento del deber de informar a las partes acerca de la naturaleza y los objetivos de la mediación, de su duración y etapas y del carácter voluntario de los acuerdos que de ella deriven, y del valor jurídico de éstos, así como de informar a las partes acerca de las audiencias que celebre por separado con cada una de ellas;

b) El abandono de un proceso de mediación o la inasistencia a una sesión de mediación, sin causa justificada;

c) El incumplimiento del deber de guardar reserva respecto de todo lo que ha conocido durante o con ocasión del proceso de mediación;

d) El permitir o inducir a las partes a la suscripción de acuerdos manifiestamente ilegales;

e) La consignación de datos falsos en los informes que debe remitir a la Superintendencia;

f) El abandono de sus deberes como mediador registrado, sin causa justificada;

g) El incumplimiento del deber de declararse inhábil de oficio, cuando ello hubiere correspondido.

h) La infracción de cualquier otra obligación establecida en la ley y en estas instrucciones.

i) En general, todo abuso cometido en el ejercicio de su cargo.

La Superintendencia llevará un registro de las sanciones que se apliquen a los mediadores.

10.2.2. Procedimiento sancionatorio

El procedimiento sancionatorio podrá hacerse efectivo en el plazo de tres años contado desde la comisión de la infracción y se iniciará por orden de la Superintendencia, siempre que ella tome conocimiento, por cualquier medio, de hechos que pudieren ser constitutivos de alguna infracción prevista en la ley o en este Título.

La instrucción del procedimiento sancionatorio se llevará a cabo por un funcionario de la Superintendencia, especialmente designado para tal efecto.

10.2.3. Plazo del procedimiento sancionatorio

El funcionario a cargo de la instrucción del procedimiento sancionatorio tiene un plazo máximo de veinte días hábiles para investigar los hechos y, si fuere el caso, formular cargos. El plazo referido se contará desde que el funcionario se hubiere notificado de su designación. En todo caso, el plazo podrá prorrogarse hasta por cuarenta días hábiles mediante resolución fundada de la Superintendencia.

Durante este periodo el funcionario recabará todos los antecedentes necesarios para la acreditación de los hechos.

En todo caso, no podrán formularse cargos sin haberse requerido declaración al Mediador. Por otra parte, el Mediador podrá ofrecer los medios de prueba o presentar los antecedentes que estime pertinentes con miras a desestimar la existencia de la infracción.

10.2.4. Sobreseimiento

Si de la investigación se reunieren antecedentes que permitan desestimar la existencia de una infracción, la Superintendencia así lo señalará en una resolución que deberá ser notificada al Mediador personalmente, ordenando el archivo de los antecedentes.

10.2.5. Formulación de cargos

En el evento de existir antecedentes suficientes que permitan estimar que se ha cometido una infracción, el funcionario instructor procederá a la formulación de cargos.

La formulación de cargos deberá contener, a lo menos, la siguiente información:

a) Descripción de los hechos que se estiman constitutivos de infracción;

b) Indicación de la norma eventualmente infringida y de la sanción asociada a la infracción;

c) indicación del plazo para formular descargos;

d) La individualización del funcionario encargado de la instrucción del procedimiento.

El plazo para formular los descargos será de cinco días hábiles, contados desde la notificación de la formulación de los cargos, la que se hará personalmente al Mediador imputado.

10.2.6. Resolución del Proceso

Formulados los descargos o vencido el plazo para ello, la Superintendencia pondrá término al procedimiento, procediendo a resolver lo que corresponda de acuerdo al mérito de la investigación.

10.2.7. Impugnación

La resolución que aplique sanciones podrá ser reclamada de acuerdo a las reglas generales contenidas en la Ley Nº 19.880.

Transcurrido el plazo de tres meses contado desde la formulación de cargos, sin que se haya dictado resolución final en el respectivo procedimiento sancionatorio, deberá ordenarse el archivo de los antecedentes, notificando tal circunstancia al Mediador.

Anexos

GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

ANEXO Nº 1

SOLICITUD DE MEDIACIÓN
ENTRE ASEGURADORAS Y COTIZANTES Y/O BENEFICIARIOS

N° INGRESO:

FECHA:

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE Y/O BENEFICIARIO

Nombre completo:
R.U.T.: - **E-mail:**
Profesión u oficio: **Teléfono(s):**
Domicilio:
Asegurador: ☐ **Fonasa** ☐ **Isapre**
(Escriba el nombre de su Isapre)

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE: (En caso de ser diferente al cotizante y/o beneficiario)

Nombre completo:
R.U.T.: - **E-mail:**
Profesión u oficio:
Domicilio: **Teléfono(s):**

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE ISAPRE O FONASA:

Nombre:
R.U.T.: -
Dirección :
Teléfono(s): **E-mail:**

MEDIADORES SELECCIONADOS (EN ORDEN DE SU PREFERENCIA).
La nómina de Mediadores está disponible en el sitio web de la Superintendencia.

		Apellidos	Nombres
1.-	Titular:		
2.-	Primer Suplente:		
3.-	Segundo Suplente:		

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: (Escribir con letra clara y legible)

(Si le falta espacio para describir el problema, utilice el reverso)

FIRMA COTIZANTE Y/O BENEFICIARIO **FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE O FONASA**
(Esta presentación debe estar firmada por ambas partes)

www.supersalud.gob.cl

404

[404] La Circular IF/275 de 2016 suprimió las referencias a las agencias regionales y actualizó la dirección del sitio web.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (Si le faltó espacio en la Primera Página, utilice este espacio)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANEXO N° 2

INFORME DE CIERRE DE MEDIACIÓN
ENTRE ASEGURADORAS Y COTIZANTES Y/O BENEFICIARIOS

N° de Informe _____

Nombre del Mediador: _____ **N° de Registro:** _____

N° de Ingreso y Fecha: _____

Nombre del Cotizante y/o Beneficiario: _____

Nombre del Asegurador: _____

Materia Reclamada: _____

Fecha de Despacho de la 1° Citación a las partes: _____

Fecha de Término de la Mediación: _____

Término: _____ **Acuerdo Total**

_____ **Acuerdo Parcial**

_____ **Sin Acuerdo** **Causal Nº:** _____

Nº 1.- Por decisión voluntaria de cualquiera de las partes de no perseverar en el procedimiento
Nº 2.- Por falta de comparecencia de las partes a las audiencias
Nº 3.- Por expiración del plazo de la mediación
Nº 4.- Por sobrevenir alguna causal que impida continuar con el proceso de mediación

Detalle		
N° de la Sesión	**Fecha de la sesión (dd/mm/aa)**	**Duración de la Sesión (en minutos)**
1ª		
2ª		
3ª		
4ª		
5ª		
6ª		
7ª		
8ª		
9ª		
10ª		

ANEXO N° 3

**INFORME SEMESTRAL DE MEDIACIONES TERMINADAS
ENTRE ASEGURADORAS Y COTIZANTES Y/O BENEFICIARIOS**

Fecha del Informe: _____

Nombre del Mediador: _____ **N° de Registro:**

Dirección de Mediación: _____

Teléfono: _____

Período que informa: ☐ **1° Semestre (Enero - Junio)** ☐ **2° Semestre (Julio - Diciembre)**

Número de Mediaciones Terminadas durante el Período: ____

Detalle					
N° de Ingreso	**Cotizante y/o Beneficiario**	**Asegurador**	**Materia**	**N° de Sesiones**	**Fecha de Término de la Mediación**

Título VI. Expediente Electrónico Reservado y notificación electrónica de resoluciones de juicios arbitrales y reclamos administrativos[405]

1. Definiciones

a. Expediente Electrónico Reservado: documento electrónico compuesto por una serie ordenada de actos, registros y documentos representados en formato electrónico, dispuestos en estricto orden de ocurrencia, de ingreso o egreso en aquél, que se origina en el procedimiento de reclamos deducidos ante la Superintendencia de Salud por cotizantes y beneficiarios en contra de las isapres o el Fonasa, dispuesto en el Título II o, en el procedimiento de arbitraje, dispuesto en el Título IV, ambos de este Capítulo V, sobre Solución de Conflictos.

b. Extranet: Red privada virtual dispuesta por la Superintendencia de Salud para facilitar la transmisión de datos y compartir, de forma segura, su operación propia con los usuarios del Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos.

El referido segmento Extranet, cuenta con mecanismos de Confidencialidad (encriptación) para que los datos sean leídos sólo por su destinatario final; Autenticación (firma electrónica simple), a fin de otorgar certeza de que la comunicación se está llevando a cabo con quien corresponde; Integridad, en la medida que asegura que la información se recibió sin alteración alguna y, finalmente, Control de Acceso, que permite restringir el acceso sólo a aquellas personas que cuenten con la autorización necesaria para operar y respecto a las áreas que les compete o para las que se encuentren autorizados.

c. Notificación electrónica: toda comunicación formal, efectuada por medios electrónicos, en virtud de la cual el Tribunal Arbitral o la Autoridad Administrativa, según corresponda, pone en conocimiento de las partes el hecho de haberse dictado una determinada resolución judicial o acto administrativo, en el curso de un procedimiento de reclamo sustanciado por ésta.

d. Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos: conjunto de procedimientos, medios informáticos y/o electrónicos definidos y destinados por la Superintendencia de Salud para administrar los reclamos arbitrales y/o administrativos sometidos a su resolución.

2. El Expediente Electrónico Reservado

2.1. Formación del expediente

a. El Expediente Electrónico Reservado se conformará con todos los actos, registros y documentos en formato electrónico relacionados con un procedimiento judicial o administrativo, los cuales se agregarán consecutivamente, provengan del órgano público ante quien se realiza, de otros servicios, de las partes o de terceros.

Para tales efectos, los documentos presentados por los interesados, por terceros y por otros órganos públicos o privados, así como las actuaciones, los documentos y resoluciones del Tribunal Arbitral o de la Autoridad Administrativa, se incorporarán a un Expediente Electrónico Reservado, debidamente foliado, foliación correlativa que podrá ser exclusivamente en cifras[406].

b. En el procedimiento judicial se ordenará la formación del expediente en la primera resolución que dicte el Tribunal; mientras que en el procedimiento de reclamos administrativos dicha instrucción constará en el acto administrativo que solicita antecedentes a las entidades aseguradoras, agregándose en forma digital a dicho expediente los documentos que se hubieren presentado con anterioridad a la dictación de la referida resolución o acto administrativo[407].

c. Sólo el titular de los datos sensibles y las partes involucradas podrán tener acceso y obtener testimonio -íntegro o parcial- o certificado extractado del Expediente Electrónico Reservado y será la Superintendencia de Salud, en

[405] Complementada por Circular IF N° 179, de 5.12.2012. Mediante Oficio Ccircular IFN° 21 de 07.10.2013 se imparten instrucciones particulares a las isapres que aún no se han incorporado al Sistema de Gestión de Reclamos y juicios arbitrales para que lo hagan a más tardar al 30 de abril de 2014, Circular IF N°210, 5.2.2014, modifica la definición de Expediente electrónico.

[406] Este párrafo segundo fue modificado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014

[407] Este párrafo fue modificado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014

su calidad de Tribunal o Autoridad Administrativa, quien tomará los resguardos necesarios para evitar que éste sea conocidos por terceros.

d. El Expediente Electrónico Reservado incluirá registros de la fecha de la recepción o envío del documento o actuación que lo integra, identificando al emisor y al destinatario del documento.

e. *Eliminado por Circular IF/N°210 de 05.02.2014*

f. Los documentos deberán agregarse en formato PDF al Expediente Electrónico Reservado, ello sin perjuicio que esta Superintendencia, a través de instrucciones específicas, determine o autorice el uso de otro formato de almacenamiento de documentos electrónicos.

Si ello no es posible, dichos instrumentos deberán ingresarse directamente en las oficinas de la Superintendencia de Salud, procediéndose a guardarlos en un archivo físico separado, con las respectivas referencias al Expediente Electrónico Reservado.

Si los documentos integrantes de este archivo físico contienen datos sensibles, la consulta de su contenido deberá hacerse directamente en las oficinas de la Superintendencia de Salud, en cuyo caso les será aplicable, en lo que corresponda, las reglas especiales que se señalan en el punto 2.5, del presente título sobre el acceso al Expediente Electrónico Reservado[408].

g. El Expediente Electrónico Reservado será válido y producirá los mismos efectos que el expediente en soporte de papel.[409]

2.2. Acceso y presentación de los documentos a la Superintendencia de Salud

Durante la tramitación de un reclamo, las partes tendrán acceso permanente al Expediente Electrónico Reservado, a través de los medios informáticos que se describen en estas instrucciones. Sin perjuicio de lo anterior y para el caso de los reclamantes que no puedan acceder a la página web de la Superintendencia de Salud, podrán concurrir a las oficinas de este Organismo para consultar el referido expediente[410].

2.2.1. Acceso por parte de las entidades aseguradoras

a. Las comunicaciones que, con ocasión de un reclamo, deban realizarse entre las entidades aseguradoras y la autoridad judicial o administrativa, según corresponda, se realizarán a través de la "Extranet" dispuesta por la Superintendencia de Salud en su portal institucional (www.supersalud.cl).

b. Para todos los efectos se entenderá que el usuario habilitado es el Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima de la entidad aseguradora, que tenga facultades suficientes para representarla[411].

c. La entidad aseguradora deberá designar a la o las personas autorizadas para acceder a la "Extranet", como asimismo, para recibir el correo electrónico de notificación de las resoluciones judiciales o actos administrativos que se dicten en los respectivos procesos de reclamos, la o las cuales deberán ser habilitadas en el Sistema de Administración de Usuario instalado en el portal web institucional, a través del administrador de cuentas de usuarios que ha sido designado según las instrucciones para la transmisión de información y remisión de los archivos maestros de información que los seguros envían a la Superintendencia de Salud.

El administrador de cuenta otorgará a dichos usuarios un "nombre de usuario" (login) y una "clave de acceso" (password) adicional para ingresar al Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos, los cuales serán de su uso exclusivo y, por tanto, su administración interna se efectuará bajo su total y exclusiva responsabilidad.

El administrador tiene la obligación de asignar claves únicas a cada usuario, las que deberán ser sujetas a cambio al menos una vez al año.[412]

La entidad aseguradora deberá garantizar que sólo puedan acceder al sistema las personas que hayan suscrito un compromiso de mantener en secreto cualquier dato personal o sensible al que tengan acceso, así como

[408] Última parte de este párrafo modificado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014
[409] La Circular IF/275, de 2016, reemplazó las letras e por f y f por g, atendida la constancia de anterior eliminación de la original e.
[410] Párrafo modificado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014
[411] La letra b) fue modificada por la Circular IF/N°210 de 05.02.2014
[412] Incorporado por Circular IF/N°443 de 02.10.2023

cualquier otro dato o antecedente relacionado con la base de datos, el que deberá formalizarse con un Acuerdo de Confidencialidad entre las personas autorizadas y la entidad aseguradora, firmado por las partes. Este acuerdo deberá indicar explícitamente que dicha obligación persiste incluso después de finalizadas sus funciones que habilitaron el acceso a la base de datos. Además, el compromiso deberá incluir todas las obligaciones de la Ley 19.628 para el tratamiento de datos, junto con el deber de abstenerse de compartir las credenciales y/o claves con terceros.[413]

La entidad aseguradora es responsable de mantener un registro actualizado de las personas autorizadas para acceder al sistema, conservando los datos históricos y su vigencia en el tiempo. Este registro debe ser claro en segregar los usuarios activos de los inactivos, explicando el motivo de la inactividad.[414]

El Acuerdo de Confidencialidad y el registro de las personas autorizadas deberá estar permanentemente a disposición de esta Superintendencia de Salud cuando sea requerido.[415]

d. Será responsabilidad de las entidades aseguradoras ingresar correctamente los datos y mantener actualizada la dirección de correo electrónico de la o las personas que estarán facultadas para acceder a la “Extranet” y/o quien recibirá las notificaciones a que se refieren estas instrucciones.

Asimismo, las entidades aseguradoras tienen la responsabilidad de asegurar que únicamente las personas autorizadas tengan acceso a los datos relacionados con el arbitraje o reclamo; que el tratamiento de los datos personales y sensibles se realice exclusivamente con fines relativos al arbitraje o reclamo; y, que, una vez concluidos estos últimos procedimientos, se eliminen o queden restringidos a su disposición los datos personales y sensibles que se hayan almacenado durante su tramitación por parte de las personas autorizadas.[416]

Las entidades deberán capacitar a las personas de manera previa a la autorización. Esta capacitación deberá comprender el manejo correcto y seguro de los datos personales y sensibles. Las instituciones están obligadas a demostrar la realización de estas capacitaciones, así como el contenido de estas, a requerimiento de la Superintendencia de Salud.[417]

e. A objeto de proveer un mecanismo de acceso eficiente a cada Expediente Electrónico Reservado, las entidades aseguradoras podrán visualizar los reclamos debidamente ordenados por vía de tramitación[418].

A su vez, en cada una de estas vistas se desplegará información relativa al reclamo y la posibilidad de adjuntar, en cada caso, los documentos electrónicos que sean requeridos por el Tribunal o la autoridad administrativa.

Sin perjuicio de lo anterior, en cualquier momento de la tramitación electrónica de un reclamo, la entidad aseguradora tendrá la posibilidad de presentar nuevos antecedentes a través del Sistema, de acuerdo a las normas procesales que correspondan.

f. Las entidades tienen la obligación de implementar y mantener una política interna dirigida al uso correcto y seguro de los datos personales y sensibles en la tramitación de arbitrajes y reclamos, conforme la Ley 19.628, la cual deberá ser rigurosamente acatada por todas las personas autorizadas que manejen dicha información.[419]

2.2.2 Presentación de documentos por la entidad aseguradora

a[420]. La aseguradora deberá presentar los documentos digitalizados en el procedimiento que corresponda, a través de la Extranet de la Superintendencia de Salud, los que pasarán a formar parte del Expediente Electrónico Reservado, el que podrá incluir datos personales y datos sensibles, tales como, certificados e informes médicos, resultados de exámenes, biopsias y licencias médicas y, además, documentación referida a la liquidación y/o cobro de prestaciones de salud.

En aquellos casos que no puedan agregarse documentos en formato PDF (videos, fotografías, etc.) éstos deberán remitirse a la Superintendencia para su archivo físico.

---

[413] Incorporado por Circular IF/N°443, de 02.10.2023
[414] Incorporado por Circular IF/N°443, de 02.10.2023
[415] Incorporado por Circular IF/N°443, de 02.10.2023
[416] Incorporado por Circular IF/N°443, de 02.10.2023
[417] Incorporado por Circular IF/N°443, de 02.10.2023
[418] Letra e) modificada por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014
[419] Incorporado por Circular IF/N°443, de 02.10.2023
[420] Se modifica la letra a) por Circular IF/N°210, de 05.02.2014

b. Para diferenciar los archivos que remita la entidad aseguradora a la Superintendencia, éstos deberán clasificarse conforme a la siguiente tipología:

"Nº de Ingreso-Año-Código de requerimiento"

Los códigos[421] de requerimiento se adjuntan en el Anexo único del presente Título.

c. Para todos los efectos, la fecha de presentación de los documentos por parte de las entidades aseguradoras a través de la "Extranet", será aquella que se registre al momento de su ingreso en el Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos, administrado por la Superintendencia de Salud.

Asimismo, las presentaciones de documentos y la entrega de antecedentes sujetos a un plazo, deben efectuarse hasta la medianoche del día de su vencimiento.

Las presentaciones que ingresen en días inhábiles se entenderán ingresadas el día hábil siguiente.

Para estos efectos se considerarán días inhábiles los sábado, domingo y festivos.

2.2.3 Acceso por parte del beneficiario

El beneficiario podrá acceder al Expediente Electrónico Reservado, previo registro en el sistema "Súper en línea", del portal web institucional (www.supersalud.gob.cl), obteniendo una clave que lo acredite como un usuario registrado. Esta clave le permitirá además, ingresar a la sección "Seguimiento del estado del reclamo", digitando el número de su cédula de identidad y el número de ingreso del reclamo[422].

2.2.4 Presentaciones de documentos por el beneficiario

El beneficiario podrá hacer todas sus presentaciones ante esta Superintendencia en formato papel o a través del Servicio de reclamo en línea, este último, disponible en el portal web de la Superintendencia de Salud. Las presentaciones que se reciban en formato papel serán digitalizadas e incorporadas al Expediente Electrónico Reservado, bajo la responsabilidad de este Organismo Fiscalizador[423].

.

La fecha de ingreso de los documentos que presente el beneficiario será aquella que conste en el estampado de la Oficina de Partes de la Superintendencia de Salud y que queda de manifiesto en el documento posteriormente digitalizado, o la fecha que asigne el servicio de reclamo en línea al utilizar el beneficiario este canal de ingreso.

Las presentaciones de documentos o antecedentes sujetos a un plazo, podrán efectuarse hasta la medianoche del día de su vencimiento. Para estos efectos y atendido que, por mandato legal, la Superintendencia desarrolla sus funciones dentro de un determinado horario, se habilitarán mecanismos que permitan a los beneficiarios hacer entrega de tales documentos una vez concluido el referido horario.

2.2.5. Presentaciones de escritos judiciales y recursos en reclamos administrativos y sus documentos mediante el Reloj buzón[424]

Las presentaciones de documentos o antecedentes sujetos a un plazo podrán efectuarse fuera del horario de funcionamiento de la Superintendencia, hasta la medianoche del día del vencimiento del plazo, mediante el mecanismo que se describe a continuación.

---

[421] Códigos modificados por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014
[422] Párrafo modificado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014
[423] Modificado por Circular IF/N°210, de 05.02.2014
[424] Circular IF N° 135, 22.10.2010, Imparte instrucciones e implementa mecanismo para la recepción de escritos en juicios arbitrales y reclamos administrativos, y sus respectivos documentos, fuera del horario de funcionamiento de la Superintendencia, complementando instrucciones contenidas en el Compendio de Procedimientos.

2.2.5.1. El Reloj buzón

Con el fin de dar cabal cumplimiento a la obligación que pesa sobre los Tribunales de la República, en el sentido de permitir a las partes en juicio la presentación de escritos sujetos a plazo hasta la medianoche del día de su vencimiento, esta Intendencia ha dispuesto la implementación de un mecanismo que permite a los litigantes en causas arbitrales presentar ante el Tribunal Arbitral escritos y documentación fuera del horario de funcionamiento regular de la Superintendencia.

Para efectos de la presentación de los recursos que sean procedentes en la tramitación de los Reclamos Administrativos, los interesados podrán emplear el mecanismo referido.

Se dispondrá de un "Reloj buzón", que estará ubicado en un lugar de fácil acceso al público, habilitado únicamente para el ingreso de escritos judiciales y recursos en Reclamos Administrativos, más la documentación de respaldo, sólo cuando se trate del último día del plazo para hacerlo, a partir del horario de cierre de la Oficina de Partes y hasta la medianoche.

2.2.5.2. Presentación de escritos y documentación

Los escritos y documentos que a éstos se acompañen deberán timbrarse en la primera hoja, con el timbre electrónico fechador de que dispondrá el señalado Reloj, y luego deberán ser depositados en el Buzón correspondiente. De estimarlo necesario, la persona que presente el escrito de que se trata, podrá timbrar una copia del mismo.

Sólo se tendrán por debida y oportunamente presentados, los escritos que se timbren en el Reloj buzón y cuyo plazo de vencimiento corresponda al día de su presentación.

2.2.5.3. Tramitación de los escritos ingresados al Reloj buzón

Los escritos y documentos presentados en la forma indicada precedentemente serán retirados a primera hora del día hábil siguiente al de su ingreso por un funcionario de la Oficina de Partes de la Superintendencia, para su trámite de rigor.

2.3. Incorporación de los documentos al Expediente Electrónico Reservado

Las presentaciones efectuadas por las partes ingresarán a un repositorio electrónico, en estricto orden de ingreso, hasta su incorporación efectiva al Expediente Electrónico Reservado propiamente tal.

Una vez incorporado el documento al expediente electrónico reservado, le será asignado un número de folio correlativo.

2.4. Firma de los actos y resoluciones

En el Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos sólo contarán con Firma Electrónica Avanzada los actos administrativos y resoluciones judiciales que pongan término al proceso de reclamo respectivo y que den respuesta a los recursos interpuestos por las aseguradoras.

2.5 Procedimiento para acceder al contenido del Expediente Electrónico Reservado

a. Las partes de un reclamo administrativo o arbitral y el titular de los datos sensibles involucrado, tienen derecho a acceder a todos los antecedentes que forman parte del Expediente Electrónico Reservado de que se trate[425].

Las aseguradoras deberán adoptar todos los resguardos necesarios para que la información contenida en el Expediente Electrónico Reservado, sea consultada y manejada exclusivamente por los representantes habilitados por la propia institución, atendido que este expediente contiene en un solo archivo, datos que pueden ser de carácter sensible y por lo tanto reservados sólo para el titular de éstos y las partes.

b. En los casos que el reclamante no pueda acceder al Expediente Electrónico Reservado a través del portal web de la Superintendencia de Salud, podrá consultar su contenido en las oficinas de este Organismo. Para ello, se verificará que el solicitante se encuentre autorizado para conocer dichos antecedentes, otorgándole las facilidades de acceso a un terminal computacional[426].

[425] Párrafos de la letra a), modificados por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014
[426] Párrafos de la letra b), modificados por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014

c. No se permitirá la reproducción de los antecedentes contenidos en el Expediente Electrónico Reservado, sea en formato electrónico, impreso o cualquier otro medio, salvo autorización previa y expresa, dada por el Tribunal, la Jefatura de la Unidad correspondiente o el Agente Zonal, según sea el caso.

Las solicitudes de copias deberán formalizarse por escrito.

d. *Eliminado por la Circular IF/N°210, de 05.02.2014*

El Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos mantendrá un archivo histórico de los procedimientos arbitrales y administrativos que hubieren sido sustanciados por la Superintendencia de Salud, de acuerdo a los plazos legales[427].

El examen de los expedientes electrónicos archivados y la obtención de copias o testimonios, en forma total o parcial, de los mismos, deberá ceñirse a los protocolos de administración del citado archivo que, al efecto, establezca la Superintendencia de Salud.

3. La notificación electrónica

3.1. Aspectos generales

a. Los actos administrativos y las resoluciones judiciales que se dicten en los procedimientos de reclamos sustanciados en el Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos, serán notificadas por medios electrónicos, preferentemente por correo electrónico a la casilla especialmente habilitada por la entidad aseguradora y a la informada para tal efecto por el reclamante.

b. Excepcionalmente, la Autoridad encargada de substanciar el procedimiento, por motivos calificados, podrá ordenar que los actos administrativos y las resoluciones judiciales, según sea el caso, sean notificados por otro de los medios previstos en los Títulos II o IV de este Capítulo, respectivamente, de acuerdo a las reglas generales establecidas en los mismos.

c. Las notificaciones practicadas a través de medios electrónicos tendrán la misma validez y producirán los mismos efectos que las que se efectúen por otro de los medios previstos en los Títulos II y IV de este Capítulo.[428]

3.2. Reglas particulares de la notificación electrónica

a. La Superintendencia dispondrá una casilla de correo electrónico exclusiva para los efectos de remitir las notificaciones electrónicas a las partes, que contendrá el registro de los despachos exitosos y fallidos. Dicha casilla habilitada en los servidores de la Superintendencia, permitirá monitorear el correcto despacho de los correos electrónicos.

b. Adicionalmente, se habilitará un listado especial relativo a la transmisión de las notificaciones electrónicas efectuadas por la Superintendencia de Salud y que certifica el envío de la misma, en el cual se hará referencia, a lo menos, al destinatario y la fecha de transmisión.

Lo establecido en el inciso precedente y en la letra a., no obsta a que la Autoridad encargada de substanciar el procedimiento pueda disponer que las notificaciones se efectúen a través de otros medios tecnológicos, distintos del correo electrónico.[429]

c. Se entenderá que la notificación ha sido practicada el mismo día en que se hubiere enviado el mensaje por el medio electrónico.

Para efectos del cómputo de los plazos de que disponen las partes, se considerarán inhábiles los días sábados, domingos y festivos.[430]

d. La notificación electrónica deberá identificar los datos del reclamo y la resolución judicial o acto administrativo que se notifica. Además se adjuntará una copia de la resolución judicial o acto administrativo que se notifica, en

[427] Circular IF/N°210, de 05.02.2014
[428] Letras a, b y c reemplazadas por Circular IF N° 356, de 25.06.2020
[429] Inciso agregado por Circular IF N° 356, de 25.06.2020
[430] Letra reemplazada por Circular IF N° 356, de 25.06.2020

formato PDF y las instrucciones para acceder al expediente electrónico reservado, alojado en el portal web de esta Superintendencia.

3.3. Obligaciones de las partes

a. Será de exclusiva responsabilidad del destinatario mantener su casilla electrónica habilitada, con capacidad suficiente y operativa para recibir las notificaciones electrónicas que se le envíen.

Si se ha intentado la notificación, sin éxito, por tres veces, sean consecutivas o no, se procederá a notificar por otro de los medios previstos en el Título II o en el Título IV de este Capítulo, según se trate de procedimiento administrativo o arbitral, respectivamente.[431]

b. La administración por parte de las entidades aseguradoras o prestadores institucionales, de la casilla electrónica habilitada o informada para las notificaciones, será de su exclusiva responsabilidad, así como la delegación interna a la persona o personas que podrán tener acceso a ella, no pudiendo fundarse la falta de notificación o su insuficiencia en esta causal.[432]

c. Con todo, el destinatario se entenderá debidamente notificado de la resolución judicial o del acto administrativo remitido electrónicamente, si efectúa cualquier gestión que suponga su conocimiento sin haber reclamado previamente la falta de notificación o la ineficacia de la misma.

4. Caso fortuito o fuerza mayor

En caso que los procedimientos electrónicos regulados en estas instrucciones no puedan efectuarse por caso fortuito o fuerza mayor fehacientemente acreditados, las partes y el Tribunal Arbitral u Órgano Administrativo, según corresponda, podrán realizar todas las actuaciones que conforman tales procedimientos, a través de los medios tradicionales dispuestos en el Título IV, sobre Procedimiento de Arbitraje y el Título II, sobre reclamos deducidos ante la Superintendencia de Salud por cotizantes y beneficiarios en contra de las isapres o el Fonasa, ambos de este Capítulo.

[431] Párrafo reemplazado por Circular IF N° 356, de 25.06.2020
[432] Letra reemplazada por Circular IF N° 356, de 25.06.2020

Anexo N° 1 ***Eliminado por Circular IF/N°210, de 05.02.2014***

ANEXO

DEFINICIÓN DE LOS CÓDIGOS QUE DEBERÁN UTILIZAR LAS ENTIDADES ASEGURADORAS PARA RESPONDER REQUERIMIENTOS DE ANTECEDENTES EFECTUADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

1. Reclamo Administrativo:

CONTEXP	Adjunta archivo que da respuesta a la solicitud de expediente.
RESPORD	Adjunta archivo que da respuesta a la instrucción contenida en un Oficio Ordinario, informando el cumplimiento.
INTREC	Adjunta archivo interponiendo recurso de reposición.
RESANTAD	Adjunta archivo que contesta una solicitud de antecedentes adicionales efectuada por la Superintendencia.
CONTREPO	Adjunta archivo que da respuesta al traslado de un recurso de reposición.
RESPREPO	Adjunta archivo que da respuesta al recurso de reposición, informando el cumplimiento.
INTRECREV	Adjunta archivo interponiendo recurso de revisión.
CONTREV	Adjunta archivo que da respuesta al traslado de un recurso de revisión.
RESPREV	Adjunta archivo que da respuesta al recurso de revisión, informando el cumplimiento.
ADJANTAD	Adjunta cualquier archivo que no se encuentre entre los anteriores.

2. Juicio Arbitral:

CONTDEM	Adjunta archivo que contesta la demanda.
INTEXCEP	Adjunta archivo interponiendo excepción dilatoria.
RESPSENT	Adjunta archivo que da respuesta a la Sentencia, informando el cumplimiento.
INTREC	Adjunta archivo interponiendo recurso de reposición.

RESANTAD	Adjunta archivo que contesta una solicitud de antecedentes adicionales efectuada por la Superintendencia.
CONTREPO	Adjunta archivo que da respuesta al traslado de un recurso de reposición.
CONTAPEL	Adjunta archivo que da respuesta al traslado de un recurso de apelación.
RESPREPO	Adjunta archivo que da respuesta a la reposición, informando el cumplimiento.
INTRECAPE	Adjunta archivo interponiendo recurso de apelación.
RESPAPEL	Adjunta archivo que da respuesta al recurso de apelación, informando el cumplimiento.
ADJANTAD	Adjunta cualquier archivo que no se encuentre entre los anteriores.

Anexo N° 3 ***Eliminado por Circular IF/N°210, de 05.02.2014***

Capítulo VI Procedimientos Operativos de las Isapres

Título I. Garantía que las isapres deben constituir y mantener

La Superintendencia controlará que las isapres cumplan con la constitución y mantención de la garantía, equivalente al monto de las obligaciones relativas a los cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud.

Atendido a que las normas que rigen la garantía son de orden público y a que el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud debe hacerse exclusivamente por las isapres, éstas no pueden realizar cesiones de deudas o contratos, interposición de persona entre la isapre y el prestador de salud, o cualquier otra figura jurídica que signifique que otra persona, natural o jurídica, asuma una deuda que las isapres estan obligadas a financiar y garantizar en virtud del contrato de salud. Asimismo,las isapres tampoco pueden extinguir dichas obligaciones mediante la creacion de una nueva obligación en un tercero, como ocurre con la novación subjetiva por cambio de deudor, que trata el numeral 3º del articulo 1.631 del Código Civil.[433]

1. Instrumentos financieros

Los instrumentos financieros que las isapres podrán utilizar para la constitución de la garantía son los que se individualizan y regulan a continuación.

Con todo, las isapres deberán mantener, al menos, un 50% de la garantía en los instrumentos señalados en las letras a) a f) siguientes.

Todas las transacciones de los valores e instrumentos en los cuales se mantenga la garantía, sólo se podrán efectuar en los mercados primario o secundario formales, según la definición establecida en el artículo 48 del Decreto Ley Nº 3.500, de 1980.

Estos instrumentos podrán ser:

a) Documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República.

La inversión en instrumentos del Banco Central y de la Tesorería General de la República deberá efectuarse en títulos que tengan una liquidez inmediata en el mercado secundario formal.

La inversión en valores del Banco Central deberá realizarse en los siguientes instrumentos:

- Bonos del Banco Central de Chile en pesos (BCP)
- Bonos del Banco Central de Chile en Unidades de Fomento (BCU)
- Pagarés Descontables del Banco Central de Chile (PDBC)
- Pagarés Reajustables del Banco Central de Chile (PRC)

Cualquier otro título que no sea de los enunciados precedentemente y que las isapres quieran incluir en esta categoría, deberá ser informado previamente a esta Superintendencia, acompañando los antecedentes que justifiquen o habiliten su inclusión.

b) Depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos

Las isapres podrán invertir en aquellos títulos cuya emisión haya sido registrada en la Superintendencia de Valores y Seguros.

Las isapres sólo podrán adquirir estos instrumentos una vez aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo a que se refiere el Título XI del Decreto Ley Nº 3.500 de 1980, y respecto de bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

[433] Párrafo incorporado por la Circular IF/Nº355, de 25 de junio de 2020.

Las isapres sólo podrán invertir en depósitos clasificados en el nivel N-1 de riesgo, a que se refiere el artículo 105 del citado Decreto Ley Nº 3.500.

c) Cuotas de fondos mutuos en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor a 90 días, nominados en moneda nacional

La inversión en este tipo de instrumentos deberá cumplir las disposiciones de la Ley Nº 18.045 y del Decreto Ley Nº 1.328, de 1976, y realizarse sólo en aquellos fondos mutuos cuyos valores de las cuotas se expresen en moneda nacional.

Las isapres podrán invertir en cuotas de fondos mutuos de renta fija nacional o extranjera, sujetándose, en este último caso, a lo establecido en la Circular Nº 1217, del 29 de mayo de 1995, de la Superintendencia de Valores y Seguros,[434] o en aquélla que la reemplace.

La valorización diaria de los instrumentos incluidos en esta letra se realizará considerando el valor de cierre de la cuota del día hábil inmediatamente anterior.

d) Boletas de Garantías a la vista emitidas por bancos

Las isapres que constituyan garantía en boletas de garantía a la vista emitidas por bancos deberán sujetarse a lo dispuesto en la Circular Nº 3.195, del 4 de octubre de 2002, de la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, o en aquélla que la reemplace.

Para estos efectos, sólo se aceptarán Boletas de Garantías emitidas por bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país y clasificados en Categoría I de gestión y solvencia, por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, según lo establecido al efecto en el Título V de la Ley General de Bancos. La certificación de dicha categoría deberá ser aportada a esta Superintendencia por la isapre respectiva. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

La boleta de garantía deberá contener, como mínimo, las siguientes menciones: nombre y firma del Banco depositario, el nombre del beneficiario y el nombre y RUT del tomador; la obligación que garantiza la boleta; el monto de la suma depositada; el lugar y la fecha de otorgamiento.

Las boletas de garantía deberán ser nominativas, a nombre de la Superintendencia de Salud, agregando el término "NO ENDOSABLE". Con todo, sólo se permitirá el endoso en comisión de cobranza al custodio.

Se emitirán a la vista, debiendo llevar en forma destacada la leyenda "PAGADERA A LA VISTA"; y en moneda nacional, con o sin cláusula de reajustabilidad.

El objeto de la boleta de garantía, y que debe consignarse en la misma, es caucionar las obligaciones con los cotizantes, beneficiarios y prestadores, que se individualizan en los artículos 181 y 183 del DFL N° 1.

Los instrumentos incluidos en esta letra, deberán valorizarse a su valor de emisión.

d) 1. De la sustitución o renovación de las Boletas de Garantía

Las Instituciones de Salud Previsional tendrán la obligación de renovar o sustituir las Boletas de Garantía que mantienen en el o los respectivos bancos, sesenta días antes de su vencimiento.

El plazo establecido viene a cautelar el riesgo propio de la no renovación o sustitución de estos documentos, lo que significaría un déficit de garantía legal.

En caso que las isapres no renueven o sustituyan las Boletas de Garantía con sesenta días de anticipación a su vencimiento, la Superintendencia procederá al respectivo apercibimiento y, en caso de persistir el incumplimiento, tendrá la facultad de hacer efectivos dichos instrumentos procediendo a su cobro dentro del plazo restante para que venzan.

[434] Circular Nº 1.217, de la Superintendencia de Valores y Seguros, "Norma la Inversión de los Fondos Mutuos en títulos emitidos por inversores extranjeros."

e) Pactos de retrocompra bancarios, respaldados en instrumentos consistentes en documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República y depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos

En los contratos respectivos deberá consignarse expresamente la compra por parte de la isapre y la promesa de retroventa al banco de los instrumentos sobre los cuales se acuerda el pacto. Para todos los efectos legales, durante la vigencia del pacto, los correspondientes instrumentos deberán ser de propiedad de la isapre.

Los pactos sólo deberán celebrarse con bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país y clasificados en Categoría I de gestión y solvencia, por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, según lo establecido al efecto en el Título V de la Ley General de Bancos. La certificación de dicha categoría deberá ser aportada a esta Superintendencia por la isapre respectiva. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

Los instrumentos que respaldan los pactos, deben quedar bajo la custodia del banco que realice la función de custodia de la garantía de la isapre y ser depositados en el DCV,[435] debiendo sujetarse en todo a las instrucciones impartidas específicamente para dichos documentos en las letras a) y b) precedentes.

El plazo del pacto no podrá superar los 30 días corridos.

f) Convenios de créditos en pesos o Unidades de Fomento endosables en que concurran dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción y que el deudor se encuentre clasificado por agencias clasificadoras de riesgo inscritas en el Registro de la Superintendencia de Valores y Seguros, a lo menos, en categoría de riesgo AA

Se entenderá por convenios de créditos, aquellos créditos otorgados por dos o más bancos, además de la isapre, en el cual, bajo un mismo contrato y condiciones de otorgamiento, cada entidad participa en un porcentaje de la colocación del crédito.

Los participantes de los convenios de crédito deberán corresponder a bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país y clasificados en Categoría I de gestión y solvencia, por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, según lo establecido al efecto en el Título V de la Ley General de Bancos. La certificación de dicha categoría deberá ser aportada a la Superintendencia por la isapre respectiva. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

El crédito deberá estar clasificado por los bancos participantes en Categoría A, “crédito de riesgo normal”, conforme a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras.

g) Depósitos a plazo, letras de crédito hipotecarias, bonos y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por bancos

Se podrá invertir en depósitos a plazo con vencimiento a más de un año, letras de crédito hipotecarias y bonos emitidos por bancos. Cualquier otro título de deuda o crédito emitido por bancos, que pueda incluirse en esta categoría, deberá ser sometido previamente a la autorización de esta Superintendencia, acompañando los antecedentes que justifiquen su inclusión en esta categoría.

Las isapres podrán invertir en aquellos títulos cuya emisión haya sido registrada en la Superintendencia de Valores y Seguros.

Sólo podrán adquirirse estos instrumentos una vez aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo y respecto de bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

Sólo podrá invertirse en instrumentos clasificados a lo menos en la Categoría “AA” de riesgo, a que se refiere el artículo 105 del Decreto Ley Nº 3500, de 1980.

[435] DCV: Depósito Central de Valores.

h) Cuotas de fondos mutuos cuyos activos se encuentren invertidos en valores o activos nacionales

La inversión en estos instrumentos deberá cumplir las disposiciones de la Ley Nº 18.045 y del Decreto Ley Nº 1.328, de 1976.

En esta categoría, las isapres podrán invertir en los siguientes tipos de fondos mutuos, según las definiciones establecidas en la Circular Nº 1578, del 17 de enero de 2002, de la Superintendencia de Valores y Seguros o aquélla que la reemplace:

1) Fondo mutuo de inversión en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor o igual a 365 días

Invierte en instrumentos de corto, mediano y largo plazo, con una duración menor o igual a 365 días.

Excluye la inversión en fondos mutuos definida en la letra c) anterior.

2) Fondo mutuo de inversión en Instrumentos de deuda de mediano y largo plazo

Invierte en instrumentos de corto, mediano y largo plazo, con una duración mínima de 365 días.

3) Fondo mutuo mixto

Invierte en instrumentos de deuda de corto, mediano y largo plazo e instrumentos de capitalización.

La valorización diaria de este instrumento se realizará considerando el valor de cierre de la cuota del día hábil inmediatamente anterior, expresado en moneda nacional.

i) Cuotas de fondos mutuos constituidos fuera del país

Estos instrumentos deberán cumplir las disposiciones de la Ley Nº 18.045 y del Decreto Ley Nº 1.328, de 1976; encontrarse aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo y estar inscritos en el Registro de Valores Extranjeros de la Superintendencia de Valores y Seguros.

En esta categoría, las isapres sólo podrán invertir en los siguientes tipos de fondos, de acuerdo a la definición contenida en la Circular Nº 1267, del 15 de septiembre de 2003, de la Superintendencia de Pensiones[436], o la que la reemplace:

1) Fondos de bonos

Invierte en instrumentos de renta fija de mediano y largo plazo.

2) Fondos de efectivo

Invierte en instrumentos de corto plazo del mercado del dinero (money market), con madurez residual inferior a 12 meses.

La valorización diaria de este instrumento se realizará considerando el valor de cierre de la cuota del día hábil inmediatamente anterior, expresado en moneda nacional.

j) Cuotas de fondos mutuos constituidos en el país, cuyos activos estén invertidos en valores extranjeros

Estos instrumentos deberán encontrarse inscritos en el Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y Seguros y cumplir las disposiciones de la Ley Nº 18.045, del Decreto Ley Nº 1.328, de 1976 y de la Circular Nº 1.217, de la Superintendencia de Valores y Seguros, o aquélla que la reemplace.

Para ser considerados dentro de esta categoría, los fondos emisores de estas cuotas deberán tener invertido al menos el 40% de sus activos en valores extranjeros, en caso contrario se clasificarán en la letra h) precedente.

En esta categoría, las isapres sólo podrán constituir garantía en los fondos mutuos que inviertan en los siguientes tipos de instrumentos, sujetándose, al efecto, a lo establecido en las definiciones contenidas en la citada Circular Nº 1217:

[436] Actualizado por Circular IF/N°249, de 28 de agosto de 2015.

- Valores emitidos o garantizados por el Estado de un país extranjero o por sus bancos centrales.
- Valores emitidos o garantizados por entidades bancarias extranjeras o internacionales que se transen habitualmente en los mercados locales o internacionales.
- Títulos de deuda de transacción bursátil, emitidos por sociedades o corporaciones extranjeras.

Además, las isapres sólo podrán constituir garantía en aquellos fondos mutuos que inviertan en países de la Zona Geográfica Desarrollada, según la definición contenida al efecto en la citada Circular Nº 1267.

La valorización diaria de estos instrumentos se realizará considerando el valor de cierre de la cuota del día hábil inmediatamente anterior, expresado en moneda nacional.

k) Cuotas de fondos de inversión

Las administradoras de estos fondos de inversión deberán estar constituidas legalmente en Chile y regirse por las disposiciones de la Ley Nº 18.045, Ley Nº 18.815 y Decreto Supremo Nº 864, de 1990, del Ministerio de Hacienda.

Estos instrumentos deberán encontrarse inscritos en el Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y Seguros, de conformidad a la citada Ley Nº 18.815 y estar aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo, no pudiendo invertirse en fondos de inversión privados.

Los activos de estos fondos deben estar invertidos solamente en valores nacionales.

l) Bonos, pagarés y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por empresas públicas o privadas

Las isapres podrán invertir en bonos y pagarés emitidos por empresas públicas o privadas. Se pueden incluir en esta clasificación los bonos emitidos por empresas securitizadoras y de leasing.

Cualquier otro título de deuda emitido por dichas entidades, que pueda incluirse en esta categoría, deberá ser sometido previamente a la autorización de esta Superintendencia, acompañando los antecedentes que justifiquen su inclusión en esta categoría.

Las isapres podrán invertir solamente en aquellos títulos cuya emisión haya sido inscrita en el Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y Seguros.

Sólo podrán adquirirse estos instrumentos una vez aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo y respecto de empresas constituidas legalmente en Chile.

Sólo podrá invertirse en instrumentos clasificados a lo menos en la Categoría AA de riesgo, a que se refiere el artículo 105 del Decreto Ley Nº 3500, de 1980.

Letra

m) Acciones de sociedades anónimas abiertas con presencia bursátil, de acuerdo a los requisitos establecidos por la Superintendencia de Valores y Seguros mediante norma de carácter general y clasificadas como acciones de primera clase, en conformidad a la Ley Nº 18.045

Las isapres podrán invertir solamente en aquellas acciones cuya emisión haya sido inscrita en el Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y Seguros y que hayan sido clasificadas como acciones de primera clase según lo establecido en el artículo 91 de la Ley Nº 18.045.

Sólo podrán adquirir acciones con presencia o de transacción bursátil, de acuerdo a lo establecido en la Norma de Carácter General Nº 103, del 5 de enero de 2001, de la Superintendencia de Valores y Seguros, o en aquélla que la reemplace.

Además, las isapres sólo podrán invertir en aquellas acciones que hayan sido aprobadas por la Comisión Clasificadora de Riesgo y respecto de empresas constituidas legalmente en Chile.

n) Acreencias por concepto de cotizaciones de salud adeudadas por los afiliados o sus empleadores, en el porcentaje que señale la Superintendencia[437]

El monto máximo de las acreencias por cotizaciones adeudadas que podrá utilizarse como garantía, no podrá superar el menor valor que se obtenga, de la comparación de los siguientes ítems, calculados como a continuación se indica:

a) El 100% de las cotizaciones declaradas y no pagadas (D.N.P) más el 5% de las cotizaciones no declaradas y no pagadas (N.D.N.P).

En la determinación de ambos montos (D.N.P y N.D.N.P) se emplearán los saldos netos, esto es, deducida la incobrabilidad y pérdidas por deterioro de la cuenta, según corresponda, basándose en las Normas Internacionales de Información Financiera IFRS, adoptadas por esta Superintendencia, que se encuentren vigentes y resulten aplicables.

Los saldos netos de las cotizaciones no declaradas y no pagadas a emplear en el cálculo deberán corresponder a los 3 últimos meses anteriores al mes de envío por parte de las isapres del "Informe para el cálculo de la garantía".

En consecuencia, se deberá tener presente que las cifras empleadas en el cálculo de las Cotizaciones a determinar conforme a la letra a), siempre deberán provenir de saldos reconocidos y registrados contablemente en conformidad con las normas IFRS que rigen la materia, toda vez que deberán representar la valorización del activo como instrumento financiero, ajustado a un monto recuperable.

b) El 0,5% del monto total de la garantía exigida.

ñ) Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos que no consistan en Pactos de retrocompra bancarios, respaldados en instrumentos consistentes en documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República y depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos

En los contratos respectivos, deberá consignarse expresamente la compra por parte de la isapre y la promesa de retroventa al banco de los instrumentos sobre los cuales se acuerda el pacto.

Para todos los efectos legales, durante la vigencia del pacto, los correspondientes instrumentos deberán ser de propiedad de la isapre.

Los pactos sólo deberán celebrarse con bancos constituidos legalmente en Chile o autorizados para funcionar en el país y clasificados en Categoría I de gestión y solvencia, por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, según lo establecido al efecto en el Título V de la Ley General de Bancos.

La certificación de dicha categoría deberá ser aportada a esta Superintendencia por la isapre respectiva. Dichos bancos no podrán estar relacionados con la isapre.

Estos pactos podrán celebrarse solamente con los instrumentos descritos en las letras g) y l) precedentes, debiendo sujetarse en todo a las instrucciones específicas impartidas en cada una de estas letras, considerándose entonces los depósitos a plazo a más de un año, letras hipotecarias, bonos y pagarés, emitidos por empresas públicas o privadas.

Los instrumentos que respaldan los pactos, deben quedar bajo la custodia del banco que realice la función de custodia de la garantía de la isapre y ser depositados en el DCV.

El plazo del pacto no podrá superar los 30 días corridos.

o) Convenios de créditos en que concurran dos o más bancos, que no correspondan a Convenios de créditos en pesos o Unidades de Fomento endosables en que concurran dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción y que el deudor se encuentre clasificado por agencias clasificadoras de riesgo inscritas en el Registro de la Superintendencia de Valores y Seguros, a lo menos, en categoría de riesgo AA

En general les serán aplicables las condiciones establecidas en la letra f) precedente.

[437] Contenido de la letra modificada por la Circular IF N°372, de 28.09.2020

En todo caso, cualquier convenio de crédito que no corresponda clasificar en la referida letra f), podrá incluirse en la presente categoría, debiendo ser sometido previamente a la autorización de esta Superintendencia, acompañando los antecedentes que justifiquen su inclusión en esta categoría.

p) Otros instrumentos o activos de fácil liquidación que autorice el Superintendente de Salud

Cualquier instrumento financiero que no sea posible clasificar en ninguna de las categorías definidas desde la letra a) hasta la o), deberá ser sometido previamente a la autorización de esta Superintendencia, acompañando los antecedentes que justifiquen su utilización para los efectos previstos en este Título.

Los instrumentos que se clasifiquen en esta categoría, podrán ser utilizados por las isapres a contar del segundo año desde que se constituya -por primera vez- la garantía en los términos instruidos en el presente Título.

2. Límites de inversión

Para constituir la garantía, la isapre deberá considerar los límites por instrumento y emisor establecidos para una situación normal y una de incumplimiento.

Los montos que superen los límites de inversión para cada instrumento o aquellos definidos por emisor, o que no se ajusten a las condiciones y/o requisitos establecidos en el presente Título, no serán considerados para la determinación de la garantía exigida que las isapres deben mantener en virtud de la normativa vigente.

Se considera “Situación de incumplimiento” cuando la isapre mantenga un indicador de liquidez inferior al establecido en el artículo 180 o cuando el patrimonio o la garantía disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 178 y 181, todos del DFL Nº 1.

Límites de Inversión por Instrumentos [438]

Instrumentos	Situación normal	Situación de Incumplimiento
a.- Documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República;	100%	100%
b.- Depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos;	100%	100%
c.- Cuotas de fondos mutuos en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor a 90 días, nominados en moneda nacional;	30%	10%
d.- Boletas de garantía a la vista emitidas por bancos; [439]	90%	90%
e.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos indicados en las letras a) y b) precedentes;	70%	50%
f.- Convenios de créditos en pesos o Unidades de Fomento endosables en que concurran dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción (…);	1%	0%

[438] Los signos “- -“ de la tabla, fueron reemplazados por 0%, de acuerdo a lo señalado por la Circular IF N°372, de 28.09.2020
[439] Ambos porcentajes fueron modificados por la Circular IF/N°403 del 16.03.2022

g.- Depósitos a plazo, letras de créditos hipotecarias, bonos y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por bancos;	40%	20%
h.- Cuotas de fondos mutuos cuyos activos se encuentren invertidos en valores o activos nacionales;	15%	5%
i.- Cuotas de fondos mutuos constituidos fuera del país;	15%	4%
j.- Cuotas de fondos mutuos constituidos en el país, cuyos activos estén invertidos en valores extranjeros	10%	0%
k.- Cuotas de fondos de inversión	1%	0%
l.- Bonos, pagarés y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por empresas públicas o privadas	20%	10%
m.- Acciones de sociedades anónimas abiertas con presencia bursátil, de acuerdo a los requisitos establecidos por la Superintendencia de Valores y Seguros mediante norma de carácter general y clasificadas como acciones de primera clase, en conformidad a la Ley Nº 18.045;	20%	0%
n.- Acreencias por concepto de cotizaciones de salud adeudadas por los afiliados o sus empleadores, en el porcentaje que señale la Superintendencia;	0,5%* [440]	0%
ñ.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos distintos de los señalados en la letra e);	30%	10%
o.- Convenios de créditos en que concurran dos o más bancos, que no correspondan a los descritos en la letra f);	1%	0%
p.- Otros instrumentos o activos de fácil liquidación que autorice la Superintendencia de Salud	5%	0%

Notas:

- [441]

***** El monto máximo a mantener en garantía por concepto de acreencias, se determinará de acuerdo al procedimiento de cálculo instruido en la letra n), del numerando “Instrumentos financieros”

Límites de Inversión por Emisor [442]

(Máximo % de garantía total que es posible invertir)

[440] Porcentaje y nota agregada por la Circular IF N° 372, de 28.09.2020
[441] Nota eliminada por la Circular IF/N°403 del 16.03.2022
[442] Los signos “- -“ de la tabla, fueron reemplazados por 0%, de acuerdo a lo señalado por la Circular IF N°372, de 28.09.2020

Instrumentos	Situación normal	Situación de Incumplimiento
a.- Documentos emitidos por el Banco Central de Chile o por la Tesorería General de la República;	100%	100%
b.- Depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos;	25%	25%
c.- Cuotas de fondos mutuos en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor a 90 días, nominados en moneda nacional;	10%	5%
d.- Boletas de garantía a la vista emitidas por bancos; [443]	30%	30%
e.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos indicados en las letras a) y b) precedentes;	25%	20%
f.- Convenios de créditos en pesos o Unidades de Fomento endosables en que concurran dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción (…);	1%	0%
g.- Depósitos a plazo, letras de créditos hipotecarias, bonos y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por bancos;	10%	5%
h.- Cuotas de fondos mutuos cuyos activos se encuentren invertidos en valores o activos nacionales;	5%	2%
i.- Cuotas de fondos mutuos constituidos fuera del país;	4%	2%
j.- Cuotas de fondos mutuos constituidos en el país, cuyos activos estén invertidos en valores extranjeros	5%	0%
k.- Cuotas de fondos de inversión	1%	0%
l.- Bonos, pagarés y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por empresas públicas o privadas	5%	3%
m.- Acciones de sociedades anónimas abiertas con presencia bursátil, de acuerdo a los requisitos establecidos por la Superintendencia de Valores y Seguros mediante norma de carácter general y clasificadas como acciones de primera clase, en conformidad a la Ley Nº 18.045;	5%	0%

[443] Ambos porcentajes fueron modificados por la Circular IF/N°403 del 16.03.2022

n.- Acreencias por concepto de cotizaciones de salud adeudadas por los afiliados o sus empleadores, en el porcentaje que señale la Superintendencia;	"no aplica" [444]	"no aplica"[445]
ñ.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos distintos de los señalados en la letra e);	10%	4%
o.- Convenios de créditos en que concurran dos o más bancos, que no correspondan a los descritos en la letra f);	1%	0%
p.- Otros instrumentos o activos de fácil liquidación que autorice la Superintendencia de Salud	5%	0%

3. Actualización de la garantía

La fórmula de cálculo de la garantía corresponde a la suma de los siguientes conceptos: prestaciones por pagar, prestaciones en proceso de liquidación, prestaciones ocurridas y no reportadas, prestaciones en litigio, excedentes de cotizaciones, cotizaciones por regularizar, cotizaciones enteradas anticipadamente y las obligaciones con prestadores derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los cotizantes y beneficiarios de la Institución.

Para lo anterior, deberán tenerse presente las definiciones contenidas en las instrucciones sobre la información financiera requerida para el cálculo de los indicadores de Patrimonio, Liquidez y Garantía, impartidas por esta Superintendencia.

4. Reglas respecto a la garantía

4.1. Informe mensual para el cálculo de la garantía

Las Instituciones deberán remitir mensualmente el "Informe para el cálculo de Garantía" a la Superintendencia, a más tardar el último día del mes siguiente al que se informa. En caso que el último día del mes sea sábado, domingo o festivo, el plazo de entrega corresponderá al día hábil inmediatamente anterior.

El correspondiente informe deberá remitirse de acuerdo a la estructura y formato definido en las instrucciones contenidas en el Compendio de Información.

4.2. Comunicación del monto de garantía mínima a Entidad de Custodia

Las isapres deberán elaborar mensualmente una carta dirigida a la Entidad de Custodia, cuyo formato se incluye en el Anexo N° 2 de este Título, destinada a comunicar en términos formales el monto de la Garantía Mínima a enterar.

Copia de dicha carta deberá ser enviada a la Superintendencia, junto con los Estados Financieros correspondientes, el último día del mes siguiente al cierre contable que se informa. Los plazos que venzan en días sábado o festivo se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

4.3. Solicitud de rebaja de garantía

A partir del momento de entrega del "Informe para el cálculo de la Garantía", las Instituciones podrán solicitar a esta Superintendencia que rebaje el todo o parte del exceso de garantía, cuando el monto de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores para un mes determinado sea inferior al 100% de la garantía mantenida. Dicha solicitud podrá ser efectuada por las isapres sólo una vez dentro del mes, y en caso que esta

[444] Expresión "- -", reemplazada por "no aplica" , según Circular IF N°372, de 28.09.2020.
[445] Expresión "- -", reemplazada por "no aplica" , según Circular IF N°372, de 28.09.2020.

Superintendencia lo autorice, informará de tal circunstancia a la isapre y custodio correspondientes, indicando el monto de la garantía que debe mantener en custodia. La isapre que sea autorizada a retirar parte de los instrumentos constituidos en garantía, estará facultada a hacerlo en la oportunidad que lo estime conveniente, siempre que cumpla con la condición de mantener el nivel mínimo de garantía exigida.

4.4. Plazo para completar garantía

En caso que una isapre deba actualizar su garantía, deberá completarla, dentro de los 20 primeros días del mes subsiguiente del que se informa, hasta cubrir a lo menos el 100% de la garantía exigida.

La isapre que no complete la garantía al día veinte del mes subsiguiente del que se informa, quedará inmediatamente sujeta al régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el artículo 221 del DFL Nº 1.

5. Procedimiento para pago de obligaciones con fondos de la garantía

Las isapres deberán comunicar a esta Superintendencia su intención de destinar parte de los fondos en garantía al pago de alguna de las obligaciones a que se refieren los números 1 y 2 del inciso primero del artículo 181 del DFL N° 1.

Para dicho efecto deberán remitir un informe detallado de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores que serán pagadas, señalando qué parte de los fondos se destinarán a cubrir dichas obligaciones.

El informe deberá remitirse de acuerdo a la estructura y formato definido en las instrucciones contenidas en el Compendio de Información.

La isapre deberá pagar dichas obligaciones dentro de un plazo de veinte días hábiles, contado desde el quinto día hábil de presentada la comunicación en la Superintendencia. La Institución deberá informar a este Organismo de Control de las gestiones realizadas y los resultados obtenidos, al día hábil siguiente de cumplido el plazo instruido precedentemente.

6. Contrato de depósito, custodia y administración [446]

Conforme lo dispone el artículo 181 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, los valores que constituyen la garantía de las isapres deben mantenerse en todo momento y en su totalidad en custodia.

Para efectos de la custodia de la garantía, cada isapre deberá celebrar un contrato de depósito, custodia y administración, con una entidad autorizada por esta Superintendencia.

Cuando se trate de los instrumentos financieros indicados en las letras c), h), i), j) y k), del artículo 181 del referido DFL Nº 1, las isapres deberán celebrar un contrato de mandato con un banco para la adquisición y administración de estos instrumentos.

El contrato de depósito y custodia que la isapre celebre tendrá por objeto el resguardo de los valores representativos de la garantía de las isapres.

Las isapres son directamente responsables de la completa incorporación de las disposiciones exigidas por esta Superintendencia en el contrato que suscriban y de no contrariarlas por modificaciones posteriores al mismo.

Las estipulaciones que debe contener el contrato a que se refiere el contrato de depósito y custodia, se contienen en el Anexo Nº 1 de este Título.

Con todo, esta Superintendencia podrá autorizar en forma expresa la suscripción de convenios que no contemplen alguna de dichas cláusulas, para lo cual deberá acompañarse el contrato respectivo y los antecedentes que justifiquen esta situación.

La isapre deberá remitir a esta Superintendencia de Salud una copia íntegra del contrato de depósito, custodia y administración o su modificación, según sea el caso, a más tardar dentro de los 7 días hábiles siguientes a la firma de estos instrumentos por parte de la isapre y la entidad.

[446] Modificado por Circular IF/N°249, del 28 de agosto de 2015

6.1. La entidad de custodia

La entidad de custodia que contrate con la isapre deberá mantener en el Depósito Central de Valores (DCV) todos los instrumentos financieros que sean depositables en esta última entidad.

Para efectos de este Título se entenderá como entidad de custodia a los Bancos constituidos legalmente o autorizados para funcionar en el país y clasificados en la Categoría I de gestión y solvencia, por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, según lo establecido al efecto en el Título V de la Ley General de Bancos. La certificación de dicha categoría deberá ser aportada a esta Superintendencia por la isapre respectiva.

El custodio no podrá estar relacionado con la isapre, entendiéndose que lo están las personas que se indican en el artículo 100 de la Ley Nº 18.045, de Mercado de Valores.

Las entidades bancarias privadas que celebren un contrato de custodia con las isapres deben obligarse a observar las reglas que se establecen en los artículos 181, 183 y 194 del DFL Nº 1 y las contenidas en las instrucciones de la Superintendencia de Salud en relación a la constitución de la garantía que se contienen en este Título.

6.2. Acerca de los valores en custodia

6.2.1. El control y cobro oportuno de vencimientos, intereses, cupones y dividendos, notificaciones, rescate anticipado y demás operaciones que originen los valores, serán de responsabilidad de las isapres. Además, será de responsabilidad de las referidas instituciones practicar todas las diligencias necesarias para conservar los derechos emanados de los instrumentos que constituyan la garantía y percibir sus frutos.

Sin perjuicio de lo anterior, las entidades de custodia podrán hacer efectivos los derechos patrimoniales de las isapres que deriven de los valores recibidos en custodia.

6.2.2. Si el valor de los títulos depositados en custodia importa una disminución de la garantía, que supere una variación de un 2% del valor de la garantía requerida, la isapre deberá efectuar las diligencias necesarias que le permitan cumplir con el monto exigido, a más tardar dentro del día hábil siguiente de haberse producido dicha situación.

[447]No obstante lo señalado precedentemente, si los títulos en custodia dan lugar a variaciones inferiores o iguales al 2% del monto de la garantía mínima legal, la institución de salud deberá completar el monto exigido, a más tardar dentro del día hábil subsiguiente, de haberse producido tal disminución.

Sin perjuicio de lo anterior, cuando se efectúe la renovación de los valores depositados en la cuenta de la garantía, se autorizará que el cobro de cupones se realice durante el día, solamente a las isapres que se encuentren en una situación de normalidad, siempre que con ello el déficit transitorio no supere en conjunto el 5% de la garantía exigida, debiendo, en todo caso, estar completo el monto total requerido al final del día.
Para determinar el valor de la cartera de los instrumentos que las isapres mantienen en custodia, en aquellos casos en que éstos no sean cotizados en mercados activos, las entidades autorizadas para ello deberán considerar la información de uno o más proveedores especializados en la determinación del valor razonable de dichos instrumentos que forman parte de la garantía.[448]

Respecto de la valorización de aquellos instrumentos que no hayan sido aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo establecida en el Título XI del Decreto Ley Nº 3.500, de 1980, deberá tenerse presente lo detallado en el Nº 1 de este Título.

7. Monto de la garantía e indicador de liquidez

7.1. Las isapres informarán mensualmente a la Superintendencia y a los custodios, el monto por concepto de garantía que le corresponderá mantener, el cual estará sujeto a las fiscalizaciones que sobre la materia efectúe dicho Organismo Fiscalizador.

[447] Párrafo incorporado por la Circular IFN°498, de 21.3.2025
[448] Párrafo reemplazado mediante la Circular IF N°251, del 15 de octubre de 2015.

En todo caso, las isapres que se encuentren sujetas al régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el artículo 221 del DFL Nº 1, deberán mantener, en todo momento, el monto total de la garantía exigida.

7.2. En caso que no se dé cumplimiento al indicador de liquidez definido en el artículo 180 del DFL Nº 1, o el patrimonio o la garantía de la isapre disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 178 y 181 del referido cuerpo legal, quedando la institución sujeta al régimen especial de supervigilancia y control establecido en el artículo 221, la isapre deberá modificar la composición de los instrumentos que constituyen la garantía, conforme a lo dispuesto en el artículo 222 del citado cuerpo legal, atendiendo a los límites por instrumento y por emisor referidos precedentemente.

Dicha modificación de cartera deberá efectuarse en el plazo máximo de treinta días corridos, contado desde la fecha en que se remita a esta Superintendencia la información que da cuenta de la situación de incumplimiento.

7.3. La remuneración del custodio, los gastos, impuestos, derechos notariales y cualquier otro costo operacional, como asimismo todos los gastos o desembolsos en que la entidad de custodia deba incurrir con motivo u ocasión del otorgamiento, registro, fiscalización o cumplimiento de las normas que establece este Título, no podrán descontarse de los valores mantenidos en garantía.

7.4. A la fecha de la celebración del contrato con el custodio, la isapre, representada por su Gerente General, deberá informar a la Superintendencia de Salud la nómina de las personas que tengan la calidad de apoderados y que hayan sido designadas para operar con la entidad de custodia, acompañando copia del poder respectivo. La Superintendencia mantendrá un registro especial para estos efectos.

Asimismo, cualquier cambio que se produzca respecto de las personas que se individualizan en la referida nómina deberá ser informado a la Superintendencia dentro del día hábil siguiente de ocurrido este hecho. En tal caso se deberá volver a enviar la nómina completa de todos los apoderados vigentes.

7.5. Las isapres deberán acompañar, cada vez que la Superintendencia lo requiera, informes otorgados por la entidad bancaria de custodia, para el ejercicio de sus funciones de fiscalización.

7.6. Al momento de efectuar el depósito de los valores materiales, las isapres no podrán entregar a la entidad de custodia títulos que por su naturaleza deban ser endosados y, cuando se requiera, además, notificados al emisor, sin que previamente se cumpla con éstas formalidades. Por su parte, cuando el ingreso a la entidad de custodia se efectúe con instrumentos inmateriales, bastará el registro electrónico del cargo, en la cuenta de la isapre.

7.7. Las cláusulas o disposiciones pactadas en el contrato, en caso alguno podrán restringir, impedir o limitar las facultades conferidas a esta Superintendencia por la Ley, particularmente en lo relativo a las materias objeto del presente Título.

Anexo Nº 1 [449]

Estipulaciones que debe contener el contrato de depósito, custodia y administración

1. Objeto del contrato

El contrato deberá señalar que su objeto es el depósito y custodia de los títulos o valores, pertenecientes a las Isapres, que constituyen la garantía definida en el artículo 181 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud, para que la entidad bancaria los mantenga en custodia, realice su liquidación cuando corresponda y cobre los dividendos e intereses que puedan generar.

2. Características de los Instrumentos

Los instrumentos que constituyen la garantía son inembargables, según lo dispone el inciso final del artículo 181 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud. En caso de adquirir cuotas de fondos mutuos o acciones deberá dejarse establecido, en el registro pertinente, la prohibición de embargar dichos valores.

3. Normativa aplicable

Los contratantes deberán aceptar expresamente que el contrato de depósito se regirá por las disposiciones contenidas en las Leyes Nº 18.045, 18.046, D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, y la Ley General de Bancos, en los reglamentos correspondientes, por las normas dictadas por esta Superintendencia de Salud y por las estipulaciones del contrato.

A fin de evitar los perjuicios que pudiere provocar en los afiliados el retardo en la liquidación de la garantía, se deberá establecer que cualquier estipulación del contrato o de sus modificaciones cuyos efectos o su interpretación entorpezcan las potestades de la Superintendencia de Salud para hacerla efectiva, no producirá efectos en contra de ésta, de manera que siempre podrá ejercerlas ante la entidad autorizada cuando concurran los supuestos legales para ello.

4. Forma en que se realizará la entrega de los instrumentos

La isapre entregará en depósito a la entidad bancaria autorizada, los valores e instrumentos financieros que se detallan en el artículo 181 del DFL Nº 1 , de 2005, de Salud, endosándolos en garantía a nombre de la Superintendencia de Salud o de su sucesora legal, los cuales deben estar debidamente identificados, con el objeto de que éste los mantenga en custodia, realice su liquidación cuando corresponda y cobre los dividendos e intereses que puedan generar.

Los instrumentos financieros que constituyan la garantía a que se refiere el artículo 181 del DFL Nº 1 , de 2005, de Salud, que por su naturaleza no puedan ser endosados en garantía a nombre de la Superintendencia, deberán constituirse en prenda a favor de ella para garantizar las obligaciones que da cuenta la referida norma.

5. Custodia en el Depósito Central de Valores

El contrato deberá contener la obligación de las entidades de custodia para subcontratar el servicio de custodia con una empresa de depósito de valores, de aquellas reguladas en la Ley Nº 18.876, de 1989 y sus modificaciones.

El ingreso y retiro de los títulos en la empresa de depósito de valores se regirá por las normas contenidas en los reglamentos internos de la empresa, que hayan sido aprobadas por la Superintendencia de Valores y Seguros y que no se contrapongan con lo dispuesto en el artículo 181 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud, y con las consignadas en el Título I del Capítulo VI de este Compendio de Procedimientos.

[449] Modificado por la Circular IF N°249, de 28 de agosto de 2015

6. Propiedad de los Instrumentos

Se deberá dejar constancia que en las relaciones entre la entidad de custodia y la Isapre, esta última será la propietaria de los valores e instrumentos financieros cuya custodia se encarga.

7. Facultades de la entidad de custodia

- La isapre deberá facultar expresamente a la entidad de custodia para que en el desempeño de su cometido actúe conforme a sus instrucciones, a objeto de cumplir con las obligaciones del contrato, y otorgarle al efecto las más amplias atribuciones para la ejecución del encargo conferido.

- Con el objeto de habilitar a la entidad de custodia para el cumplimiento de las obligaciones señaladas en el contrato y de las que se derivan de la regulación de esta Superintendencia, la isapre deberá autorizar expresamente al custodio para informar y proceder en los términos señalados en este anexo.

8. Obligaciones de la entidad de custodia

- Verificar diariamente a través de la cartola de movimiento de las cuotas de fondos mutuos el valor de ellos, en el evento que parte de la garantía esté constituida con estos instrumentos.

- Proporcionar a esta Superintendencia el acceso directo en línea a las operaciones que se realicen con los valores depositados en la cuenta de garantía de la isapre.

- Garantizar que los instrumentos no queden en ningún momento sin el adecuado servicio de custodia, debiendo abrir una cuenta de custodia exclusiva por cada isapre para el depósito de los valores que constituyan la garantía. En caso que una isapre entregue al custodio otros valores, que no constituyen la garantía, se deberá abrir para estos efectos otras cuentas. Asimismo, deberá adoptar los resguardos pertinentes para que los valores sean mantenidos en un lugar protegido y seguro mientras permanezca vigente el contrato.

- Mantener un plan de contingencia computacional, operacional y de comunicaciones, que permita la continuidad ininterrumpida de sus servicios. En este sentido, las fallas de funcionamiento en equipos, aplicaciones, cortes de energía, huelgas entre otros, no eximirán al custodio de su responsabilidad en el cumplimiento de las obligaciones que le impone el respectivo contrato.

- Solicitar al DCV los certificados de depósito a petición expresa de la isapre, cuando corresponda.

- Liquidar, a requerimiento de la Superintendencia de Salud, aquellos instrumentos que sea necesario, depositando el valor de ellos en la cuenta corriente que le informe este Organismo, con el objeto de dar cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 194, inciso final, 213 y 221 letra c), del DFL Nº 1 , de 2005, de Salud, así como a cualquier otra obligación establecida expresamente en la normativa legal.

Asimismo, deberá liquidar o entregar físicamente, a solicitud expresa de este Organismo Fiscalizador, aquellas Boletas de Garantía que no hayan sido renovadas ni sustituidas por las isapres, antes del plazo de sesenta días de su vencimiento, con el objeto que se destinen los fondos resultantes a reponer la garantía mantenida en custodia, en los instrumentos y términos que determine la Superintendencia, según el listado establecido en el artículo 181 del DFL Nº 1 , de 2005, de Salud.

- En el evento que el registro de la isapre sea cancelado mediante Resolución Exenta de esta Superintendencia, y ésta se encuentre firme, la isapre facultará a esta Superintendencia para hacer efectiva la garantía en los casos indicados por el D.F.L. N°1, de 2005, de Salud. En consecuencia, todos los valores mantenidos en la cuenta de custodia que constituyen la garantía serán liquidados por la entidad de custodia, debiendo depositar los montos resultantes en la cuenta corriente que indique esta Superintendencia, para los efectos de proceder a la liquidación de la garantía, conforme a lo dispuesto en el artículo 183 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud. En este caso, la isapre tendrá absolutamente prohibido retirar y/o cobrar los instrumentos financieros en custodia.

- La entidad de custodia deberá autorizar la realización de arqueos de los valores mantenidos en custodia, por parte de los auditores externos designados tanto por esta Superintendencia como por la isapre respectiva.

9. Obligaciones de informar a la Superintendencia

El contrato deberá dejar constancia de las siguientes obligaciones de información a esta Superintendencia:

- Cada vez que la entidad de custodia tome conocimiento de que algún valor entregado en depósito y custodia se encuentra sujeto a alguna de las limitaciones mencionadas en el segundo párrafo del numerando 10 siguiente, lo informará a la Isapre, con copia a esta Superintendencia, dentro del día hábil siguiente de haberse detectado el hecho.

- La entidad de custodia deberá informar diariamente, al cierre de la jornada, a la Isapre y a esta Superintendencia, todas las operaciones registradas en la cuenta de custodia, de acuerdo a las especificaciones que esta Superintendencia comunicará en su oportunidad. Dicho informe precisará el valor de mercado que a ese día tienen los títulos e instrumentos que representan la garantía mantenida en la cuenta de la isapre, el que será remitido a los fax y/o correos electrónicos que la isapre y esta Superintendencia designen.

- Las modificaciones de las condiciones generales del servicio de custodia que determine la entidad de custodia que afecten al contrato, deberán ser comunicadas a la Isapre, enviando copia de la comunicación a esta Superintendencia.

- Enviar copia a la Superintendencia de la carta en que se comunique el término del contrato de custodia, de acuerdo con las condiciones establecidas en el contrato, con una antelación mínima de 120 días.

10. Obligaciones de la isapre

- Remunerar al custodio.

- La isapre está obligada a verificar la autenticidad e integridad de todos los valores que entregue en depósito y custodia a la entidad autorizada; que éstos no se encuentren en mal estado material, o hayan sido dados en garantía o se encuentren afectos a embargo, litigio, medidas prejudiciales o precautorias, gravámenes, prendas o cualquier otro derecho real, sin perjuicio de la responsabilidad que le pudiere caber a las entidades de custodia conforme a la normativa vigente.

- La admisión a depósito y custodia por parte de la entidad de custodia no liberará a la isapre, en modo alguno, de sus responsabilidades al respecto.

- Las isapres deberán comunicar a las entidades de custodia, el retiro de títulos, con la anticipación que se señale en el contrato y de acuerdo con las normas establecidas por esta Superintendencia de Salud.

11. Prohibición que afecta a la Isapre

La Isapre no podrá retirar los títulos depositados en custodia, si con ello dejan de cumplirse los montos mínimos de garantía exigida. Será responsabilidad de la Isapre el cumplimiento de dichos montos mínimos.

12. Prohibición que afecta a la entidad de custodia

La entidad de custodia no podrá autorizar el retiro de los títulos depositados en custodia, si con ello dejan de cumplirse los montos mínimos de garantía exigida.

13. Destinación de la garantía al pago de obligaciones

La Isapre deberá comunicar a la Superintendencia y a la entidad de custodia su intención de que parte de los fondos en garantía sean destinados al pago de alguna de las obligaciones establecidas en los números 1 y 2 del artículo 181. Si transcurridos cinco días hábiles la Superintendencia no se pronunciare sobre tal operación, se entenderá que ella puede llevarse a efecto, debiendo la entidad de custodia liquidar aquellos instrumentos que la Isapre le indique.

14. Término del contrato

En caso de término de contrato de custodia, por alguna de las causales previstas en la misma convención, las partes se obligan a comunicar dicha situación por correo electrónico o[450] carta certificada, con copia a esta Superintendencia, con una anticipación mínima de 120 días a la fecha en que producirá sus efectos dicho término de contrato. En todo caso, cualquiera sea la causal de término de contrato, la isapre no se exonerará de las obligaciones contenidas en el Título I del Capítulo VI de este Compendio.

Transcurrido el plazo indicado, la entidad de custodia traspasará los valores en depósito al banco custodio con el cual la Isapre haya suscrito un nuevo contrato, previa información a esta Superintendencia.

15. Modificaciones del contrato

Las partes deberán convenir en que toda modificación del contrato deberá ser efectuada por escrito, remitiéndose copia de ella, a esta Superintendencia, a más tardar dentro de los 7 días hábiles siguientes a su realización.

16. Resolución de Controversias

Las controversias que se susciten con motivo del contrato de custodia serán resueltas a través de un árbitro arbitrador, el que será designado de común acuerdo por las partes, en caso que dicho acuerdo no se alcance, será nombrado por el Superintendente de Isapres.

17. Ejemplares

El contrato se deberá firmar en tres ejemplares, quedando uno en poder de esta Superintendencia.

[450] Frase intercalada por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

Anexo Nº 2 [451]

FORMATO CARTA CUSTODIOS

LOGO ISAPRE

Santiago, DD de MM de AAAA

Carta Nº

Sr. (a)

Nombre Representante Titular Entidad Custodia

Nombre Entidad Custodia

Presente

Ref.: Informa Monto de la Garantía Mínima a Enterar.

De nuestra consideración:

Informamos a usted que en cumplimiento de lo establecido en el Artículo Nº 181, del DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud y en la normativa emitida por la Superintendencia de Salud, hemos procedido a determinar el monto de la garantía exigida en base al cierre contable realizado al DD de MM de AAAA.

De acuerdo a la información financiera – contable, del período señalado en el párrafo precedente, el monto de garantía mínima exigida que debe mantener esta isapre asciende a M$ (Debe expresar cifra en miles de $).

(Dependiendo del monto de la garantía mantenida en custodia, la isapre debe indicar lo establecido en los siguientes párrafos).

- Si la Garantía mantenida en custodia no cubre el monto de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud debe decir:

Dado que al DD de MM de AAAA (día anterior al de la fecha de emisión de la carta), Isapre (Debe indicar razón social de la isapre), mantiene una garantía en custodia por un monto ascendente a M$ (Debe expresar cifra en miles de $), el cual resulta insuficiente para cubrir el total de la deudas con los cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud, esta institución de salud, procederá a enterar en esa entidad de custodia, el monto faltante para completar el 100% de la garantía exigida, a más tardar el día 20 del mes de (Debe indicar el mes subsiguiente al período contable sobre el cual se determinó el monto de la garantía exigida), o bien, el día hábil siguiente en caso que dicha fecha correspondiese a un día sábado, o festivo.

- Si la Garantía mantenida en custodia cubre el monto de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud debe decir:

Dado que al DD de MM de AAAA (día anterior al de la fecha de emisión de la carta), Isapre (Debe indicar razón social de la isapre), mantiene una garantía en custodia por un monto ascendente a M$ (Debe expresar cifra en

[451] Modificado por la Circular IF/N°249, del 28 de agosto de 2015

miles de $), el cual resulta suficiente para cubrir el total de la deudas con los cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud, en esta oportunidad no será necesario enterar un mayor monto de garantía.

Cabe hacer presente, que el monto de la garantía mínima exigida determinada por esta institución de salud, puede experimentar modificaciones ante los cambios en el nivel de deudas afectas a garantía, que deriven de la fiscalización y revisiones que realice la Superintendencia de Salud a nuestra información financiera.

Finalmente, informamos a usted que una copia de la presente nota fue remitida en esta misma fecha, a la Superintendencia de Salud, en cumplimiento de las instrucciones impartidas.

Sin otro particular.

----------	----------
Nombre y Firma	Nombre y Firma
Gerente General	Contador General
ISAPRE XXX	ISAPRE XXX

C.C.: Departamento de Fiscalización (o el que lo reemplace) / Superintendencia de Salud.”

Título II. Acerca de las prohibiciones de los artículos 173 y 176 del DFL N° 1, y de la obligación de informar a la Superintendencia de Salud[452]

1) Los miembros del Directorio, Consejo de Administración, Consejo Directivo o entidad similar, la alta gerencia y los ejecutivos clave de las funciones de control de una Institución de Salud Previsional, en ningún caso podrán ejercer alguno de dichos roles, en forma simultánea, en prestadores de salud, ni tener injerencia en la administración de los mismos.

2) Conjuntamente con la información del hecho relevante del nombramiento de cualquier nuevo director, gerente, administrador, apoderado o representante legal, las isapres deberán adjuntar una declaración jurada, reducida a escritura pública o debidamente protocolizada, de que a estos no les afecta ninguna de las prohibiciones referidas en el artículo 176 del DFL Nº 1.

Sin perjuicio de la responsabilidad personal de cada declarante, las isapres deberán adoptar rodas las medidas conducentes a verificar la efectividad de la declaración jurada y mantener a disposición de la Superintendencia un certificado de antecedentes para fines especiales emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación que acredite la no concurrencia de la causal del artículo 176 Nº 1 del DFL Nº 1, respecto de cada declarante (directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales) y un certificado de no figurar éstos en el Registro de Quiebras emitido por la Superintendencia de Quiebras para los efectos de lo dispuesto en el Nº 2 del artículo 176 del citado decreto.

De sobrevenir una prohibición que afecte a algún director, gerente, administrador, apoderado o representante legal, será responsabilidad de la isapre informar de este hecho relevante, dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho o desde que se tenga conocimiento de él, y adoptar las medidas pertinentes.

Cabe hacer presente que los agentes de ventas de las isapres no están considerados entre quienes están afectos a las prohibiciones establecidas en el artículo 176 del DFL Nº 1, de manera que a ellos no les resulta exigible la declaración referida en el párrafo precedente.

[452] Circular IF N° 211, 07.02.2014, Imparte instrucciones sobre la prohibición que tienen las instituciones de salud previsional de participar en la administración de prestadores

Título III. Información médica de los beneficiarios de isapre[453]

El manejo de la información que las isapres requieran para el otorgamiento de los beneficios legales y contractuales que les sean requeridos se regirán por las instrucciones que se indican.

[454]

1. Procedimiento de registro y el Registro de Médicos Revisores de Fichas Clínicas[455]

1.1. Requisitos para ser incorporado al Registro

Los médicos cirujanos que requieran ser incorporados al registro que lleva la Superintendencia de Salud para efectos de ser designados como médicos revisores de fichas clínicas, en conformidad al artículo 189 del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud, deben reunir los siguientes requisitos:

a) Poseer el título de médico cirujano otorgado por un Establecimiento de Educación Superior, validado según la ley chilena.

b) Suscribir y acompañar el documento denominado “Formulario de Solicitud de Registro” y la “Declaración Jurada Simple”, cuyos formatos y contenidos se encuentran establecidos en los Anexos N° 1 y 2, respectivamente, del presente Título, los que estarán a disposición del público general en el sitio web de la Superintendencia de Salud (www.supersalud.gob.cl).

c) Adjuntar a la solicitud los documentos señalados en el numeral 1.5 de este Título.

1.2. Pronunciamiento de la Superintendencia de Salud respecto a la solicitud de Inscripción en el Registro

La Superintendencia se pronunciará respecto de la solicitud de inscripción mediante una resolución que será notificada personalmente al solicitante, por correo electrónico o carta certificada a la dirección o domicilio que, respectivamente, éste fije en el Formulario de Solicitud de Registro de Médicos Revisores de Ficha Clínica, contenido en el Anexo N°1 de este Título[456].

Será responsabilidad exclusiva de los médicos inscritos, informar por escrito y oportunamente a la Superintendencia de Salud respecto de cualquier cambio en los antecedentes que forman parte del “Formulario de Solicitud de Registro”, contenido en el Anexo N°1 de este Título.

La sola aceptación e incorporación de médicos cirujanos al Registro, no genera vínculo laboral, funcionario o contractual alguno entre dichos profesionales y la Superintendencia de Salud. En consecuencia, la inclusión de un médico cirujano en éste, sólo da cuenta del cumplimiento de un requisito habilitante para la revisión de las fichas clínicas de los prestadores de salud, públicos o privados, en la situación prevista en el artículo 189 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud. Asimismo, la inscripción de un médico cirujano en el mencionado registro no certifica especialidad alguna.

1.3. Causales de Rechazo de la Inscripción

[453] Circular IF N° 211, 07.02.2014, Imparte instrucciones sobre la prohibición que tienen las instituciones de salud previsional de participar en la administración de prestadores.

[454] N°1 original, eliminado por Circular IF N°152/2011
[455] Numeral agregado por la Circular IF/N°240, de 18 de febrero de 2015.
[456] Párrafo reemplazado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

La Superintendencia de Salud denegará la inscripción en el Registro cuando el solicitante no cumpla con alguno de los requisitos exigidos en el numeral 1.1 que antecede.

1. 4. Eliminación de la Inscripción en el Registro

La eliminación de la inscripción en el Registro ocurrirá por:

a) La muerte del médico registrado;

b) La renuncia al Registro, conforme a lo establecido en el numeral 1.6 de este Título;

c) El incumplimiento o pérdida de algunos de los requisitos establecidos por la Superintendencia de Salud para pertenecer al Registro, señalados en el numeral 1.1 de este Título; o

d) El haber sido condenado por infracción relacionada con la disposición legal del artículo 110 N° 17, inciso segundo, del DFL 1, del 2005, de Salud, o por algún crimen o simple delito en contra de la fe pública, falsificaciones, falso testimonio y perjurio, contenidos en el Título IV, del Libro II, del Código Penal.

1.5. Solicitud de inscripción en el Registro

Para efectuar la inscripción en el Registro de Médicos Cirujanos que podrán ser designados para revisar las fichas clínicas, el solicitante deberá llenar todos los datos requeridos en el "Formulario de Solicitud de Registro" y suscribir la "Declaración Jurada Simple", cuyos formatos y contenidos se encuentran en los Anexos N° 1 y 2, respectivamente, de este Título, estando ambos a disposición del público general en el sitio web de la Superintendencia de Salud (www.supersalud.gob.cl).

Para el sólo efecto de acreditar la calidad de médico cirujano, el requirente deberá acompañar a su presentación los siguientes documentos:

a) Un certificado de título o cualquier documento oficial en el que conste su condición de médico cirujano, los que deberán ser otorgados por un Establecimiento de Educación Superior, validado conforme a las leyes chilenas.

b) Fotocopia autorizada de su Cédula de Identidad.

c) Certificado de Especialidad o Subespecialidad, si correspondiere.

Todos los documentos mencionados deben ser presentados personalmente o enviados a través de carta certificada, a elección del solicitante, a la Oficina de Atención de Público de la Superintendencia de Salud, cuya dirección se mantendrá actualizada en el sitio web de ésta (www.supersalud.gob.cl).

La falta de alguno de los antecedentes exigidos, impedirá el registro.

No será necesario acompañar los documentos indicados en las letras a) y c) precedentes si el médico cirujano se encuentra inscrito en el Registro de Prestadores Individuales de acuerdo a lo establecido en el artículo 121 N° 6 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

1.6. Actualización de antecedentes y renuncia al Registro

Si el profesional inscrito desea actualizar sus antecedentes en el Registro o renunciar a éste, deberá enviar una solicitud por escrito y bajo firma del interesado, en la que exprese tal decisión, a la Superintendencia de Salud.

1.7. Entidad a cargo del Registro

La entidad o responsable a cargo del Registro será la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

2. Médico revisor de fichas clínicas

En el evento que una isapre considere que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica.

2.1. Designación

El médico cirujano que se designe para la revisión de fichas clínicas a solicitud de las isapres, en conformidad a lo dispuesto en los incisos 7° y 8° del artículo 189 del DFL Nº 1, deberá estar inscrito en el Registro que la Superintendencia ha habilitado para tales efectos en el sitio www.supersalud.gob.cl, conforme al numeral 1 del presente Título.[457]

2.2. Forma y términos del encargo

Las isapres determinarán la forma en que celebrarán el acuerdo con el médico que designen para la revisión de la ficha clínica, así como las condiciones y términos del mismo, el que, no obstante, deberá ajustarse estrictamente a las disposiciones de la Ley Nº 19.628, sobre protección de la vida privada, y a las instrucciones que esta Superintendencia emita con el propósito de velar por la debida protección del derecho a la privacidad de los beneficiarios del Sistema de Salud y del derecho a la información de las isapres.

Asimismo, deberán tener presente lo dispuesto en el inciso 8° del artículo 189 del DFL N° 1, en términos de plazos, para otorgar una oportuna respuesta al afiliado.

La labor del médico revisor se limitará al examen personal de la ficha clínica, esto es, la lectura, toma de conocimiento y/o trascripción de la información directamente relacionada con la determinación u otorgamiento de el o los beneficios de salud objeto de análisis, por lo que dicho profesional deberá abstenerse de la reproducción de la ficha clínica -a menos que en ella conste sólo información vinculada estrictamente con la revisión solicitada- la calificación de la eficiencia de la práctica médica o la apreciación sobre aspectos éticos.

Tanto la Institución de Salud como el médico contratado para efectuar la revisión deberán tener presente, en todo momento, la inhabilitación de éste en el evento de plantearse un conflicto de intereses.

En caso que la situación lo amerite, esto es, cuando el listado carezca de un médico cirujano en la región donde se deba efectuar la revisión, o bien se requiera prevenir un conflicto de intereses, la isapre podrá designar a un médico del registro que estará facultado para efectuar la revisión, en un lugar distinto al de conservación de la ficha. Para ello, la isapre deberá enviar una Carta de Presentación dirigida al Director Técnico del prestador privado o al Director del Establecimiento del prestador público, según sea el caso, dando cuenta, adicionalmente, de la situación especial por la cual se requiere el envío de la copia fidedigna de la ficha clínica.

En todo momento se deberá tener presente que la petición se fundamenta expresamente en el otorgamiento, determinación o financiamiento de un beneficio de salud.

En los casos citados precedentemente, la isapre y el médico cirujano designado serán los responsables de mantener la información recibida en absoluta reserva, desarrollando e implementando procedimientos que permitan cautelar la privacidad y confidencialidad de ésta, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Nº 19.628.

2.3. Carta de presentación del médico revisor ante el prestador

La isapre deberá proporcionar al médico revisor una carta de presentación elaborada previamente, y en cuyo contenido se le faculta para desempeñar la comisión encargada.

Respecto a la carta de presentación, ella deberá registrar la individualización de la isapre responsable y deberá contener, a lo menos, el nombre completo del médico revisor, su RUT y número de registro otorgado por la Superintendencia. Este último corresponde al número de la Resolución que acredita la incorporación del profesional de la salud al Registro -antecedente que está informado en la página web de la Superintendencia en la sección que contiene el listado de dichos profesionales-.

[457] Párrafo modificado por Circular IF/N°240, de 18 de febrero de 2015.

Del mismo modo, se deberá citar la disposición legal que faculta a la isapre para comisionar la revisión y además, se deberá identificar al paciente cuya ficha clínica se requiere revisar.

La carta deberá ser firmada por el Médico Jefe de la Unidad de Contraloría Médica de la isapre, o en su defecto por el jefe de la unidad a cargo de la visación de órdenes de atención y/o programas médicos.

Con el objeto de facilitar la revisión y el cumplimiento oportuno del cometido, tal documento deberá presentarse al Director Técnico del prestador privado o al Director del Establecimiento que corresponda, en el caso de un prestador público, o bien, a quien haya sido designado para tales efectos.

Será obligación de la isapre dar aviso formal al prestador público o privado, respecto de la finalización de la labor del médico revisor.

2.4. Formalidades del informe del médico revisor

El informe que el médico revisor emita deberá constar por escrito y limitarse a los aspectos relacionados con la cuestión surgida entre la isapre y el afiliado y/o beneficiario, la que deberá ser claramente especificada en la solicitud efectuada.

No se podrán requerir informes sobre antecedentes médicos registrados en la ficha clínica, relativos a problemas de salud de los cuales pueda ser portador el paciente, y que no digan directa relación con el problema respecto al cual se requirió el informe.

La información que surja de la ficha clínica y que esté incluida en el informe, tiene el carácter de dato sensible, de acuerdo a la Ley Nº 19.628, de manera que se encuentra prohibida su utilización para fines distintos al otorgamiento o determinación de los beneficios de salud que hubiere impetrado el beneficiario de la isapre.

Asimismo, la isapre deberá implementar los procedimientos administrativos que permitan resguardar la privacidad y confidencialidad de la información que hubiesen requerido y recibido en el informe del médico.

2.5. Contenido del informe del médico revisor

La isapre requerirá al médico que su informe contenga a lo menos la siguiente información, según corresponda:

- Nombre, RUT y edad del paciente
- Número de ficha
- Diagnóstico y fecha primer diagnóstico relacionado con la patología en discusión
- Resumen de la anamnesis en lo que se refiera a la patología en discusión
- Plan terapéutico diseñado
- Breve resumen de la evolución clínica de la patología en discusión
- Médico(s) tratante(s) y su (s) especialidad (es)
- Fecha de consulta y/o control
- Fecha de ingreso y egreso de la hospitalización
- Diagnóstico(s) de egreso relacionado con la patología en discusión
- Indicaciones al alta relacionados con la patología en discusión

En el evento que se trate de una urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[458] se deberá incluir la siguiente información:

- Fecha y diagnóstico de ingreso
- Antecedentes sobre motivo de ingreso, hallazgos al examen físico, resumen de la evolución y fecha de la estabilización
- Resumen del tratamiento
- Resumen de exámenes pertinentes

En el evento de haberse practicado una cirugía cuya certificación sea materia de investigación de la isapre se deberá incluir la siguiente información:

- Número del Protocolo Operatorio
- Fecha de la Cirugía
- Duración de la Cirugía
- Diagnóstico(s) Pre-operatorios
- Diagnóstico(s) Post-operatorios
- Listado de los procedimientos realizados en la cirugía (sin codificar)
- Resumen detalles operatorios

2.6.[459]

3. Procedimiento que deberán adoptar las isapres frente a requerimientos de datos sensibles de sus cotizantes y beneficiarios[460]

3.1. Generalidades
Las isapres, están habilitadas legalmente para efectuar tratamiento de datos sensibles relativos al estado o condición de salud de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios, con el objeto de proceder a la determinación y otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a los titulares de dichos datos.

Como consecuencia de lo señalado, las isapres deben velar porque los datos sensibles de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios sean utilizados sólo para los fines para los que han sido recolectados, al tenor de lo previsto en el artículo 9 de la Ley Nº 19.628.

3.2. Requerimientos formulados entre isapres
En el evento que una isapre fuese requerida por otra para comunicar, ceder, transferir, transmitir u otro tipo de operación que derive en el acceso o conocimiento de datos sensibles de alguno de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios, podrá acceder a dicha solicitud, a condición de que el requerimiento se formule por escrito, precise la información requerida, sea suscrito por alguno de los profesionales habilitados por la aseguradora para dichos efectos y se fundamente expresamente en el otorgamiento, determinación o financiamiento de un beneficio de salud, el que deberá señalarse con precisión.

[458] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.2023
[459] Eliminado por Circular IF/N° 240, de 18 de febrero de 2015
[460] Modificado por Circular IFN°232, de 11.11.2014

Las isapres se abstendrán de proporcionar información para otros fines que los expresamente mencionados, tales como el otorgar información para efectos de afiliación, a menos de contar y proceder con la autorización expresa del titular de la información, en los términos expresados en el 3.3 de este Título.

3.3. Requerimientos formulados por terceros
En el evento que una isapre fuese requerida por un tercero para comunicar, ceder, transferir, transmitir u otro tipo de operación que derive en el tratamiento de datos sensibles de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios, deberá abstenerse de acceder a dicha solicitud, cualquiera sea la causa invocada como fundamento de la petición, a menos que el titular de los datos consienta expresamente en ello y autorice que se proporcione la información.

Dicha autorización deberá ser otorgada por el titular de los datos sensibles o por su representante legal, a la isapre, por escrito, en términos claros y explícitos, precisando los datos que el asegurador podrá entregar o informar, y con plena individualización del beneficiario y/o ex beneficiario, cuando corresponda.

Debido al carácter personal de la autorización, un cotizante no podrá autorizar el tratamiento de datos sensibles de uno de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios de su contrato de salud, a menos que sea su representante legal.

Las autorizaciones para que una isapre pueda tratar datos sensibles de un beneficiario y/o ex beneficiario, deben otorgarse caso a caso y la autorización se extingue una vez cumplido su objeto.

La autorización no podrá otorgarse en términos generales ni para eventos futuros.

La autorización es esencialmente revocable por quien la hubiese otorgado, salvo que la revoque de manera intempestiva, es decir, una vez que la autorización haya producido sus efectos o cuando la isapre haya actuado conforme a ella.

3.4. Requerimientos formulados por compañías de seguros
En caso que una compañía aseguradora o un liquidador de siniestro, en su caso, requiera de una isapre la comunicación de cualquier tipo de información que pueda derivar en el tratamiento de datos sensibles respecto de un beneficiario o ex beneficiario, ésta podrá entregar la información solicitada bajo responsabilidad del requirente, siempre que éste acredite previamente la autorización para solicitar dicha información del titular de los datos o de sus herederos.

Conforme a las normas específicas en relación a los seguros regulados por la Superintendencia de Valores y Seguros, la autorización podrá otorgarse en la propuesta de seguro, solicitud de incorporación, póliza, denuncia de siniestro, o en otro documento autorizado especialmente por dicha Superintendencia.

Si la isapre requerida considera insuficiente la autorización invocada, se podrá proceder con la autorización expresa del titular de la información, en los términos expresados en el 3.3 de este Título.

3.5. Requerimientos formulados por las Administradoras de Fondos de Pensiones
Las Administradoras de Fondos de Pensiones están facultadas para requerir a las isapres información sobre la fecha de inicio y término de una licencia médica que haya generado derecho a subsidio por incapacidad laboral a la fecha de ejecutoria de un dictamen de invalidez, y sobre las patologías invocadas en la misma, debiendo las aseguradoras proporcionar la información requerida.

Cabe precisar que, conforme dispone el N°1, del Título II, del Capítulo II “De los Subsidios por Incapacidad Laboral”, del Compendio de Beneficios, contenido en la Circular IF/N°77, 25.07.2008, las AFP solicitarán la información señalada precedentemente dentro del plazo de dos días hábiles, contado desde que reciban el dictamen de invalidez ejecutoriado y acompañarán copia del mismo.

En cumplimiento a la referida instrucción, las isapres deberán proporcionar la información solicitada en un plazo no superior a siete días contados desde la fecha de recepción del requerimiento.

3.6. Entrega de información de cotizantes y/o beneficiarios o beneficiarias desde las isapres a los establecimientos privados de venta, arriendo, distribución o entrega de artículos, insumos y/o medicamentos de apoyo terapéutico y medidas de resguardo de dicha información

3.6.1. Transmisión segura de información
La información relativa a los beneficiarios y beneficiarias de las isapres y que deba ser entregada a los establecimientos privados de venta, arriendo, distribución o entrega de artículos, insumos y/o medicamentos de apoyo terapéutico (tales como centros de órtesis, centros de terapia respiratoria, farmacias, ópticas, entre otros) en virtud de los convenios que hubiesen suscrito o que en el futuro suscriban, para el otorgamiento de los beneficios de salud legales y contractuales, deberá transmitirse mediante un mecanismo que asegure la protección adecuada de la misma, evitando, en cuanto sea posible, el acceso del prestador a antecedentes de la persona beneficiaria que tengan el carácter de datos sensibles, a la luz de la definición contenida en la letra g) del artículo 2° de la Ley N° 19.628.

3.6.2. Mecanismos de protección y actualización de la información
Las isapres adoptarán los mecanismos que permitan resguardar la totalidad de la información y, en particular, aquélla que contenga datos sensibles, de manera que los prestadores con quienes han suscrito o suscriban convenios para el otorgamiento de los beneficios de que se trate, sólo accedan a la información mínima e indispensable que permita entregar dichos beneficios.

Además, adoptarán los resguardos conducentes a que la información de que dispongan los prestadores mencionados sea fidedigna y lo más actualizada posible, a objeto de que los beneficiarios vean satisfecho el acceso a los beneficios que les correspondan.

3.6.3. Cláusula contractual
Las isapres deberán incorporar a todos aquellos convenios vigentes, o que suscriban en el futuro, con los prestadores a que se refieren estas instrucciones, una cláusula que establezca la responsabilidad del prestador en relación al manejo y tratamiento de las bases de datos de sus beneficiarios y beneficiarias, y muy particularmente en relación a la información que contenga datos sensibles, con el objeto de precaver la ocurrencia de eventos que generen perjuicios de cualquier naturaleza a las personas de cuya información se trate.

3.7. Procedimientos de resguardo de información
Las isapres deberán desarrollar e implementar procedimientos administrativos que permitan resguardar la privacidad y confidencialidad de la información que hubiesen requerido y recibido para los fines definidos en este Título e identificar a los funcionarios responsables de su manejo y control.

La información acerca de los procedimientos y responsables deberá estar permanentemente a disposición de esta Superintendencia.

Anexo N°1[461]

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO
REGISTRO DE MEDICOS REVISORES DE FICHA CLÍNICA[462]

ANTECEDENTES PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
NACIONALIDAD	CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO		
CORREO ELECTRÓNICO[463]		

ANTECEDENTES PROFESIONALES

UNIVERSIDAD QUE OTORGÓ TITULO DE MÉDICO CIRUJANO
IDENTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD (SI NO TIENE ESPECIALIDAD INDICAR TEXTUALMENTE "SIN ESPECIALIDAD")
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA LA ESPECIALIDAD
IDENTIFICACIÓN DE SUBESPECIALIDAD (SI NO TIENE SUBESPECIALIDAD INDICAR TEXTUALMENTE "SIN SUBESPECIALIDAD")
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA LA SUBESPECIALIDAD

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE DESEMPEÑA PRINCIPALMENTE

Cualquiera sea la relación laboral o contractual con el o los prestadores de salud en que se desempeñe, entendiéndose por tales: clínicas, hospitales, centros médicos, consulta médica privada, etc.(especificar con un "no" si no se desempeña en un prestador de salud)

[461] Anexo agregado por Circular IF/N°240, de 18 de febrero de 2015.
[462] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.
[463] Campo agregado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

UBICACIÓN DEL LUGAR DONDE SE DESEMPEÑA

DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO (CALLE Y N°)
LOCALIDAD, PROVINCIA O REGIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL
TELÉFONO(S) DE CONTACTO
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO (ESPECIFICAR CON UN "NO" SI NO TIENE CORREO ELECTRÓNICO)

Anexo N°2[464]

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

En _____ a _____ de _____ de 20_____ Yo, _____, cédula de identidad N°_____

DECLARO:

1. Que todos y cada uno de los datos consignados en el Formulario de Solicitud son efectivos.

2. Que me comprometo a inhabilitarme para revisar una ficha clínica, cuando ello me signifique la pérdida de la independencia necesaria que requiere la ley, evitando un conflicto de intereses, como por ejemplo:

- Tener una relación de amistad íntima o enemistad con el paciente, médico tratante, integrantes del equipo médico o médico que efectuó la certificación cuestionada, situación que pudiera implicar un cuestionamiento de mi desempeño;

- Tener parentesco por consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo grado con el paciente, médico tratante o médico que efectuó la certificación cuestionada;

- y, en general, tener interés personal en el asunto de que se trate o representar los intereses que directamente pudiese tener la Isapre o el paciente en cuestión; ser administrador de la sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con alguno de los interesados.

3. Que estoy en conocimiento de la disposición legal del artículo 110 número 17, inciso segundo, del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que señala: “Las personas que incurran en falsedad en la certificación de enfermedades, lesiones, estados de salud, en las fechas de los diagnósticos o prestaciones otorgadas, serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal”.

4. Que no he sido condenado por infracción relacionada con la disposición legal del artículo 110 N° 17, inciso segundo, del DFL 1, del 2005, de Salud, o por algún crimen o simple delito en contra de la fe pública, falsificaciones, falso testimonio o perjurio, contenidos en el Título IV, del Libro II, del Código Penal.

5. Que estoy en conocimiento de que la incorporación al Registro no importa vinculación de ninguna especie con la Superintendencia de Salud.

6. Que estoy en conocimiento de que toda la información contenida en la(s) ficha(s) clínica(s), cuya revisión me pueda ser encargada, es considerada como dato sensible, de conformidad a lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la Ley 19.628 y el artículo 12 de la Ley 20.584.

_____
Firma (de puño y letra)

[464] Anexo agregado por Circular IF/N°240, de 18 de febrero de 2015.

Título IV. Agentes de ventas de las isapres[465]

I. Registro de agentes de ventas

1.-Disposiciones Generales

En conformidad al artículo 170, letra I) del DFL N°1, de 2005, de Salud, es agente de ventas, la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción, modificación o terminación de los contratos de salud previsional.

La Superintendencia mantendrá un Registro en el que deberán ser inscritas todas aquellas personas que, cumpliendo con los requisitos establecidos en el artículo 177 del DFL N°1, de 2005, de Salud, deseen desempeñarse como agentes de ventas de una isapre, independientemente de su denominación o cargo en la institución.

Es indelegable en terceros la ejecución de los procesos de negociación, suscripción y modificación de contratos de salud que debe realizar un agente de ventas como representante de la isapre.

2. Requisitos para la incorporación al Registro de Agentes de Ventas

La incorporación de un agente de ventas al Registro se efectuará sólo por la isapre habilitante.

Para solicitar la incorporación al Registro de un agente de ventas, la isapre habilitante deberá acreditar que éste cumple con los siguientes requisitos:

a) Ser chileno o extranjero radicado en Chile con carné de extranjería al día;

b) Ser mayor de edad;

c) Contar con los conocimientos suficientes sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional, y

d) Estar en posesión de licencia de educación media o estudios equivalentes.

Los requisitos establecidos en las letras a) y b) precedentes deberán acreditarse con un certificado de nacimiento o fotocopia legalizada del carné de identidad. Tratándose de un postulante de agente de ventas extranjero, deberá acompañarse un certificado de permanencia definitiva y fotocopia legalizada de cédula de extranjería al día.

Para acreditar el requisito establecido en la letra c), concerniente a los conocimientos suficientes sobre el sistema de isapres, la institución deberá acompañar un certificado que dé cuenta que el agente de ventas cursó y aprobó una capacitación en la materia, en los términos establecidos en el punto 3 siguiente “Capacitación y Evaluación de Conocimientos en Materias Relativas al Sistema Isapres”. El mencionado certificado deberá cumplir con las exigiencias establecidas en el punto 3.7 siguiente.

El requisito establecido en la letra d), deberá acreditarse con la licencia de educación media o con un certificado que acredite estudios equivalentes.

Será responsabilidad de la isapre verificar que los agentes de ventas cumplen con los requisitos señalados en la Ley, debiendo además, mantener a disposición de esta Superintendencia los antecedentes que correspondan.

Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá, en cualquier momento, verificar si la fuerza de ventas cuenta con los conocimientos exigidos sobre el sistema isapre, para lo cual podrá solicitar la concurrencia de agentes de ventas y, a través de un examen, evaluar sus conocimientos.

[465] Circular IF N°230 de 01.10.2014 Introduce ajustes al procedimiento de Agentes de Ventas.

3.- Capacitación y Evaluación de Conocimientos en Materias Relativas al Sistema Isapres.

3.1.- Las personas que a continuación se indican y siempre que cumplan con los requisitos señalados en las letras a), b) y d), del punto 2 precedente, estarán obligadas a someterse a una capacitación y evaluación de conocimientos en materias relativas al sistema isapres.

- Las personas que deseen ejercer funciones de agentes de ventas por primera vez.

- Los agentes de ventas que habiendo cesado en sus funciones como tales, deseen reingresar a la fuerza de ventas de cualquier isapre.

- Los agentes de ventas que actualmente se encuentren desempeñando funciones para una isapre y quieran cambiarse a otra institución de salud previsional.

- Los agentes de ventas que deseen reingresar a la fuerza de ventas de cualquier isapre, respecto de los cuales haya transcurrido un período superior a dos años de haber sido cancelados por esta Superintendencia en sus funciones, contado desde la fecha en que quedó ejecutoriada la resolución que aplicó la medida y que previamente hayan solicitado y obtenido, ante esta Superintendencia, la autorización para su reinscripción.[466]

3.2.- La capacitación y evaluación podrá ser efectuada por la propia isapre o contratada por ésta a un organismo de enseñanza profesional o técnica, reconocido por el Estado o SENCE.

3.3.- La capacitación puede ser presencial o en modalidad e-learning, sin embargo la evaluación de conocimientos deberá ser siempre presencial.

3.4.- La capacitación debe efectuarse en materias relativas al sistema de isapres y tener una duración mínima de 30 horas cronológicas, abarcando como mínimo, los temas que se indican a continuación:

1) Conocimientos sobre el contenido del presente Título.

2) Procedimientos de suscripción, modificación y término de contratos.

3) Causales de término de contrato.

4) Contenido de los contratos, especialmente en lo relativo a las obligaciones del cotizante y de la isapre.

5) Declaración de salud.

6) Condiciones generales del contrato.

7) Características de los planes de salud de libre elección, cerrado y preferente.

8) Cobertura, arancel y sus componentes.

9) Enfermedades preexistentes, restricciones a la cobertura, topes.

10) CAEC, GES, GES-CAEC y demás normativa reglamentaria que tenga relación con el quehacer de la actividad de ventas de un contrato de salud.

3.5.- Para verificar que se cumple con los conocimientos en materias del sistema isapres, la institución de salud previsional habilitante o el organismo contratado por ésta, deberá aplicar una prueba de conocimientos a los postulantes a agentes de ventas, que contenga 3 preguntas de selección múltiple, por cada una de las materias que se indican precedentemente. En el evento que la isapre desee evaluar otros aspectos que considere necesarios que el agente de ventas domine, para un adecuado desarrollo de sus funciones, podrá efectuar las evaluaciones de carácter interno que estime conducentes a dichos efectos, pero en una sección aparte de las materias evaluadas del sistema isapre.

[466] Modificado por CIF 486, de 15.11.2024

3.6.- La nota mínima de aprobación del curso de capacitación para poder ser inscrito en el Registro, será de un 70% de respuestas correctas, en lo relativo a las materias del sistema isapres.

3.7.- La capacitación y aprobación de ésta debe acreditarse con un certificado en el que se indique la fecha en que se realizó el referido curso, la individualización y antecedentes académicos de las personas a cargo de la capacitación, la duración de ésta, las materias específicas tratadas, la nota final que ha obtenido el postulante a agente de ventas y la firma y timbre de la entidad responsable de impartir la capacitación.

3.8.- Eliminado[467]

4.- Incorporación del postulante al Registro de Agentes de Ventas

4.1.- La isapre que solicite la inscripción en el Registro de Agentes de Ventas, de las personas que aprobaron la capacitación y que reúnen las demás condiciones exigidas, procederá a ingresar la información solicitada en la aplicación informática y términos que se indican en el siguiente punto.

Al respecto, al momento de inscribir al agente de ventas, será obligatorio para la Isapre, ingresar en dicha aplicación informática, el correo electrónico particular del agente de ventas, información que deberá ser proporcionada por éste, a través de la suscripción del formulario contenido en el anexo 2 de este Título.[468]

4.2.- La isapre deberá acceder a la aplicación informática denominada “Inscripción o eliminación de agentes de ventas”, contenida en la Red Privada “Extranet” de esta Superintendencia, utilizando el nombre de usuario y la clave asignada a su Institución, en conformidad a las instrucciones impartidas por la Superintendencia en relación a la transmisión de información y remisión de los archivos maestros de información que los seguros envían a la Superintendencia de Salud. Para dichos efectos, deberá habilitar al usuario que utilizará el Sistema de Agentes de Ventas, ingresando a la página web de la Superintendencia de Salud, ícono “Aseguradoras”, sección “Extranet de la Superintendencia para Aseguradoras”, módulo “Administración de usuarios a los sistemas de extranet” y efectuar los ingresos respectivos.

Los detalles, contenidos y correcto uso e ingreso de la información, se encuentran en el “Manual Sistema de Agentes de Ventas”, incluido en la aplicación informática “Inscripción o eliminación de agentes de ventas.”

4.3.- El plazo de inscripción corresponderá a los 5 primeros días hábiles de cada mes, dentro del cual la isapre deberá proporcionar los antecedentes de cada postulante, estos son: La fotografía del postulante; el certificado de nacimiento; la licencia de educación media o acreditación de estudios equivalentes; el certificado de capacitación y aprobación de la evaluación de conocimientos y el formulario contenido en el Anexo Nº2 de este Título.[469]

La fotografía a que se hace mención en el párrafo precedente, deberá remitirse en formato “jpg”, tamaño máximo de 130x130 pixeles y en la que el agente de ventas se presente con vestimenta formal y con indicación de su RUN.[470]

4.4.- La Superintendencia, dentro de los 5 días hábiles siguientes al cierre del plazo de inscripción, revisará los antecedentes remitidos por la isapre y cursará la inscripción en el Registro de aquellos agentes de ventas respecto de los cuales haya tenido por acreditado el cumplimiento de los requisitos legales para desempeñarse como tales.

4.5.- Respecto a los postulantes cuya solicitud de incorporación al Registro hubiese sido rechazada, la isapre habilitante podrá solicitar su inscripción al mes siguiente, enviando nuevamente todos los antecedentes exigidos para acreditar el cumplimiento de los respectivos requisitos.

[467] Eliminado por Circular IF 417, de 24.11.22
[468] Párrafo agregado de acuerdo a la Circular IF/Nº357, de 25 de junio de 2020.
[469] Párrafo reemplazado de acuerdo a la Circular IF/Nº357, de 25 de junio de 2020
[470] Párrafo agregado de acuerdo a la Circular IF/Nº357, de 25 de junio de 2020.

4.6.- El número de R.U.N o Cédula de Identidad será el código de identificación del agente de ventas y deberá quedar estampado, junto con la firma correspondiente, en cada documento contractual que tramite y que así lo requiera. Dicha firma deberá corresponder a aquella consignada en su Ficha de Registro, la que se presenta como anexo N°1 al presente Título. Cada vez que un agente de ventas cambie su firma, deberá modificarse su hoja de registro, consignándose tal circunstancia.

4.7.- Cabe hacer presente que el postulante a agente de ventas sólo podrá ejercer funciones de ventas una vez que la Superintendencia haya aprobado sus antecedentes y cursado su incorporación al Registro de Agentes de Ventas.

5.- Actualización del Registro

5.1.- Será responsabilidad de la isapre mantener actualizado el Registro de cada uno de sus agentes de ventas, realizando, dentro del tercer día hábil desde conocido el hecho, las correspondientes modificaciones de los datos personales que los agentes de ventas le informen, y los retiros de aquellos agentes de ventas que no continúan ejerciendo funciones en la isapre.

5.2.- Los agentes de ventas deberán comunicarle a la isapre, dentro de los cinco días hábiles siguientes de ocurrido el cambio, las modificaciones en sus antecedentes personales, tales como, cambio en la dirección particular, dirección de correo electrónico y teléfono, para la debida actualización del Registro de agentes de ventas.

II. Control de la fuerza de ventas

1.- La isapre estará obligada a mantener capacitados a sus agentes de ventas vigentes, quienes deberán someterse a la referida capacitación[471], de tal manera que éstos se encuentren en condiciones de cumplir adecuadamente sus funciones.

La capacitación deberá ser de 15 horas cronológicas y considerar, a lo menos, la revisión y actualización de las materias señaladas en estas instrucciones; las normas vigentes contenidas en los compendios y en otros actos[472] de la Superintendencia atingentes a esas materias y la legislación y decretos relacionados con el sistema de salud privado.

2.- La isapre deberá someter a una nueva capacitación a sus agentes de ventas, al menos una vez cada dos años, contados desde la última capacitación certificada[473].

Dicha capacitación puede realizarla la propia isapre o un organismo contratado por ésta y podrá efectuarse a distancia, a través de video conferencias, e-learning u otras metodologías cuya ejecución pueda acreditarse ante esta Superintendencia.

Adicionalmente a la capacitación, deberá aplicarse una prueba de conocimientos a dichos agentes de ventas, en los mismos términos establecidos en el punto 3.5, anteriormente señalado.

Si a través del resultado de la prueba de conocimientos se comprueba que el agente de ventas no cuenta con dichos conocimientos, la isapre o el organismo contratado por ésta, deberá efectuar una nueva capacitación y evaluación, dentro de los 30 días siguientes de aplicada ésta, a fin que se obtengan los conocimientos respectivos.

En el evento de que el agente de ventas repruebe la evaluación correspondiente a la capacitación a que se hace referencia en el párrafo anterior, la isapre deberá comunicar esta situación a la Superintendencia, dentro del quinto día hábil de emitida la referida evaluación, y someter a dicha persona a una nueva capacitación y evaluación de

[471] Frase intercalada por Circular IF N° 417, de 24.11.22
[472] Frase substituida por Circular IF N° 417, de 24.11.22
[473] Párrafo substituido por Circular IF N° 417, de 24.11.22

conocimientos, en los mismos términos ya indicados en el presente título, dentro de los 45 días hábiles siguientes de emitida la última evaluación.

Si el agente de ventas, sin motivo debidamente justificado y comprobado, no asiste a las capacitaciones referidas en los anteriores párrafos cuarto y quinto o reprueba la evaluación establecida en la parte final del párrafo precedente, se procederá a dejar sin efecto, mediante resolución fundada, su inscripción en el Registro de Agentes de Ventas, por incumplimiento del requisito o condición previsto en el numeral 3 del inciso primero del artículo 177 del DFL N°1, de 2005, de Salud, esto es, "acreditar los conocimientos suficientes sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional".[474]

3. La certificación de la capacitación y evaluación realizada para la actualización de conocimientos, deberá efectuarse tal como se señala en el numeral 3 “Capacitación y Evaluación de Conocimientos en Materias Relativas al Sistema Isapres”, del punto I “Registro de agentes de ventas” e incorporarse al Registro de Agentes de Ventas que lleva esta Superintendencia, a través de la aplicación informática a que se hace mención en el numeral 4.2 del punto I del presente Título, a más tardar al mes siguiente de impartida la capacitación y aprobada la correspondiente evaluación.[475]

4.- Esta Superintendencia ejercerá un control periódico y directo del cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente apartado, para lo cual podrá disponer de visitas inspectivas, sin aviso previo, en las cuales se evaluará el funcionamiento de la fuerza de ventas de la isapre.

5.- Las isapres deberán velar por el correcto comportamiento de sus agentes de ventas en el desarrollo de sus funciones y estarán obligadas a denunciar a esta Superintendencia los incumplimientos graves y gravísimos, definidos en el apartado III “Procedimiento Sancionatorio”, que éstos cometan respecto de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie este Organismo.

6.- La isapre tendrá responsabilidad administrativa y contractual ante la Superintendencia de Salud y los afiliados por todos los actos, errores, omisiones o infracciones a la normativa vigente, que cometa el agente de ventas en el ejercicio de sus funciones.

III. Procedimiento Sancionatorio

1. Las Sanciones

Aquellos agentes de ventas que en ejercicio de sus funciones incurran en algún incumplimiento de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por ésta con censura, multa de hasta quince unidades tributarias mensuales o cancelación de su inscripción en el Registro por resolución fundada de la Superintendencia. El no pago de la multa habilitará a la Superintendencia para cancelar el registro.

Para los efectos de la aplicación de las sanciones a que se refiere el párrafo anterior, los incumplimientos se clasificarán en gravísimos, graves y leves.

1.1. Corresponderán a incumplimientos gravísimos los siguientes y deberán ser sancionados con cierre de registro[476]:

a) Ingresar a tramitación de la isa pre, una o más suscripciones o modificaciones de contratos de salud previsional, con firmas o huellas dactilares falsas, antecedentes falsos o simulados, o, en general, documentos que no contaron con el consentimiento de la persona afiliada;

b) Haber participado en la falsificación de firmas, huellas dactilares o de antecedentes acompañados a la suscripción o modificación de un contrato de salud previsional, aunque éstas hayan sido ingresadas a tramitación por otro agente de ventas;

[474] Párrafos 5° y 6° agregados por Circular IF N° 417, de 24.11.22
[475] Numeral modificado por Circular IF N° 417, de 24.11.22
[476] Listado reemplazado por Circular IF N° 417, de 24.11.22

c) Ingresar a tramitación de la Isapre, una o más suscripciones de contratos de salud previsional, con información falsa o simulada, en cuanto a la calidad de trabajador/a dependiente de la persona afiliada, la identidad de su empleador o el monto de las rentas imponibles que percibe;

d) Entrega de información falsa o errónea a la persona afiliada, que haya causado a ésta o a alguno de sus beneficiarios la pérdida de cobertura o de derechos en salud;

e) Ejercer funciones de agente de ventas para una isapre distinta a la habilitante, sin autorización expresa de esta Superintendencia;

f) Ingresar a tramitación de la isapre una o más suscripciones o modificaciones de contratos de salud previsional, en cuya negociación y/o firma por parte de la persona afiliada, hubiese intervenido alguien que no es agente de ventas o que es agente de ventas de otra isapre. Asimismo, delegar en terceros que no son agentes de ventas de su isapre habilitante[477], la negociación, suscripción o modificación de contratos de salud previsional.

g) Reiteración de faltas calificadas como graves, que hubiesen sido sancionadas dentro de los últimos dos años;

h) Haber entregado en la etapa de postulación a una isapre, documentación falsa o inexacta para acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos para su inscripción en el registro;

i) No pago de la multa impuesta, conforme a lo dispuesto en el inciso 4° del artículo 177 del DFL Nº 1, de 2005, de Salud;

j) Otros incumplimientos similares que impliquen perjuicio a las personas beneficiarias o a la isapre.

La persona agente de ventas a quien se le haya cancelado su inscripción en el Registro, sólo podrá ser reincorporada al mismo, previo cumplimiento de las condiciones que se indicarán en los párrafos siguientes, transcurridos dos años, contados desde la fecha en que quedó ejecutoriada la resolución que aplicó la medida[478].

La persona agente de ventas que desee ser reincorporada al Registro, deberá solicitarlo por escrito a la Superintendencia, la que resolverá, de acuerdo al mérito de los antecedentes, si accede o no a la solicitud.

La resolución que emita la Superintendencia deberá ser fundada. Para aprobar o rechazar la solicitud de reincorporación, podrá considerar, entre otros antecedentes, la naturaleza de la conducta sancionada con la cancelación de inscripción en el Registro; el historial de infracciones cometidas por el o la agente de ventas y la cantidad de veces que se le sancionó con la cancelación de su inscripción[479].

Con todo, no se requerirá el transcurso de los dos años si la solicitud de reapertura de registro de un o una agente de ventas se funda en la dictación de una sentencia judicial definitiva que acredite la falta de responsabilidad de aquél o aquélla en los hechos que hayan dado lugar al cierre. Serán aplicables a dicha solicitud -en lo demás- las instrucciones contenidas en los párrafos precedentes[480].

1.2. Corresponderán a incumplimientos graves los siguientes, y podrán ser sancionados con multa de hasta 15 UTM[481]:

a) Entrega de información errónea o falsa a la persona afiliada en cuanto al precio, vigencia, coberturas y beneficios del contrato de salud previsional o modificación de éste;

b) Traspasar a otro agente de ventas de la misma Isapre, la suscripción o modificación de un contrato de salud previsional, sin autorización de la isapre o sin conocimiento de la persona afiliada;

[477] Vocablo substituido por Resolución IF 3997, de 11.3.2024.
[478] Modificado por CIF 486, de 15.11.2024.
[479] Párrafos tercero y cuarto, insertados por CIF 486, de 15.11.2024.
[480] Modificado por CIF 486, de 15.11.2024.
[481] Listado reemplazado por Circular IF N° 417, de 24.11.22. La Resolución IF 3997, de 11.3.2024 eliminó la letra d), que decía: “d) Ejercer simultáneamente -bajo cualquier régimen laboral- funciones relacionadas con la oferta o comercialización de contratos de seguro de salud, cuyo objeto sea el otorgamiento de cobertura para prestaciones de salud complementaria o adicional a la que entregan las isapres”. Además, reordenó las letras a) a f) como a) hasta e), producto de la eliminación referida.

c) Ingresar a tramitación de la Isapre una suscripción o modificación de contrato de salud previsional, en cuya negociación y/o firma por parte de la persona afiliada, intervino otro agente de ventas de la misma Isapre, sin autorización de ésta o sin conocimiento de la persona afiliada;

d) Reiteración de faltas calificadas como leves, que hubieren sido sancionadas dentro de los últimos dos años; y,

e) Otros incumplimientos similares.

1.3. Corresponderán a incumplimientos leves y podrán ser sancionados con censura, todos aquellos hechos, actos u omisiones que contravengan una obligación de sus funciones como agentes de ventas y no constituyan una infracción gravísima o grave.

2. La denuncia

La isapre que solicite la aplicación de una sanción en contra de algún agente de ventas, tenga o no relación laboral con la denunciante, deberá formular una denuncia por escrito ante esta Superintendencia, tan pronto tome conocimiento de los hechos denunciados. En los casos que éstos hayan ocurrido con más de 6 meses de anterioridad, deberá igualmente remitirlos a este Organismo, no obstante haya operado la prescripción de la acción sancionatoria.

En dicha denuncia se deberán expresar con claridad y precisión los siguientes antecedentes:

a) Individualización completa del denunciante.

b) Individualización completa del denunciado, expresando su nombre, dirección y teléfono.

c) Expresión completa y precisa de los hechos en los que funda la denuncia, infracciones imputadas al denunciado, fecha y circunstancias en las que se habrían verificado, adjuntando fotocopia de los documentos que respalden dicha denuncia, en particular, la carta de reclamo si es que la hubiera, y todos aquellos antecedentes que hubieren sido determinantes en la presentación de ésta[482].

d) Relación pormenorizada de los antecedentes de prueba que acrediten los hechos denunciados y la participación en ellos del denunciado.

e) Informe de las medidas administrativas, legales y de cualquier índole que hubiere adoptado la institución denunciante.

f) En aquellas denuncias relacionadas con disconformidad de firma o huella del afiliado, la isapre deberá acompañar peritaje caligráfico o dactiloscópico, según corresponda, respecto de los documentos originales dubitados, efectuado por alguno de los peritos que, para la correspondiente especialidad, figure en la nómina conformada y aprobada por los Tribunales Superiores de Justicia o por quien determine la ley[483].

Aquellas denuncias que no cumplan con los requisitos antes señalados, podrán ser[484] devueltas a la isapre para que, dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde notificado el requerimiento de este Organismo Fiscalizador, envíe todos los antecedentes exigidos, bajo apercibimiento de tenerlas por no presentadas.

La Superintendencia podrá perseguir de oficio la responsabilidad de un agente de ventas ante irregularidades de que tome conocimiento en el ejercicio de sus funciones.

3.- La Notificación de los actos administrativos a través de correo electrónico

[482] Literal modificado por Circular IF N° 417, de 24.11.22
[483] Literal modificado por Circular IF N° 417, de 24.11.22
[484] Expresión reemplazada por Circular IF N° 417, de 24.11.22

Los agentes de ventas que hayan suscrito el formulario contenido en el Anexo Nº 2 del presente Título, serán notificados por correo electrónico de los actos administrativos emitidos por esta Superintendencia.[485]

Segundo párrafo eliminado [486]

La notificación que se efectúe por medios electrónicos tiene los mismos efectos de la que se realiza por carta certificada o en forma personal por funcionario de esta Superintendencia.

Sin perjuicio de lo anterior, el agente de ventas se entenderá debidamente notificado del acto administrativo remitido electrónicamente, si efectúa cualquier gestión que suponga su conocimiento sin haber reclamado previamente la falta de notificación o la ineficacia de la misma.

La notificación electrónica deberá indicar el N° del caso, los recursos y plazos pertinentes, adjuntando el acto administrativo en formato PDF.

Se entenderá que la notificación ha sido practicada el mismo día en que se hubiere verificado la comunicación electrónica, de tal manera que los plazos establecidos comenzarán a correr el día hábil siguiente, conforme a la regla general. Para estos efectos se considerarán inhábiles los días sábado, domingo y festivos.

En caso que la notificación electrónica no pueda efectuarse por caso fortuito o fuerza mayor, fehacientemente acreditados, podrá realizarse a través de los medios tradicionales, esto es, a través de carta certificada dirigida a su domicilio, o de modo personal, por medio de un funcionario de la Superintendencia, de acuerdo a las reglas generales.[487]

Será obligación del agente de ventas mantener actualizada su dirección de correo electrónico y con capacidad suficiente y operativa para recibir las comunicaciones electrónicas que se le envíen. Si cambia su casilla de correo electrónico, sin perjuicio de informarlo a la isapre en la que se encuentre contratado, deberá comunicarlo directamente a esta Superintendencia, suscribiendo al efecto y en las dependencias de este Organismo Fiscalizador, un nuevo formulario de autorización.

4. Tramitación del procedimiento de sanciones

El procedimiento de sanciones de agentes de ventas se tramitará de acuerdo a lo señalado en las instrucciones referidas al procedimiento de sanciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, contenidas en el Capítulo VIII de este Compendio de Procedimientos.

[485] Párrafo reemplazado de acuerdo a la Circular IF/Nº357, de 25 de junio de 2020
[486] Se eliminó el segundo párrafo del numeral 3, de acuerdo a la Circular IF/Nº357 de 25 de junio de 2020
[487] Párrafo reemplazado de acuerdo a la Circular IF/Nº357, de 25 de junio de 2020

Anexo N°1

FICHA DE REGISTRO

FOTOGRAFÍA

(Tamaño no superior a 3,5por 4,5 cms.)

_____

(Nombre completo Agente de Ventas)

Nº de RUT o C.I. Firma

OBSERVACIONES:

Anexo N°2

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR NOTIFICACIONES POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO PARTICULAR O PERSONAL[488]

En _____, a _____ de _____ de _____

Yo, _____

Cédula de Identidad N° _____

En mi calidad de Agente de Ventas:

DECLARO QUE MI DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PARTICULAR O PERSONAL [489]PARA LOS EFECTOS DE LAS NOTIFICACIONES DE ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE DEBA EFECTUARME LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, ES EL SIGUIENTE:

……

ACEPTO QUE LAS NOTIFICACIONES QUE SE ME HAGAN POR ESTA VÍA, SE ENTENDERÁN PRACTICADAS EL MISMO DÍA QUE SE HUBIERE VERIFICADO LA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA, DE TAL MANERA QUE LOS PLAZOS COMENZARÁN A CORRER AL DÍA SIGUIENTE HÁBIL, CONSIDERÁNDOSE PARA ESTOS EFECTOS, INHÁBILES LOS DÍAS SÁBADO, DOMINGO Y FESTIVOS.

[488] Se agrega la expresión “particular o personal”, de acuerdo a la Circular 357, de 25 de junio de 2020
[489] Se agrega la expresión “particular o personal”, de acuerdo a la Circular 357, de 25 de junio de 2020

ME HAGO RESPONSABLE DE MANTENER MI DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PARTICULAR O PERSONAL[490] CON CAPACIDAD SUFICIENTE Y OPERATIVA PARA RECIBIR LAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS QUE SE ME ENVÍEN.

ADEMÁS, ME OBLIGO A MANTENER ACTUALIZADA MI CASILLA DE CORREO ELECTRÓNICO PARTICULAR O PERSONAL[491] Y A COMUNICAR CUALQUIER CAMBIO QUE SE PRODUZCA EN ÉSTA, INFORMANDO A LA ISAPRE EN LA QUE ME ENCUENTRE CONTRATADO Y DIRECTAMENTE A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES DE OCURRIDO EL CAMBIO, SUSCRIBIENDO AL EFECTO Y EN LAS DEPENDENCIAS DE ESE ORGANISMO FISCALIZADOR, UN NUEVO FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN.

Firma del Agente de Ventas
(de puño y letra)
Huella digital del Agente de Ventas”

[490] Se agrega la expresión “particular o personal”, de acuerdo a la Circular 357, de 25 de junio de 2020
[491] Se agrega la expresión “particular o personal”, de acuerdo a la Circular 357, de 25 de junio de 2020

Título V. Comunicaciones mediante transmisión electrónica de datos

Se autoriza a las isapres para utilizar, en el cumplimiento de su objeto, sistemas de comunicación basados en la transmisión electrónica de datos, ya sea entre ellas o con otras personas naturales o jurídicas. En el sistema de comunicaciones se podrán realizar: intercambio de datos referidos a información, órdenes generales y órdenes que generen transferencia de fondos.

Las isapres serán responsables de garantizar que las transmisiones de datos se efectúen en forma segura, íntegra y confidencial.

Las instrucciones de este Título deben entenderse sin perjuicio de lo dispuesto en las instrucciones impartidas por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud a propósito del procedimiento uniforme que deberán adoptar las isapres frente a requerimientos de datos sensibles de sus cotizantes y beneficiarios o ex beneficiarios.

1. Aspectos generales

1.1. Sistema de comunicaciones basado en la transmisión electrónica de datos: está compuesto por un emisor y un receptor conectados a través de enlaces físicos o lógicos, que comparten una estructura de mensajes y normas de funcionamiento comunes, y los dispositivos electrónicos necesarios para su operación.

En este Título, cada vez que se mencione el sistema de comunicaciones se entenderá que se hace referencia al sistema de comunicaciones para la transmisión electrónica de datos.

1.2. Mensaje: secuencia de caracteres utilizados para transportar datos entre dos o más agentes, de acuerdo a un formato estructurado.

1.3. Transmisión electrónica de datos: intercambio de mensajes.

1.4. Transferencia de fondos: operaciones que generen movimientos de débitos o créditos de dinero en una cuenta corriente bancaria.

1.5. Los intercambios de información, órdenes generales y órdenes que generen transferencias de fondos, podrán comprender, entre otras, las siguientes materias: la declaración de cotizaciones de salud previsional, pago y recaudación de cotizaciones, excedentes de cotizaciones, deuda de cotizaciones, pago de prestaciones, bonos de prestaciones, registros y estadísticas que deben mantener las isapres, constitución y actualización de garantías, subsidios por incapacidad laboral, cotizaciones previsionales que deben efectuar las propias isapres, reclamos o controversias.

1.6. Registro: Cada isapre deberá mantener un registro con la totalidad de los mensajes enviados y recibidos, el que se denominará Registro de Documentación Electrónica.

1.7. El Registro de Documentación Electrónica y el contenido de los mensajes intercambiados deberán respaldarse en un medio inalterable, debido a que constituyen la documentación de respaldo de la contabilidad de las isapres y de la aplicación de los diversos procedimientos operativos instruidos por esta Superintendencia.

Cuando se trate de operaciones que involucren el intercambio entre isapres, el contenido de los mensajes deberá respaldarse tanto en el origen como en el destino; en cambio, si la isapre sólo es receptora o emisora, será responsabilidad de ella respaldar lo que sea de su competencia.

El Registro de Documentación Electrónica de los mensajes enviados y recibidos, debe indicar, a lo menos, los siguientes aspectos:

a) La identificación del mensaje

b) El emisor y el o los receptores

c) Fecha y hora del envío

d) Fecha y hora de la recepción

e) Materia o encabezado

1.8. El intercambio de los mensajes referidos a información, órdenes generales y órdenes que generen transferencia de fondos deberán realizarse encriptados, con el objeto de garantizar su confidencialidad. La Superintendencia deberá tener acceso en todo momento al contenido de los mensajes en su estado original, siendo responsabilidad de las isapres que esta disposición se cumpla en forma estricta.

1.9. Los mensajes que se emitan deberán contener la identificación de su emisor mediante la firma electrónica de un funcionario autorizado por la isapre. La autorización será conferida a través de un mandato, el que será otorgado mediante escritura pública. Sin perjuicio de esto, la isapre será siempre responsable de las operaciones que se realicen mediante el uso de la tarjeta que contiene la firma electrónica.

1.10. El sistema de comunicaciones deberá disponer de un mecanismo de detección y corrección de los errores producidos en la transmisión, que informe tanto al emisor como al destinatario de la situación producida, generando a partir de ello, un requerimiento para el envío de un nuevo mensaje corregido.

2. Requisitos del sistema de comunicaciones

2.1. Para realizar los intercambios referidos a información, órdenes generales y órdenes que generen transferencias de fondos, las isapres deberán disponer de mecanismos de control que garanticen la seguridad, integridad y confidencialidad de los mensajes intercambiables, en el sentido que no sufran alteraciones entre emisor y destinatario y su contenido sólo sea conocido por ellos.

Para tales efectos, el sistema de comunicaciones deberá cumplir en forma obligatoria, a lo menos con los siguientes requisitos:

a) Disponer de un perfil de seguridad que garantice el acceso sólo de operadores autorizados.

b) Disponer de mecanismos para detectar si los mensajes transmitidos sufrieron alguna pérdida o alteración entre el emisor y el receptor.

c) Transmitir los mensajes encriptados, para resguardar la confidencialidad de los mismos.

d) Disponer de mecanismos que garanticen la imposibilidad de que alguna de las partes del intercambio, pueda desconocer su participación en él.

e) Certificar el origen de cada mensaje.

f) Certificar la recepción de los mensajes.

g) Verificar que el receptor corresponde al destinatario del mensaje e impedir que un tercero pueda acceder al contenido del mismo.

h) Disponer de un sistema de firma electrónica.

i) Llevar un Registro de Documentación Electrónica de las operaciones realizadas.

j) Proveer elementos de respaldo para los mensajes enviados y recibidos.

k) Asegurar la funcionalidad de los procedimientos en forma compatible con la normativa que regula la operación de las isapres, en especial en lo que se refiere a los formatos y estructuras de los mensajes y sus horarios.

2.2. Las isapres podrán optar por un sistema de comunicaciones administrado por terceros, en cuyo caso, el correspondiente contrato de prestación de servicios deberá incluir cláusulas que hagan expresa referencia a los mecanismos que aseguren el cumplimiento de los requisitos señalados.

2.3. Sin perjuicio de lo antes expresado, cuando se trate de órdenes que generen transferencia de fondos entre las isapres o de una isapre hacia terceros, serán ellas las responsables de realizar las operaciones de transmisión, tanto en el origen como en el destino de las transferencias, según corresponda, no siendo posible la delegación de la firma electrónica en una persona distinta al funcionario mandatario de la isapre.

3. Procedimientos de operación

3.1. Para realizar operaciones de intercambio referidas a información, órdenes generales, órdenes que generen transferencia de fondos entre las isapres y otras personas naturales o jurídicas, deberán establecerse formatos estandarizados y procedimientos de operación previamente aprobados por la Superintendencia y acuerdos escritos entre las partes, que incluyan los procedimientos de las respectivas operaciones.

3.2. Las operaciones de intercambio referidas a información, órdenes generales y órdenes que generen transferencia de fondos entre las isapres, relativas a los afiliados y que se refieran a procesos regulados por la normativa emitida por la Superintendencia, no requerirán de la firma de un acuerdo entre ellas. Lo anterior, sin perjuicio de lo instruido en relación al procedimiento que deben seguir las isapres frente a requerimientos de información que contenga datos sensibles de sus afiliados y beneficiarios o ex beneficiarios.

3.3. Para cada tipo de operación se definirán los formatos que se utilizarán, los que al menos deberán incluir la descripción, el contenido, los campos, reglas de validación, los valores posibles y su tamaño.

3.4. Los procedimientos de cada tipo de operación incluirán, al menos, los siguientes elementos la información a intercambiar, los formatos a utilizar, los participantes, la periodicidad, la oportunidad (día y horario), la relación entre los archivos a utilizar (consulta/respuesta), las acciones a seguir en caso de errores o rechazos.

3.5. Los procedimientos que impliquen instrucciones que generen transferencia de fondos, deberán considerar la emisión de un comprobante en que consten las operaciones realizadas y que al menos incluya la identificación de los participantes, las cuentas debitadas y acreditadas, el concepto de la operación efectuada, el período, el número de registros, el monto transferido y la fecha de su realización.

3.6. La relación formal entre los participantes del intercambio, con excepción de lo señalado en el número 2 anterior, deberá quedar establecida por medio de un acuerdo o convenio escrito de intercambio, el que deberá explicitar el tipo de operaciones, las autorizaciones, la regulación de responsabilidades, los derechos y las obligaciones de las isapres y de las otras personas involucradas, en todo lo que se relaciona con la administración y uso del sistema, y en particular, la estipulación de los mecanismos de seguridad, el control y la confidencialidad de las operaciones que se efectúen.

El acuerdo o convenio deberá incluir como parte integrante los procedimientos de operación definidos precedentemente.

3.7. Para aquellas operaciones que impliquen órdenes que generen transferencias de fondos, el acuerdo o convenio suscrito con terceros deberá contener, adicionalmente, la identificación de las cuentas corrientes que se utilizarán y los montos máximos autorizados de giro. Las cuentas corrientes de las isapres deberán ser de uso exclusivo para este tipo de operaciones.

3.8. Las isapres podrán utilizar el sistema de comunicaciones de correo electrónico, el cual no requerirá de los controles, los procedimientos y las formalidades señaladas en estas instrucciones.

4. Obligación de mantener la prestación de servicios en la forma tradicional

4.1. Las isapres que decidan emplear los sistemas de comunicaciones mencionados en este Título, estarán obligadas a mantener la forma tradicional de prestación de servicios, para aquellas personas naturales y jurídicas que no utilicen servicios de transmisión electrónica de datos.

4.2. La calidad de los servicios otorgados y la información que se proporcione a ambos grupos de personas, conforme a lo señalado en el número precedente, deberá ser la misma, sólo con las diferencias propias de los sistemas autorizados en lo que se refiere a la rapidez con que se efectúan los intercambios de datos.

5. Informe de auditoría

Anualmente, el departamento de auditoría interna o los auditores externos que contraten las isapres, según lo estimen conveniente, deberá emitir una opinión referida a la efectividad de los mecanismos de seguridad y de control interno de los sistemas utilizados, que se autorizan en estas instrucciones.

Título VI: Procedimiento de notificación electrónica del Formulario Único de Notificación a las entidades encargadas del pago de la cotización

Introducción:

Las presentes instrucciones regulan los aspectos necesarios para el adecuado funcionamiento del procedimiento de notificación electrónica del FUN, el que se caracteriza por el uso de comunicaciones electrónicas, permitiendo un resultado equivalente a la notificación por escrito.

En consecuencia, el uso del medio electrónico no altera, de modo alguno, los derechos y obligaciones de los participantes en la notificación del FUN, como si ésta fuese hecha en formato papel, como tampoco las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud.

La isapre que voluntariamente suscriba convenios por la presente normativa, deberá utilizar en forma preferente la notificación del FUN en forma electrónica por sobre la modalidad en formato papel.[492]

I.- Definiciones

Para efectos de las presentes instrucciones, los siguientes términos y expresiones tendrán el significado que a continuación se señala:

Repositorio de Datos: Conjunto de medios informáticos que forman un todo autónomo capaz de realizar el procesamiento y transferencia de información con el fin de permitir la notificación electrónica del FUN.

Repositorio de Comunicaciones: Conjunto de medios informáticos que forman un todo autónomo capaz de almacenar las comunicaciones que se efectúan durante la notificación electrónica del FUN, permitiendo su posterior monitoreo y/o auditoría.

Operador: Persona jurídica que se encuentra en condiciones de celebrar los respectivos convenios de prestación de servicios informáticos para la notificación electrónica del FUN.

Convenios de Prestación de Servicios Informáticos: Instrumentos que permiten y regulan la relación jurídica entre el Operador y las isapres y entre las isapres y las entidades encargadas del pago de la cotización que deseen adscribirse al procedimiento de la notificación electrónica del FUN

Disponibilidad del FUN en forma electrónica: Acto a través del cual la información del FUN y el mismo debidamente extendido, queda disponible en el Repositorio de Datos para que el receptor pueda acceder a éste.

II.- Procedimiento de notificación electrónica del FUN

El presente procedimiento considera la participación de los siguientes actores:

1. Afiliado
2. Isapre
3. Entidad encargada del pago de la cotización
4. Operador

En el modelo operativo de la notificación electrónica del FUN, las relaciones entre dichos actores se llevan a cabo con el apoyo de un sistema de información provisto por uno o más Operadores.

[492] Introducción insertada por Circular IF/275, de 2016.

A) Descripción del Proceso

Cualquier FUN que sea puesto en conocimiento de la entidad encargada del pago de la cotización podrá ser notificado mediante un sistema electrónico cuyo funcionamiento se grafica en el Anexo Nº 1 de este Título. Dicho sistema electrónico contemplará las siguientes etapas:

1. La isapre deberá registrar en el Repositorio de Datos los antecedentes contenidos en el FUN y una copia de éste debidamente extendido. Estos datos deberán estar disponibles para las entidades encargadas del pago de la cotización a través de un mecanismo de acceso único. Los antecedentes registrados en el Repositorio de Datos deberán ajustarse al formato detallado en el Anexo Nº 2, de este Título.
2. La isapre, mediante un correo electrónico remitido antes del décimo día del mes siguiente a la fecha de emisión del FUN de que se trate, deberá informar a la entidad encargada del pago de la cotización la disponibilidad del FUN en forma electrónica, con copia al Repositorio de Comunicaciones. Dicho correo electrónico deberá contener los datos indicados en la letra B), de este Título.
3. La isapre deberá comunicar, vía correo electrónico, a todo afiliado que haya informado en la isapre una casilla de correo electrónico, el envío de la notificación electrónica efectuada a la entidad encargada del pago de su cotización, en la misma fecha que informe a dicha entidad la disponibilidad del FUN en forma electrónica.
4. Luego de recibido el correo electrónico enviado por la isapre que informa la disponibilidad del FUN en forma electrónica, la entidad encargada del pago de la cotización deberá ingresar a la dirección electrónica del Repositorio de Datos, directamente o mediante el link de acceso, utilizando una cuenta y password, a fin de tomar conocimiento acerca del o los nuevos FUN correspondientes a las personas por las que debe cotizar.
5. La entidad encargada del pago de la cotización podrá acceder a los principales datos contemplados en el FUN y a dicho formulario debidamente extendido.
6. Una vez que la entidad haya ingresado a la vista, deberá aceptar o rechazar la notificación y en este último caso indicar la causal de dicho rechazo.
7. El día y hora del acceso al Repositorio de Datos por parte de la entidad encargada del pago de la cotización deberá registrarse automáticamente en el Repositorio de Comunicaciones.

B) Contenido de las comunicaciones

Las comunicaciones entre la isapre y la entidad encargada del pago de la cotización serán estandarizadas, conforme a los contenidos necesarios y suficientes para efectuar el procedimiento de notificación del FUN, según se instruye a continuación:

1. Correo electrónico de la isapre

En el mensaje del correo electrónico que la isapre envíe a la entidad encargada del pago de la cotización se deberá informar lo siguiente:

a) El objetivo de comunicar las actualizaciones de FUN y cotizaciones a descontar de los afiliados que se individualizan en una nómina que se adjuntará al correo.

b) El mes en que se emitió el FUN.

c) El mes de remuneración en que se debe descontar la nueva cotización de salud.

d) El vínculo o link de acceso al Repositorio de Datos.

e) El correo electrónico al que la entidad encargada del pago de la cotización debe enviar sus datos actualizados, si lo requiere.

2. Nómina adjunta al correo electrónico de la isapre

La nómina que se deberá adjuntar al correo electrónico que dé aviso a la entidad encargada del pago de la cotización sobre los movimientos de FUN de los afiliados, deberá contener sólo los siguientes antecedentes:

a) RUT del afiliado

b) Nombre del afiliado

c) RUT de la entidad encargada del pago de la cotización

d) Folio del FUN

e) Isapre que notifica

C) Plazos

Los plazos de que dispone la isapre para notificar electrónicamente los FUN son los mismos que se encuentran establecidos para la notificación en formato papel.[493]

III. Convenios

Para los efectos de realizar la notificación electrónica del FUN deberán suscribirse convenios entre las partes, los cuales tendrán como objeto la prestación de servicios informáticos que permitan llevar a cabo dicho procedimiento. Habrá tres tipos de convenios, según las partes que los suscriban, los que se detallan a continuación:

- ✓ Convenio entre la Isapre y el Operador del Repositorio de Datos
- ✓ Convenio entre la Isapre y el Operador del Repositorio de Comunicaciones
- ✓ Convenio entre la Isapre y las Entidades Encargadas del Pago de la Cotización.

1. Contenido mínimo de los convenios

Sin perjuicio de la libertad de las partes para acordar las cláusulas que estimen pertinentes, los tipos de convenio señalados precedentemente deberán, al menos, referirse a las siguientes materias:

1.1. Convenios de Prestación de Servicios Informáticos: Materias comunes a estos tipos de contratos

a) Estipulación de la fecha de inicio del convenio.

b) El término de los respectivos convenios de prestación de servicios informáticos no podrá implicar bajo ninguna circunstancia la suspensión del procedimiento de notificación de aquellos FUN que estén en tramitación.

c) La información que se genere por la ejecución del convenio no puede ser objeto de propiedad ni uso privados, no pudiendo, en consecuencia, alegarse por ninguna de las partes del convenio la titularidad exclusiva de dicha información, ni pretender el pago por parte de la otra o de terceros de algún precio o retribución por su uso.

d) En los respectivos convenios de prestación de servicios informáticos las partes se deberán obligar a guardar reserva y confidencialidad respecto de toda la información que constituya un dato personal de acuerdo a la Ley Nº 19.628.

[493] La Circular IF/275, de 2016, reemplazó la expresión “tradicional” por “en formato papel”.

e) Implementar y mantener medios tecnológicos que permitan resguardar la integridad de la información y su respaldo.

f) Debe tener prohibida la subcontratación, delegación, cesión, transferencia a cualquier título, sea a título gratuito u oneroso, traslaticio o no traslaticio de dominio de los derechos y obligaciones que emanan para el Operador de este Convenio, que implique que éste pierda alguna de las calidades que lo habilitan para la celebración de este convenio.

g) El Operador deberá hacer entrega íntegra a la isapre del respaldo de toda la información sobre los FUN notificados en forma electrónica, la que deberá garantizar la consistencia e integridad de la información, en caso que el término del convenio se origine en el cese de la prestación de servicios por parte del Operador del respectivo repositorio.

1.1.1 Convenio entre la isapre y el Operador del Repositorio de Datos

a) Obligación de la isapre

Mantener en el Repositorio de Datos un registro actualizado de los FUN debidamente extendidos que deben ser notificados a las entidades encargadas del pago de la cotización que hayan adscrito al convenio.

b) Obligaciones del Operador del Repositorio de Datos

a) Enviar al Repositorio de Comunicaciones copia de los correos electrónicos remitidos por la isapre o el Operador del Repositorio de Datos a la entidad encargada del pago de la cotización.

b) Permitir el acceso a la entidad encargada del pago de la cotización al Repositorio de Datos, el que constituye el medio oficial para acceder a la información, en virtud de la cual dicha entidad toma conocimiento y se pronuncia sobre la notificación del FUN.

c) Enviar al Repositorio de Comunicaciones el registro de la hora y fecha de acceso por parte de la entidad encargada del pago de la cotización.

d) Registrar y almacenar el pronunciamiento de la entidad encargada del pago de la cotización en el Repositorio de Datos, respecto de la notificación del FUN.

e) Asegurar el funcionamiento del proceso de notificación del FUN en forma electrónica, en un contexto de uniformidad, eficiencia, seguridad y legalidad.

f) No podrá suspender el procedimiento electrónico de la notificación de los FUN que estén en proceso, en caso de término del convenio, debiendo completar totalmente dicha notificación.

g) Mantener cada registro en su Repositorio de Datos, por un periodo de cinco años, a efectos de permitir su acceso por parte de la isapre, la entidad encargada del pago de la cotización y frente a los requerimientos de la Superintendencia de Salud, durante toda la vigencia del convenio, e incluso tras el término de éste.

h) El Operador deberá permitir el acceso de la Superintendencia de Salud al Repositorio de Datos para efectos de la debida fiscalización que a ésta le corresponde.

1.1.2 Convenio entre la isapre y el Operador del Repositorio de Comunicaciones: Obligaciones del Operador del Repositorio de Comunicaciones

a) Almacenar en el Repositorio de Comunicaciones copia de los correos electrónicos remitidos por la isapre o el Operador del Repositorio de Datos a la entidad encargada del pago de la cotización.

b) Almacenar la información sobre la hora y fecha del envío del correo electrónico de la notificación por parte de la isapre o el Operador del Repositorio de Datos a la entidad encargada del pago de la cotización.

c) Mantener un registro con la hora y fecha de acceso al Repositorio de Datos por parte de la entidad encargada del pago de la cotización.

d) Deberá efectuar cierres diarios de las comunicaciones recibidas mediante algún mecanismo que garantice que los datos permanezcan inalterables en el tiempo.

e) Permitir el acceso al Repositorio de Comunicaciones a la isapre.

f) Mantener cada registro en su Repositorio de Comunicaciones, por un periodo de cinco años, a efectos de permitir su acceso por parte de la isapre y frente a los requerimientos de la Superintendencia de Salud, en caso de término del convenio.

g) El Operador deberá permitir el acceso de la Superintendencia de Salud al Repositorio de Comunicaciones, para efectos de la debida fiscalización que a ésta le corresponde.

1.2 Convenio entre la isapre y la entidad encargada del pago de la cotización

a) Cláusula común

Estipulación de la fecha de inicio del convenio.

b) Obligaciones de la isapre

1) Enviar el correo electrónico a la entidad encargada del pago de la cotización, en la fecha convenida por las partes, teniendo en consideración los plazos legales.

2) Durante la suscripción del convenio deberá entregar una cuenta y password a la entidad encargada del pago de la cotización para que ésta ingrese al Repositorio de Datos.

c) Obligaciones de la entidad encargada del pago de la cotización

1) Luego de recibido el correo electrónico de la isapre o del Operador del Repositorio de Datos informando acerca de los FUN disponibles para ser notificados, la entidad deberá acceder al Repositorio de Datos antes del décimo día del mes siguiente a la fecha de emisión del FUN de que se trate.

2) Una vez que acceda al Repositorio de Datos, dentro del mismo plazo señalado precedentemente, deberá aceptar o rechazar el o los FUN que están siendo notificados y en este último caso, deberá indicar la causal de dicho rechazo.

Sin perjuicio de lo anterior, la isapre podrá conferir un mandato al Operador del Repositorio de Datos para suscribir este convenio directamente con la entidad encargada del pago de la cotización, el que se regirá por las reglas comunes de dicho tipo de contratos. No obstante lo anterior, en este evento, la responsabilidad del procedimiento de notificación seguirá siendo de la isapre respectiva.

IV. Adhesión y revocación al procedimiento de notificación electrónica del FUN[494]

La adscripción al uso del procedimiento de notificación electrónica del FUN es voluntaria y para su materialización deberán celebrarse convenios entre el Operador y la isapre y entre la isapre y las entidades encargadas del pago de la cotización que deseen adscribirse al referido procedimiento.

En cualquier momento, las isapre podrán adherir al procedimiento de notificación electrónica del FUN, debiendo informar por escrito de ello previamente a esta Intendencia, con un mes de anticipación a la fecha de implementación del sistema, señalando expresamente la fecha a contar de la cual se implementará el citado procedimiento.

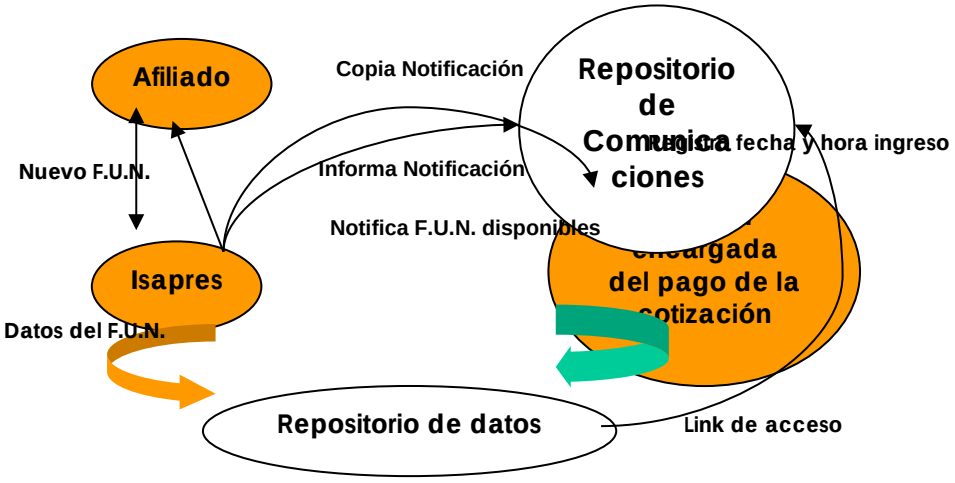
En la misma oportunidad que la isapre informe su adhesión al referido procedimiento deberá enviar a la Intendencia de Fondos y Seguros los convenios suscritos con el o los Operadores del Repositorio de Datos, el o los Operadores del Repositorio de Comunicaciones y el convenio tipo que suscribirá con las entidades encargadas del pago de la cotización con las cuales haya llegado a acuerdo. Asimismo, cada vez que firme un nuevo convenio con un Operador distinto, deberá remitirlo a esta Intendencia.

La adhesión al sistema no podrá ser inferior a un año contado desde la fecha de su implementación. La revocación respectiva deberá comunicarse con un mes de anticipación a que se cumpla el período anual señalado. Si transcurrido un año calendario no se procede a esta comunicación, se entenderá que la adhesión al sistema continúa por el siguiente año.

[494] Epígrafe modificado por Circular IF/275, de 2016.

Anexo N° 1

Modelo Proceso de Notificación Electrónica



Anexo Nº 2

Vista de la Entidad encargada del pago de la cotización que se extrae del Repositorio de Datos

					Cotización a Pagar			Isapre	Pronunciamiento de la Entidad encargada del pago de la cotización			Rut Encargado pago cotización	Fun
Nº	Rut Afiliado	Nombre Afiliado	Folio Fun	Tipo Fun	UF	$	%		Acepta	Rechaza	Causal de Rechazo		
1									X				
2										X			
3									X				
.													
.													
.													

Título VII. Funcionamiento de sucursales, agencias u oficinas de atención de público[495]

I. Sobre las agencias, sucursales u oficinas de atención de público

Toda modificación que experimenten los datos informados en relación a las sucursales, agencias u oficinas de atención de público que han debido comunicar las isapres a la Superintendencia, deberá ser informada a este Organismo con una antelación de, a lo menos, 20 días hábiles, a la fecha en que se pretende la modificación, sin perjuicio de las reglas especiales que a continuación se indican.[496]

1. Concepto de agencia, sucursal u oficina de atención de público

Se entenderá por "sucursal", "agencia" u "oficina de atención de público" todas las dependencias de la isapre, independientemente de la denominación que se le dé, que cada institución ha dispuesto para la realización de cualquier trámite necesario para acceder a los beneficios de salud pactados.

Adicionalmente, se instruye informar los días y horario de funcionamiento de todas las oficinas destinadas a la atención de público, como asimismo, la apertura de nuevas sucursales.

2. Cierre definitivo de oficinas, sucursales o agencias de atención de público[497] [498] [499]

En el caso de que una isapre pretenda proceder al cierre definitivo de una oficina, deberá informar a esta Superintendencia, con un mínimo de tres (3) meses de anticipación, su propósito, debiendo indicar las razones de tal decisión y acompañar los antecedentes que la justifiquen, señalando además, las oficinas cercanas que tienen capacidad para absorber la mayor afluencia de público que implicará dicho cierre, demostrando que ha adoptado las medidas adecuadas para dotarlas de los medios necesarios para otorgar una atención satisfactoria a los usuarios.

Los antecedentes que, como mínimo deberán presentarse junto con la solicitud de cierre que será objeto de evaluación, son los siguientes:

a) Cantidad de beneficiarios que, a la fecha de envío de la información, se verían afectados por el cierre de la sucursal, agencia u oficina que se pretende cerrar.
b) Estadísticas de a lo menos el año calendario anterior a la fecha de la solicitud de cierre, respecto a la cantidad de atenciones que se han otorgado en la sucursal, agencia u oficina de atención de público que se pretende cerrar, desglosando lo que corresponde a atención presencial, virtual, telefónica u otro canal e identificando, además, el tipo de transacción realizada (cambios contractuales, reembolsos en efectivo, GES, presentación de licencias médicas, etc.).
c) Informe correspondiente al año calendario anterior a la solicitud de cierre, sobre la conectividad o cobertura del servicio de Internet en la zona en que se ubica la sucursal, agencia u oficina que se pretende cerrar.

Además, es recomendable que se presente un estudio de satisfacción usuaria en relación a canales virtuales, realizado por una empresa externa.

La Intendencia evaluará los antecedentes aportados y/u otros adicionales, en la eventualidad de que sean necesarios para mejor resolver.

---

[495] Título modificado por la Circular IF/N°223, del 13 de agosto de 2014, y por la Circular IF/N° 315, de 20 de agosto de 2018.
[496] Párrafo modificado por la Resolución Exenta N°419, del 27.10.14
[497] Numeral modificado por la Circular IF/N°246, del 27.05.15
[498] Numeral modificado por la Circular IF/N°392, de 08.09.2021.
[499] Se rechaza recurso de suspensión en contra de la Circular IF/N°392, de 08.09.2021, mediante Resolución Exenta IF/N° 580 de 13.10.2021

No[500] procederá el cierre definitivo de una oficina de atención de público cuando la Intendencia determine su improcedencia, fundada esencialmente en que, de concretarse la medida, habrá beneficiarios que verán seriamente afectado su derecho a una oportuna atención por parte de la isapre por las distancias que deberán recorrer para acceder a sus oficinas. Para adoptar su decisión, la Intendencia tendrá en especial consideración, entre otros antecedentes, el número de oficinas que se mantendrán abiertas en la respectiva ciudad, en particular, si la oficina cuyo cierre se pretende, está ubicada en una gran ciudad o macrozona y la distancia que existe entre las oficinas que permanecerán abiertas al público, tanto respecto de aquella que se pretende cerrar como respecto de aquellas que operan en las ciudades más próximas.

Si fuere autorizado por la Intendencia el cierre definitivo de una oficina de atención de público, la isapre deberá comunicar al menos durante el período de un mes- dependiendo del medio de que se trate- dicha circunstancia a los afiliados, empleadores y público general, a través de su sitio Web; avisos difundidos por medios de comunicación social; avisos ubicados en lugares visibles de la sucursal que cerrará definitivamente; correo electrónico, respecto de los afiliados que lo tengan registrado en la isapre, y otros medios idóneos que la institución disponga al efecto. En tal comunicación deberá indicar las oficinas y mecanismos alternativos de atención de público puestos a disposición de los usuarios.

La isapre deberá entregar una orientación adecuada, suficiente y oportuna a los beneficiarios y empleadores, para la realización de gestiones y trámites, a través de todos los mecanismos antes mencionados.

3. Suspensión de atención de público en una oficina, sucursal o agencia [501]

La suspensión de la atención de público en una determinada oficina a consecuencia de su destinación a otros fines, se considerará equivalente al cierre definitivo, por lo que la isapre deberá ajustarse a las condiciones señaladas en el numeral 2 precedente, de modo de permitir el oportuno ejercicio de los derechos por parte de los beneficiarios.

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 Nº 2, precedente.

Sin perjuicio de lo anterior, dicho cambio de dirección deberá comunicarse a los afiliados con una antelación de 20 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.

6. Autorización de horario reducido para el funcionamiento de las oficinas de atención de público, sucursales y agencias. [502] [503]

Las isapres podrán solicitar, con la misma anticipación instruida en el numeral 3, la autorización para establecer un horario reducido de atención en sus oficinas de atención de público, acompañando los antecedentes en que funden la solicitud.

La Intendencia, tras analizar los antecedentes acompañados, podrá denegar la solicitud o autorizar la fijación de un horario reducido en las condiciones que determine.

Una vez autorizada por la Intendencia la reducción horaria para una oficina, la isapre deberá comunicar dicha circunstancia a los afiliados, empleadores y público general, a través de los medios de difusión contemplados en el párrafo sexto del punto número 2 de la presente instrucción.

---

[500] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF N°327, de 28.04.2022.
[501] Numeral reemplazado por la Circular IF/ N°392, de 08.09.2021.
[502] Numeral eliminado por la Circular IF/N°246, del 27.05.15

[503] Se Incorpora en el lugar del numeral 6 del punto I ,que indicaba **"Eliminado**" por las disposiciones de la Circular IF/N°246, del 27.05.15 un nuevo punto, con instrucciones modificatorias emitidas por la Circular IF /N°392, de 08.09.2021.

7. Cierre temporal de sucursales, agencias u oficinas de atención de público

7.1. Las isapres deberán respetar los días y horarios de funcionamiento de las oficinas de atención de público informados a la Superintendencia.

Las instituciones deberán gestionar permanentemente la adopción de las medidas de prevención que sean necesarias para enfrentar contingencias que pudieren afectar el cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo precedente, a fin de evitar la suspensión o reducción del horario de atención.

7.2. Sólo podrá procederse al cierre de la sucursal, agencia u oficina de atención de público o a la modificación de horarios, ambos en forma temporal, por razones imputables a fuerza mayor. Una vez verificada tal circunstancia, deberá ser informada inmediatamente a la Superintendencia de Salud, presentando las justificaciones pertinentes en relación a los hechos que hagan imposible el funcionamiento de la sucursal, agencia u oficina de atención de público.

7.3. El cierre temporal o la modificación transitoria de horarios de una sucursal, agencia u oficina de atención de público, por razones de fuerza mayor, deberá comunicarse a los afiliados mediante avisos publicados en el mismo recinto[504], el sitio Web institucional [505] y por los demás medios que sean idóneos, debiendo consignar, además, la advertencia que todos aquellos plazos emanados del contrato de salud y los establecidos en la normativa vigente, que venzan el día o días en que la sucursal, agencia u oficina de atención de público se encuentre cerrada o haya modificado su horario de atención, se entenderán prorrogados para el día hábil siguiente. De la misma forma, deberá señalarse que se prorrogarán los pagos de aquellos beneficios comprometidos para dicho día (reembolsos, pago de subsidios, etc.), y deberá informarse el cierre al resto de las isapres, a través de los medios que se estimen pertinentes, para efectos de la tramitación de las cartas de desafiliación.

Asimismo, y sin perjuicio de lo señalado en el párrafo anterior, deberá informarse a los afiliados sobre los mecanismos alternativos con los que cuenta la isapre para asegurar la continuidad del otorgamiento de los beneficios, y en aquellas ciudades o localidades en que la isapre tenga más de una sucursal, agencia u oficina de atención de público, deberá indicar la ubicación de las sucursales que permanezcan abiertas para la atención de público.

Los medios idóneos de aviso a los afiliados comprenderán, a lo menos, una publicación destacada en el sitio o la página web de la isapre; mensaje por correo electrónico a todos quienes tengan registrada una dirección al efecto; mensaje de texto de telefonía celular o redes sociales como WhatsApp, Facebook u otras disponibles; aviso en aplicaciones de "teléfonos inteligentes" y todo otro medio que esté al alcance de la entidad; debiendo utilizar la isapre como mínimo un medio masivo y uno personalizado. Respecto de éste último, se deberá preferir el mensaje por correo electrónico, por sobre otros medios personalizados, cuando el afiliado tenga registrada una dirección**.**[506]

7.4. No obstante lo preceptuado en el número 7.2, si, aun habiéndose adoptado oportunamente las medidas referidas en el párrafo segundo del numeral 7.1, se producen hechos que alteren o dificulten ostensiblemente el correcto funcionamiento de la sucursal y la adecuada atención al público, las isapres podrán solicitar por escrito a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud que autorice en forma especial y excepcional el cierre de la sucursal, agencia u oficina de atención de público, o la modificación de horarios, sólo por el tiempo estrictamente necesario para que se recuperen las condiciones normales de funcionamiento y atención. A diferencia de los casos de fuerza mayor, no se requiere que dichos hechos sean imprevisibles, pero sí que hagan forzoso el cierre o modificación de horario. En consecuencia, no será suficiente para que la solicitud sea aceptada, la invocación de circunstancias que dependan de la mera voluntad de la isapre y que no hagan estrictamente necesario el cierre o reducción del horario de atención.

Dicha solicitud deberá presentarse con una antelación de, a lo menos, 20 días hábiles, a la fecha en que se pretende el cierre temporal o el cambio transitorio de horario de la sucursal, agencia u oficina de atención de público, debiendo la isapre exponer los motivos en los que funda su solicitud y acompañar los antecedentes que la respalden.

---

[504] Se reemplaza, mediante instrucciones de la Circular IF/N°392, de 08.09.2021, la frase "la propia sucursal afectada" por "el mismo recinto"
[505] Se agrega, mediante instrucciones de la Circular IF/N°392, de 08.09.2021, una coma y seguidamente la frase "el sitio Web institucional" antes de la expresión "y por los demás medios que sean idóneos"
[506] Párrafo modificado por Resolución Exenta IF N° 441, de 30 de octubre de 2018.

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud evaluará, con el mérito de lo solicitado y de los antecedentes presentados por la isapre, la pertinencia de autorizar el cierre temporal o el cambio de horario de la sucursal, agencia u oficina de atención de público, y su decisión será comunicada oportunamente al solicitante.

De ser autorizado el cierre temporal o el cambio transitorio de horario de la sucursal, agencia u oficina de atención de público, la isapre solicitante deberá dar cumplimiento a lo estipulado en el número 7.3 precedente. En este caso, la comunicación a los afiliados mediante aviso publicado en la sucursal y por los demás medios idóneos, deberá ser efectuada con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

7.5. Eliminado[507]

[507] Eliminación efectuada mediante Circular IF/N° 315, de 20 de agosto de 2018.

II. Sobre los funcionarios de las isapres en las oficinas

1. Cada oficina deberá contar con un Jefe de Oficina, Sucursal o Agencia.

El funcionario designado para el desempeño de este cargo deberá ser informado a la Superintendencia, dentro de los cinco días siguientes a su designación.

2. En cada agencia deberá designarse un funcionario para que reemplace al Jefe de Oficina, en caso que aquél deba ausentarse.

El Jefe de Oficina, su reemplazante y toda persona que en la agencia realice funciones de atención de público, deberá portar, en todo momento, dentro de la oficina o agencia y en forma visible, una tarjeta de identificación en que se señale su nombre y cargo.

III. Sobre el registro de la atención de público [508]

1. Las isapres deberán contar con un registro de las consultas que sean atendidas en forma presencial en todas sus sucursales, agencias u oficinas de atención de público, debiendo capturar en forma inmediata los antecedentes básicos del requerimiento planteado, y entregar un comprobante de atención al interesado, con la información que se señala más adelante.

2. Las solicitudes de atenciones a que se refiere el punto anterior corresponden a consultas de los beneficiarios que digan relación con beneficios, mecanismos y procedimientos asociados al contrato de salud.

Se excluyen de las presentes instrucciones los reclamos de que trata el Título I del Capítulo V del Compendio de Procedimientos de esta Superintendencia -que se rigen por tales instrucciones-, así como los trámites y solicitudes cuando éstos generen un comprobante o respaldo por sí mismos al momento de efectuada la solicitud, tales como compra de bonos, reembolsos, tramitación de licencias médicas, suscripción, modificación y término de contrato, entrega de presupuestos y pago de cotizaciones, entre otros.

3.- La información mínima que debe quedar registrada y que debe contener el comprobante de atención que debe ser entregado al requirente, es la siguiente:

a) Nombre, rut y datos de contacto del requirente

b) Fecha y hora de atención

c) materia consultada

d) Plazo de respuesta, que defina la isapre, en caso de ser procedente

e) Nombre del funcionario de la isapre que efectuó la atención

[508] Numeral incorporado por la Circular IF/N°261, del 29 de enero de 2016

Título VIII. Normas para envío de correo certificado[509]

[509] Título eliminado por Circular IF N° 300, de 17.11.2017.

Título IX. Procedimiento de devolución de Subsidios por Incapacidad Laboral a empleadores

Mecanismo dispuesto para la devolución y pago de los Subsidios por Incapacidad Laboral del Sector Público y los Convenios de Pago de subsidios con empleadores privados [510] [511]

Con el objeto de mantener información permanentemente actualizada a disposición de los empleadores públicos y privados que hayan suscrito convenios de pago de SIL, las isapres deberán elaborar mensualmente un registro o inventario pormenorizado sobre la cuenta subsidios por incapacidad laboral, el que incluirá todos aquellos subsidios afectos a garantía de acuerdo al Informe Complementario para el Cálculo de Indicadores Legales de Garantía, Patrimonio y Liquidez que se remite mensualmente.

Dicho inventario se erigirá como una herramienta de uso complementario al procedimiento tradicional de cobro para las entidades requirentes del pago y deberá estar disponible para su consulta, de manera que su empleo permita efectuar la solicitud del reembolso de los subsidios, especialmente de aquellas sumas adeudadas que aún no han sido presentadas a cobro, en los casos en que corresponda.[512]

a. Componentes del inventario derivado de la cuenta Subsidios por pagar
Este inventario parcializado contendrá los subsidios que corresponde pagar a las instituciones empleadoras del sector público y a las empresas privadas con convenio de pago, en el período que se esté informando -proceso normal de pagos- y/o todas aquellas sumas provenientes de otros períodos que estén pendientes de reembolso, indistintamente del medio de pago utilizado y/o la cuenta contable en que la isapre esté registrando tal obligación.[513]

Se incluirán los documentos representativos de obligaciones de dinero de ejercicios anteriores, que 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 haya extinguido.[514]

La información comprendida en el inventario parcializado de la cuenta, debe ser consistente y fiable de manera que tendrá que someterse a permanente actualización, debiéndose rebajar los montos que se encuentren pagados en cada ejercicio, así como también, representar cualquier tipo de ajuste fundamentado que se haya realizado producto de movimientos que afecten a las partidas que lo constituyen[515].

b. Aplicación Web
Este inventario mensual constituirá la base de datos para conformar una aplicación que las isapres tendrán que diseñar e implementar en su página web institucional a modo de servicio de consulta. Su funcionalidad deberá permitir el ingreso con la autenticación mediante el RUT de las empresas privadas con convenio de pago y de las instituciones empleadoras del sector público, de manera tal, que se desplieguen todos los montos pendientes de pago asociados al RUT ingresado en particular y, con el nivel de detalle que se menciona en la presente instrucción.

El acceso a la información deberá ser de manera fácil y expedita, no obstante lo anterior, las isapres deberán tomar todas las medidas de seguridad de la información, respecto a los datos que se consignen en tal registro y en relación a la aplicación que se desarrolle. Asimismo, deberán considerar todos los aspectos técnicos tendientes a mantener siempre disponible esta información.

---

[510] Título incorporado por la Circular IF N°265, de 26.05.2016
[511] Título modificado según Resolución Exenta IF N°262, de 15 de julio de 2016.
[512] Párrafo modificado por Circular IF N° 346, de 2020, con la frase “en los casos en que corresponda”, la que fue suprimida por Resolución SS/N° 968, de 23.12.21, que acogió recursos jerárquicos en contra de aquélla y repuesta por Circular IFN° 491, de 13.1.2025.
[513] Párrafo modificado por Circular IF N° 346, de 2020, reemplazando “cobro” por “reembolso”, lo que fue suprimido por Resolución SS/N° 968, de 23.12.21, que acogió recursos jerárquicos en contra de aquélla y repuesto por Circular IFN° 491, de 13.1.2025.
[514] Párrafo modificado por Circular IF N° 346, de 2020, con la frase “representativos de obligaciones de dinero”, la que fue suprimida por Resolución SS/N° 968, de 23.12.21, que acogió recursos jerárquicos en contra de aquélla y repuesta por Circular IFN° 491, de 13.1.2025.
[515] Párrafo modificado por Circular IF N° 491, de 13.1.2025, que suprimió la frase “cobrados y” que iba antes de “pagados”.

La aplicación dispuesta deberá permitir el acceso al empleador mediante el link establecido en la página dispuesta por la isapre, a través de la obtención de una clave privada de acceso, que será de uso exclusivo de este último, a fin de velar por el efectivo resguardo de la seguridad de la información allí contenida, advertencia que deberá constar por escrito, en el formulario de solicitud o instrucciones de uso que emplee la isapre para la debida autenticación del empleador. Lo señalado, sin perjuicio de las medidas de seguridad que sean aplicadas en las etapas de solicitud y pago según corresponda.

De contar las instituciones de salud con un servicio o aplicación de similares características instalado en su página web, deberán adaptarlo de manera que pueda cumplir con los requisitos mínimos de contenido de la información que determine esta Superintendencia, los cuales se disponen en el punto c).

La publicación en el sitio institucional de las isapre será mensual, el último día hábil del mes siguiente a cada cierre contable, debiendo cuadrar la base de su contenido exactamente con el Informe Complementario que corresponda a cada ejercicio. A modo de ejemplo, la información con los saldos contables del mes de abril que se reporta en el Informe Complementario enviado hasta el último día de mayo, deberá estar disponible en la página web de la isapre el 31 de mayo de 2016 o el día hábil siguiente, si este último fuera sábado, domingo o festivo.

La isapre podrá complementar la información que publique, con los antecedentes en línea de que disponga, permitiendo de esta manera conciliar la información actualizada dirigida a los usuarios de la aplicación, con aquella que se envíe a la Superintendencia, referida en el punto d) de la presente instrucción, lo que deberá quedar expresamente detallado para efectos de fiscalización.

c. Información que debe contener la base de datos de consulta (aplicación Web)
La información a consignar en el inventario de consulta, considerará como mínimo los siguientes campos:
-RUT Destinatario del Pago
-DV destinatario del pago
-Razón social destinatario del pago
-RUN de afiliado
-Número de la licencia
-Número de documento (en caso de documentos caducados)
-Monto a pagar ($) individualizado por RUN afiliado y número de licencia
-Número o correlativo interno y fecha de solicitud formal, en el evento que la isapre capture este dato. Cuando no se haya presentado solicitud formal de cobro deberá señalar textualmente “Pendiente de Solicitud formal”.[516]

Adicionalmente, las instituciones de salud deberán implementar en la misma aplicación, una vez realizada la consulta, la posibilidad de cobrar parcialmente o en su totalidad los montos adeudados que allí se presentan mediante una solicitud de pago directa cursada a través del mismo medio electrónico, empleando para ello, un formato de petición que deberá permitir que la entidad requirente del pago se identifique, consignando su razón social y RUT, debiéndose acompañar además, un texto tipo que indique expresamente que el empleador que se individualiza está “solicitando formalmente” el cobro del o los subsidios dispuestos para su reembolso. Ello, sin perjuicio de lo instruido en relación con los empleadores del sector público en el Capítulo II Título I del Compendio de Beneficios.[517]

Este medio de consulta complementariamente deberá permitir que el empleador requirente, en caso que existan discrepancias con el listado de subsidios adeudados que pone a su disposición la isapre, pueda adjuntar o cargar un archivo con el detalle o las presentaciones que respaldan su solicitud. Se deberá adjuntar en la ubicación o sitio que se ha dispuesto para agregar el archivo, un texto que especifique el contenido mínimo de este último, el que deberá contar con la identificación del afiliado (RUN y Nombre) y de la licencia que se está adeudando.

---

[516] Especificación de requerimiento modificado por Resolución Exenta IF N°262, de 15.07.2016. Sólo si la isapre cuenta con este correlativo interno , deberá informarlo. Viñeta modificada por Circular IF N° 491, de 13.1.2025, que insertó la palabra “formal” a continuación del vocablo “solicitud” las tres veces que aparece.

[517] Párrafo modificado por Circular IF N° 346, de 2020, agregando el texto “Ello, sin perjuicio de lo instruido en relación con los empleadores del sector público en el Título I del Capítulo II del Compendio de Beneficios”, lo que fue suprimido por Resolución SS/N° 968, de 23.12.21, que acogió recursos jerárquicos en contra de aquélla y repuesto por Circular IFN° 491, de 13.1.2025.

Finalmente, la información desplegada no obsta que los usuarios puedan solicitar por cualquier medio a la isapre y ella a su vez disponer de la información complementaria necesaria, para aclarar los pagos de subsidios y cotizaciones previsionales en cualquier situación individual que le sea requerida más aún si surge la necesidad de aportar antecedentes adicionales de ambas partes o de resolver diferencias que no se podrán tramitar mediante la aplicación web.

Las diferencias que surjan no podrán suspender o impedir la solicitud del pago de aquellos subsidios que el empleador ha identificado en el listado de la aplicación y sobre los cuales tiene certeza. En este mismo sentido, ella deberá permitir al requirente del subsidio efectuar algún tipo de selección, marca de clase o identificación de las licencias sobre las que solicitará el pago, en el intertanto se resuelven las diferencias que pudiesen surgir respecto del estado en que se encuentran otros reembolsos de subsidios.

Este mecanismo deberá contemplar expresamente la opción de retirar las sumas adeudadas de manera presencial en las sucursales de la isapre o bien mediante transferencia electrónica, en cuyo caso se deberá considerar una modalidad de ingreso de los datos necesarios para poder llevar a cabo el traspaso, como por ejemplo, nombre de la entidad bancaria, número de la cuenta bancaria institucional, correo electrónico del empleador para contacto y posterior envío de las liquidaciones de pago de subsidio, etc.

Cuando se opte por el pago del monto adeudado mediante transferencia electrónica, esta[518] opción deberá contemplar un texto tipo, para quequede de manifiesto la declaración mediante la cual el empleador autoriza expresamente el reembolso a través del depósito en la cuenta corriente que éste designe.

Las isapres deberán conservar el registro de la confirmación de la transferencia electrónica efectuada exitosamente, así como del envío de la liquidación de subsidios respectiva, que permita acreditar el cumplimiento del pago del subsidio adeudado.

En caso que la devolución sea requerida vía presencial, en una de las sucursales de la isapre, se deberá incluir como parte de las instrucciones, un texto tipo que indique de manera clara y resumida el procedimiento dispuesto para hacer efectivo el cobro formal, así como el medio de pago a emplear y lugares habilitados para el retiro del reembolso[519].

Aquellos montos que se hayan dispuesto para la consulta y reembolso de los empleadores públicos y privados con convenios de pagos y, que aun así, no han sido cobrados o pagados, según se trate de empleadores privados o públicos, respectivamente, dando como resultado sumas pendientes de devolución, deberán ser parte integrante del inventario hasta que se solicite o efectúe, respectivamente su reembolso. El ejercicio consistente en el reproceso de estas sumas pendientes, deberá efectuarse por un período de 5 años, correspondiente al plazo general de prescripción definido en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil.[520]

d. Información requerida por la Superintendencia

Las isapres deberán enviar a esta Superintendencia mensualmente, un archivo actualizado de los inventarios correspondientes a los cheques o documentos caducados por subsidios y los subsidios por pagar. Esta información deberá ser la misma del inventario instruido en los puntos precedentes, debiendo respaldar y cuadrar con los saldos obtenidos de la contabilidad que se detallan en el Informe Complementario mensual y que forman parte de la garantía.

El inventario operativo de la cuenta, incluirá las sumas cuyo plazo general de prescripción definido en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil no se haya extinguido.

El archivo solicitado deberá incluir la siguiente información:

-RUT Destinatario del Pago

-DV destinatario del pago

-Razón social destinatario del pago

[518] Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF N°262, de 15.07.2016

[519] Párrafo modificado por Circular IF N° 491, de 13.1.2025, que insertó la palabra “formal” después de “cobro”.

[520] Párrafo modificado por Circular IF N° 346, de 2020, modificación que fue suprimida por Resolución SS/N° 968, de 23.12.21, que acogió recursos jerárquicos en contra de aquélla y repuesta por Circular IF N° 491, de 13.1.2025.

-Monto en pesos del subsidio adeudado
-Tipo destinatario del pago (Empleador Público en convenio, Empleador Privado en convenio) y,
-Clasificación del monto adeudado según su Fuente o cuenta de origen (subsidios por pagar o cheques caducados SIL por pagar).
Las Instituciones de Salud previsional deberán adoptar las medidas para garantizar la calidad, consistencia e integridad de la información contenida en el archivo que remitirán a este Organismo de Control, actualizando y revisando su información al cierre de cada periodo contable que reporta.
El archivo correspondiente a estos inventarios deberá confeccionarse de acuerdo a las especificaciones que se presentan a continuación y deberá ser enviado a la Superintendencia a través de la red privada denominada Extranet, hasta el último día hábil del mes siguiente al que se informa o bien, el día hábil siguiente en caso que dicha fecha corresponda a un día sábado o festivo.
-Información Financiera

1. Subsidios por Pagar
La isapre deberá reportar mensualmente la información sobre la distribución del Item N°19, del Informe Complementario sobre el detalle de los subsidios por incapacidad laboral adeudados, de acuerdo al siguiente detalle:

1.-Deuda por subsidios por Incapacidad Laboral		
Detalle de la cuenta N°19 “Subsidios por pagar” /Informe Complementario) (M$)		
Item	Actual	Anterior
1) Sin convenio de pago		
2) Con convenio de pago con empleadores 2.1) + 2.2)		
2.1) Empleadores Públicos		
2.2)Empleadores Privados		
Total subsidios por pagar 1)+ 2)		

En el caso de los estados financieros trimestrales se complementará el envío de esta nota, con el detalle de los costos por subsidios y su distribución de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente y deberá remitirse una copia junto con el Informe Complementario, además de completar el formulario disponible en la extranet.

2. Documentos caducados
Se deberá incorporar mensualmente un detalle de los documentos caducados por concepto de subsidios que se informan en la Nota Adjunta N°1 del Informe Complementario de acuerdo al siguiente contenido:

Nota Adjunta N°5 “Documentos Caducados por Subsidios de Incapacidad Laboral” en M$		
Item	Actual	Anterior
1) Sin convenio de pago		
2) Con convenio de pago con empleadores 2.1) + 2.2)		
2.1) Empleadores Públicos		
2.2)Empleadores Privados		
Total subsidios por pagar 1)+ 2)		

La información deberá remitirse en una copia junto con el Informe Complementario además de completar el formulario disponible en la extranet.

3. Prescripciones Contables de subsidios

Se deberá incorporar mensualmente un detalle de los subsidios por incapacidad laboral que han sido prescritos contablemente independientemente del estado o fuente de la información (subsidios por pagar o documentos caducados) de acuerdo al siguiente detalle:

Nota Adjunta N°6 “Prescripciones contables de subsidios por incapacidad laboral” en M$		
Item	Actual	Anterior
2) Sin convenio de pago		
3) Con convenio de pago con empleadores 2.1) + 2.2)		
2.1) Empleadores Públicos		
2.2)Empleadores Privados		
Total subsidios por pagar 1)+ 2)		

e. Especificaciones técnicas del archivo

1.Características Generales del Archivo

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Inventario Subsidios por pagar y Documentos caducados
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAAMM.EEE, donde: ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 077.
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	Corresponde a los inventarios operacionales por concepto de subsidios por pagar y sus documentos caducados al cierre de cada mes. El archivo debe incluir tanto los subsidios que se encuentran por pagar a los beneficiarios y que son de cargo de la isapre, así como todos aquellos montos correspondientes a cheques o valores caducados por subsidios. El saldo total del archivo deberá contener un validador para verificar la consistencia del Detalle correspondiente al ítem N°19 “Subsidios por Incapacidad Laboral” por concepto de empleadores públicos y privados en convenio y la Nota Adjunta N°5 “Documentos Caducados por Subsidios de Incapacidad Laboral”, con los documentos caducados por concepto de subsidios de los mismos destinatarios, garantizando que la suma sea equivalente al inventario en miles de pesos. La isapre deberá aplicar controles preventivos para asegurar la consistencia de los saldos y en caso de diferencias justificar previamente su origen para la aprobación definitiva del archivo.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al monto o suma pendiente de cobro por concepto de subsidios que se hayan generado y sus documentos caducados.
Envío del Archivo	Deberá ser enviado mensualmente, el último día hábil del mes siguiente a aquél en que se confeccionen los inventarios respectivos.

2.Estructura del Archivo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	RUT Destinatario del Pago	Numérico
03	DV destinatario del pago	Alfanumérico
04	Razón social destinatario del pago	Alfanumérico
05	Monto en pesos del subsidio adeudado	Numérico
06	Tipo destinatario del pago	Numérico
07	Clasificación del monto adeudado	Numérico

3.Definiciones de Campo del Archivo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	RUT Destinatario	Corresponde al Rol Único Tributario (RUT) del destinatario o identificación tributaria entregado por el Servicio de Impuestos Internos, que presenta subsidios por pagar o cheques caducados por este concepto según corresponda. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
03	DV del RUN del Destinatario	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Destinatario (campo 02) aplicando la rutina denominada Módulo 11. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K ▪ Debe informarse siempre.
04	Razón social destinatario del pago	Corresponde a la razón social del servicio público o empresa privada en convenio a quien corresponda el pago. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Consistencia entre razón social y tipo de destinatario. La isapre deberá velar por la consistencia entre el tipo de destinatario del pago (Empleador público o Empleador privado en Convenio)
05	Monto en pesos del subsidio adeudado	Corresponde al monto de los subsidios por incapacidad laboral y cheques caducados pendientes de cobro por destinatario. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
06	Tipo destinatario del pago	Corresponde al tipo de destinatario según su naturaleza pública o privada: 01: Empleador público 02: Empleador privado en Convenio Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 01, 02
07	Clasificación del monto adeudado	Corresponde a la fuente de la información donde se encuentran clasificados contablemente los subsidios por incapacidad laboral: 01: Subsidios por Pagar 02: Documentos caducados Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 01, 02.

Título X. Confección de documentos por parte de las isapres[521]

En virtud de la Ley 21.400, que regula el matrimonio entre personas del mismo sexo, las isapres deben utilizar el término "progenitores" en lugar de "padre" y/o "madre" en sus comunicaciones y formularios. Esto, salvo que el contexto o una norma específica requiera el uso exclusivo de "padre" y/o "madre".

De igual forma, en consideración a la Ley 21.334, sobre determinación del orden de los apellidos, las isapres deberán prescindir de las expresiones "apellido paterno", "apellido materno" o semejantes, debiendo reemplazarlas por "primer apellido" y "segundo apellido", respectivamente.

[521] Incorporado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

Capítulo VII Vinculación entre la Superintendencia y los sujetos fiscalizados, beneficiarios, ex beneficiarios y público en general[522]

Título I. Formalidades de las presentaciones escritas ante la Superintendencia[523]

1. Presentaciones escritas

a) Toda presentación escrita interpuesta ante la Superintendencia deberá señalar, en el encabezado del documento, la materia sobre la que versa. De esta manera, para una mejor identificación de su contenido, deberá emplearse en la suma, alguno de los siguientes términos:

- Remite copia de respuesta a afiliado;
- Remite expediente;
- Remite informe y acompaña documento;
- Acompaña documento;
- Complementa información;
- Solicita prórroga;
- Téngase presente;
- Solicita aclaración;
- Informa cumplimiento;
- Interpone recurso de reposición, u
- Otro que, asimismo, facilite su identificación.

b) Las presentaciones interpuestas ante la Superintendencia para dar respuesta a requerimientos de información, deberán, cuando corresponda, hacer referencia en el encabezado señalado en la letra precedente, al número de ingreso en la Oficina de Partes de este Organismo, del caso que origina el requerimiento y al número y la fecha de emisión del oficio al que se da respuesta.

c) Si la presentación tiene por objeto informar el cumplimiento de instrucciones emitidas por la Superintendencia, que recaigan en un reclamo administrativo conocido por ésta, la institución deberá hacer referencia, en el encabezado referido en la letra a), al número y la fecha de emisión del oficio o la resolución que contiene las instrucciones cuyo cumplimiento se informa.

Asimismo, deberá enviar copia del documento en que conste dicho cumplimiento, junto con la respectiva nómina de correo que acredite que éste fue puesto en conocimiento del afiliado.

d) Las presentaciones de recursos de reposición, jerárquicos y otros que la ley contempla, en contra de resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia en el ámbito de sus procedimientos administrativos, deberán efectuarse por escrito y presentarse en la oficina de partes de su domicilio en Santiago o en la oficina regional que corresponda, en el horario de funcionamiento de éstas, dentro del plazo que la ley conceda a cada recurso, contado desde la fecha de notificación de la resolución o instrucción. Se exceptúan de lo anterior los recursos de reposición y otros que la ley contempla, respecto de actos y resoluciones que se tramiten a través del Sistema de Gestión Electrónica de Reclamos implementado por esta Superintendencia.

2. Notificación de las instrucciones o resoluciones que dicte la Superintendencia

Las resoluciones emitidas por esta Superintendencia serán notificadas a quienes corresponda por correo electrónico o carta certificada a la dirección o domicilio que, respectivamente, haya fijado el interesado o interesada, excepto a aquellas isapres que se acojan al régimen de notificación personal implementado para la

[522] Denominación modificada por Circular IF/N°238 de 22.01.2015
[523] Modificado por Circular IF/N°238, de 22.01.2015

ciudad de Santiago y para las ciudades asiento de Agencias Regionales, consistente en poner en conocimiento de aquellos funcionarios especialmente delegados por las Instituciones, las instrucciones que imparta este Organismo[524].

Para estos efectos, las isapres establecerán formalmente un domicilio en la ciudad de Santiago y en las ciudades asiento de Agencias Regionales que corresponda, comisionando para el efecto a dos o más funcionarios para que reciban la documentación en representación de la Institución, lo que se efectuará estampando su firma, cédula de identidad, fecha y hora de la diligencia.

3. Forma de computar los plazos contenidos en las instrucciones o resoluciones que dicte la Superintendencia

a) Los plazos de días contenidos en los documentos emitidos por la Superintendencia serán de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los sábados, domingos y festivos.

b) Los plazos se contabilizarán desde el día hábil siguiente a la notificación de que se trate.

c) Derogado[525].

d) Las notificaciones de instrucciones o resoluciones efectuadas por carta certificada, que emanen de las oficinas de la Superintendencia ubicadas en una región y estén destinadas a las oficinas de una isapre o el Fonasa o cualquier persona[526] ubicadas en otra distinta, se entenderán practicadas una vez transcurridos los plazos suplementarios de días corridos, que se señalan a continuación, contados desde la fecha de recepción de la carta en la Oficina de Correos respectiva.

I

3 II

3 3 III

3 3 3 IV

4 4 3 3 V

5 5 4 3 3 RM

5 5 4 3 3 3 VI

6 5 4 4 3 3 3 VII

7 6 5 4 3 3 3 3 VIII

8 7 6 5 5 4 4 3 3 IX

9 8 7 6 5 4 4 3 3 3 X

10 10 9 8 7 5 5 4 4 3 3 XI

10 10 9 8 7 5 5 4 4 3 3 3 XII

[524] Párrafo reemplazado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[525] Derogada por Circular IF N° 135, 22.10.2010, Imparte instrucciones para regular el cumplimiento por parte de las Aseguradoras de lo instruido en los actos y resoluciones dictados en los procesos de Resoluciones de Reclamos Administrativos y Juicios Arbitrales.

[526] Expresión “o cualquier persona”, insertada por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

Por su parte, las notificaciones de instrucciones o resoluciones efectuadas por carta certificada, que emanen de las oficinas de la Superintendencia ubicadas en la misma región en que se hallan las oficinas de la isapre destinataria, se entenderán practicadas una vez transcurrido el plazo de tres días corridos, contados desde la fecha de recepción de la carta en la Oficina de Correos respectiva[527].

e) Las solicitudes de prórroga para responder las instrucciones o resoluciones que dicte la Superintendencia, deberán efectuarse mediante presentación escrita, dentro del plazo original concedido a la Institución. En ningún caso, puede ser objeto de ampliación un plazo ya vencido.

Si la Superintendencia no se pronuncia sobre la solicitud de prórroga presentada dentro de los dos días hábiles siguientes, se entenderá acogida, por un plazo único de tres días hábiles, contado desde el vencimiento del plazo original.

La denegación de la prórroga imposibilitará la presentación de nuevas solicitudes para el mismo trámite.

La inobservancia de las formalidades, procedimientos y plazos instruidos precedentemente, dará lugar a la aplicación de las sanciones contempladas en el artículo 220 del DFL Nº 1.

[527] Párrafos 2° y 3° de letra e) derogados por Circular IF N° 135, 22.10.2010 Imparte instrucciones para regular el cumplimiento por parte de las Aseguradoras de lo instruido en los actos y resoluciones dictados en los procesos de Resoluciones de Reclamos Administrativos y Juicios Arbitrales.

Título II. Designación de un representante de la isapre ante la Superintendencia de Salud

Con el objeto de otorgar soluciones expeditas a los requerimientos de los beneficiarios del sistema isapre, las aseguradoras deberán designar formalmente un representante, que se relacionará directamente con el Subdepartamento de Atención de Usuarios, dependiente del Departamento Gestión de Clientes de la Superintendencia.

La designación de este representante deberá cumplir con las siguientes características:

1.- Contar con el patrocinio y compromiso de la máxima autoridad de la isapre;

2.- Contar con la autoridad y responsabilidad necesarias para cumplir el objetivo ya señalado.

3.- Deberá nombrarse un representante titular y un reemplazante, que asuma integralmente la función en ausencia del primero.

4.- Deberá garantizar un contacto inmediato, ante el requerimiento del Jefe del Subdepartamento de Atención de Usuarios, o en quien este último delegue ese procedimiento.

Las isapres deben velar permanentemente por la accesibilidad inmediata de sus representantes durante la jornada de trabajo en forma continua.

5.- Deberá enviar todos los documentos y antecedentes que se le soliciten y garantizar la atención en la isapre de las personas que se le deriven, previo acuerdo con el responsable de esta Superintendencia.

6.- En caso de reemplazo del representante titular o de su sustituto, deberá comunicarse a esta Superintendencia con cinco días hábiles de anticipación a la materialización del cambio.

Cuando el desempeño del representante lo amerite, esta Superintendencia podrá exigir su reemplazo, sin perjuicio de la eventual aplicación de las sanciones que contempla el artículo 220 del DFL Nº 1, por las omisiones y/o incumplimientos en que pudiera incurrir quien obre en representación de la respectiva isapre.

Título III. Comunicación sobre los mecanismos para el otorgamiento de los beneficios mínimos legales

Para efectos del cumplimiento del mandato legal contenido en el inciso primero del Artículo 194 del DFL N° 1, las Isapres deberán remitir a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud los procedimientos y mecanismos que hayan establecido para el otorgamiento de los beneficios mínimos legales, así como las medidas de difusión que haya decidido adoptar para darlos a conocer a sus beneficiarios, de modo que este Organismo se pronuncie sobre ellos, ya sea aprobándolos o instruyendo su modificación.

Toda modificación a los procedimientos y mecanismos que la isapre haya establecido para el otorgamiento de los beneficios mínimos legales o de las medidas de difusión que haya decidido adoptar para darlos a conocer a sus beneficiarios, y que hayan sido aprobados por la Superintendencia, deberá ser informada a la misma dentro del plazo de cinco días hábiles de ocurrido el hecho.

Capítulo VIII Procedimiento de Sanciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud [528]

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud cuenta con facultades para fiscalizar y sancionar las infracciones a las obligaciones que impone la normativa, en las que incurran las personas naturales y jurídicas sujetas al control de la Superintendencia de Salud. Atendido que las sanciones son una de las herramientas que se utilizan para cumplir el rol fiscalizador, éstas deben ser aplicadas bajo parámetros y objetivos conocidos y consistentes, tales como la gravedad y la reiteración.

El Procedimiento de Sanciones que desarrolla la Superintendencia debe reflejar los valores que sustentan a la institución, en materia de equidad, excelencia con eficiencia y eficacia, respeto, probidad, compromiso y responsabilidad.

1. Principios generales del procedimiento de sanciones

1.1. Objetividad: el procedimiento de sanciones se ejecutará con objetividad.

1.2. Escrituración: todas las actuaciones del Procedimiento de Sanciones deberán constar por escrito en un expediente correlativamente foliado.

1.3. Conclusivo: el Procedimiento de Sanciones siempre dará lugar a la dictación de un acto decisorio que se pronuncie sobre la cuestión de fondo, ya sea aplicando la sanción, absolviendo o sobreseyendo la causa, cuando corresponda.

1.4. Contradictoriedad: en todo procedimiento sancionatorio los interesados siempre pueden aducir alegaciones, aportar documentos, alegar defectos de tramitación, especialmente los que supongan paralización, infracción de los plazos señalados o la omisión de trámites que pueden ser subsanados antes de la resolución definitiva.

1.5. Impugnabilidad: los interesados podrán interponer en los plazos legales, los recursos administrativos de reposición, jerárquico y el extraordinario de revisión y serán debidamente informados de las resoluciones de dichos recursos, las que deberán emitirse en tiempo y forma. Asimismo, podrán interponer el Recurso de Reclamación ante la Corte de Apelaciones respectiva.

1.6. Transparencia y publicidad: los trámites llevados a cabo en el desarrollo del proceso sancionatorio serán públicos, salvo excepciones expresas.

1.7. Debido proceso sancionatorio: el Procedimiento de Sanciones contemplará condiciones de racionalidad que velen por la justicia de la sanción impuesta. Para ello, el fiscalizado deberá tomar conocimiento oportuno de la investigación y de la eventual aplicación de una sanción, otorgándosele la posibilidad de llevar a cabo una defensa adecuada y de producir las pruebas cuando sea conducente.

1.8. Equidad: el Procedimiento de Sanciones deberá velar por la ecuanimidad en la ponderación de las irregularidades cometidas por los distintos entes fiscalizados y en la aplicación de las sanciones que procedieren.

1.9. Gratuidad: los actos de la administración serán llevados a cabo de manera gratuita.

2. Sujetos fiscalizados

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud podrá someter a un procedimiento sancionatorio a las isapres, los prestadores de salud públicos y privados, agentes de ventas de isapres e Instituciones Previsionales de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública, en ejercicio de las facultades que la ley le confiere en cada situación particular.

3. Procedimiento de sanciones

Toda investigación que lleve a cabo la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud con el objeto de determinar la responsabilidad de los sujetos fiscalizados por hechos que puedan revestir el carácter de una

[528] El Procedimento de Sanciones (texto refundido) se encuentra en la Circular IF/N°295, de fecha 10 de octubre de 2017.

infracción a la normativa vigente, así como la imposición[529], ejecución y cumplimiento de las sanciones a que diere lugar deberá someterse al siguiente procedimiento.

3.1 Unidad Investigadora

La investigación estará a cargo de la unidad de la Superintendencia que debiendo pronunciarse sobre la materia, reclamo, denuncia, fiscalización o gestión en general de su competencia, tome conocimiento de hechos que pudieren revestir el carácter de una infracción a la normativa vigente, salvo que se trate de irregularidades cometidas por agentes de ventas caso en el cual, se remitirán los antecedentes al Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones o a la Unidad que en el futuro la reemplace.[530]

En el caso de una denuncia externa, relacionada con alguno de los sujetos fiscalizados, la Unidad que la reciba deberá derivarla a la unidad investigadora competente, según la materia de que se trate, la que determinará si es procedente efectuar una investigación de los hechos de la denuncia.

Las denuncias externas deberán presentarse por escrito, en la oficina de partes de esta Superintendencia (Alameda Bernardo O'Higgins N° 1449, Torre 2, Local 12, comuna de Santiago), o en la Agencia Regional correspondiente a su domicilio, expresando con claridad y precisión la individualización completa del denunciante y del denunciado, los hechos en los que funda la denuncia, detallando la fecha y circunstancias en las que se habrían verificado las infracciones imputadas al denunciado y adjuntando los correspondientes antecedentes de respaldo.

3.2 Expediente

Establecida la existencia de un hecho que puede revestir el carácter de infracción a la normativa vigente y que pueda ser sancionado por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, se dará inicio al procedimiento de investigación, para lo cual se llevará un expediente que contendrá una carátula que identifique el nombre del supuesto infractor.

El expediente, que podrá ser escrito o digital, será confeccionado por la Unidad Investigadora y deberá contener:

- Individualización completa del denunciante en caso que lo hubiere
- Nombre de la persona o entidad investigada o su representante, cuando corresponda, y fecha de inicio de la investigación
- Dirección completa del denunciado, en el caso que se disponga de ese dato
- Los antecedentes recopilados, las diligencias probatorias y las demás actuaciones que se realicen durante el proceso de investigación
- Los antecedentes aportados por las personas o entidades investigadas o por otros organismos públicos o privados vinculados al procedimiento
- Las declaraciones de las personas involucradas o de los terceros interesados
- Todos los documentos y demás antecedentes atingentes al procedimiento, sea cual fuere su origen o naturaleza.

Todos los antecedentes que conforman el expediente de investigación administrativa deberán foliarse conforme el orden de su presentación y no podrán ser retirados del mismo, salvo causa justificada, en cuyo caso deberá reemplazarse por copia fidedigna del antecedente. Aquellos documentos que por su naturaleza, volumen u otras consideraciones no sean susceptibles de ser incorporados al expediente, serán custodiados debidamente dejándose constancia de ello en el mismo.

Los expedientes de investigación deberán mantenerse en la Superintendencia, bajo la custodia y responsabilidad de la Unidad Investigadora.

Los escritos y los documentos que proporcionen los interesados u otros organismos públicos o privados a la Unidad Investigadora, serán presentados en la Oficina de Partes de la Superintendencia.

[529] Concepto "imposición" incorporado por la Circular IF/Nº351 de fecha 18 de mayo de 2020
[530] Párrafo modificado por la Circular IF/Nº351 de fecha 18 de mayo de 2020

3.3. Formulación de cargos

Si del análisis de los hechos reclamados, denunciados o fiscalizados y de los demás antecedentes allegados al proceso, se determina que existe mérito para la formulación de cargos al presunto infractor, la Unidad Investigadora elaborará el oficio respectivo de formulación de cargos, el que será debidamente notificado.

El oficio de formulación de cargos también será puesto en conocimiento de la persona o institución denunciante, si lo hubiere.

Si el infractor corresponde a un agente de ventas, se notificará también a la isapre respectiva, para que tome conocimiento de la existencia del proceso sancionatorio.

El oficio de formulación de cargos deberá contener:

a) descripción de los hechos que se estiman constitutivos de la infracción;
b) indicación de la norma presuntamente vulnerada y tipo de sanción asociada a la infracción;
c) los antecedentes que sustenten los cargos formulados;
d) indicación del plazo para que el presunto infractor formule sus descargos ;
e) indicación de ser ésta la oportunidad para la presentación de pruebas que fundamenten su defensa.

3.4. Descargos

El plazo para presentar los descargos será de diez días hábiles, contado desde la notificación del oficio de cargos[531].

El plazo antes señalado podrá prorrogarse a solicitud del afectado por un período máximo de cinco días hábiles. Dicha solicitud deberá efectuarse por escrito, antes del vencimiento del plazo original y se accederá a ella sólo cuando sea estrictamente necesario para los fines de la investigación.

Los sujetos fiscalizados deberán presentar conjuntamente con sus descargos, todos los medios de prueba que ofrezcan para acreditar sus dichos, pudiendo aceptarse como tales todos los que señale la legislación nacional.

3.5. Término probatorio

En el evento que la persona o entidad presuntamente infractora ofrezca pruebas oportunas y útiles para los fines de la investigación, se abrirá un término común para los interesados, no superior a treinta ni inferior a diez días hábiles contado desde que se dicte el oficio que así lo disponga. Si vence el plazo señalado, sin que los interesados hayan aportado las pruebas ofrecidas, se seguirá adelante con el procedimiento con los antecedentes tenidos a la vista, sin perjuicio de las medidas para mejor resolver adicionales que la Superintendencia determine.

La apertura del término probatorio, con la mención de los puntos que serán objeto de prueba, deberá ser notificada al presunto infractor mediante oficio, con copia al sujeto o entidad denunciante si lo hubiere.

3.6. Evaluación de Antecedentes

Una vez analizados los descargos, las pruebas y demás antecedentes allegados al proceso, y habiendo vencido el término probatorio - cuando se hubiese decretado su apertura- se determinará si existe o no mérito para sancionar.

De considerarse que los hechos denunciados o constatados no ameritan una sanción, se informará por escrito dicha circunstancia a la persona o entidad denunciante, si es que la hubiere, y al presunto infractor para lo cual se dictará una resolución de término que, además, dispondrá el archivo del expediente.

[531] frase “del oficio de cargos” incorporada por la Circular IF/Nº351 de fecha 18 de mayo de 2020

Si luego de la evaluación de los descargos y antecedentes presentados por el presunto infractor se estima procedente la aplicación de una sanción, corresponderá presentar el caso ante el Comité Asesor en Materia de Infracciones.

Excepcionalmente, tratándose de propuestas de sanción en materia de incumplimiento de la obligación legal de notificar a los beneficiarios de Fonasa y de Isapres de una patología GES, a través del Formulario de Constancia de Información al Paciente GES, que involucren a prestadores de salud públicos, en los que éstos no hayan presentado descargos, éstos hayan sido ingresados fuera de plazo o éstos no desvirtúen ni controviertan la infracción reprochada, o respecto de los cuales, exista un criterio uniformemente establecido para su desestimación, no será necesario llevar el caso al Comité Asesor en materia de infracciones, sin perjuicio que la unidad investigadora deberá elaborar la minuta "Propuesta de Sanción", y remitirla con todos los antecedentes al Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones, para los efectos de la confección de la resolución respectiva.[532][533]

El jefe de la Unidad que llevó a cabo la investigación elaborará la minuta “Propuesta de Sanción”, de acuerdo al formato que se adjunta en el anexo N°1, y procederá a remitirla al Secretario del Comité Asesor en materia de infracciones, conjuntamente con los antecedentes recopilados. Tratándose de propuestas de sanción respecto de agentes de ventas, no será necesaria la elaboración de la referida Minuta, bastando la confección de un borrador de Resolución Exenta [534].

Por su parte, tampoco será necesario llevar al referido Comité, las denuncias que de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 2, del apartado III, del Título IV, del Capítulo VI, del presente Compendio, se presenten en contra de agentes de ventas de las isapres, en que habiéndose acompañado peritaje caligráfico dando cuenta de la falsificación de la firma del afiliado en todo o parte de la documentación contractual, aquellos no hubiesen presentado descargos, los hubieren ingresado fuera de plazo o estos no desvirtúen ni controviertan el mérito probatorio de la pericia.[535]

Asimismo, quedarán excluidos del conocimiento de dicho Comité, los recursos de reposición presentados de manera extemporánea y las propuestas de absolución de agentes de ventas, fundadas en el allanamiento de la Isapre en el respectivo juicio arbitral y en la inexistencia de antecedentes adicionales que permitan sustentar la aplicación de una sanción.[536]

En el caso que la Unidad Investigadora sea una Agencia Regional de la Superintendencia, el Agente hará la minuta “Propuesta de Sanción” y la enviará al área técnica correspondiente en Santiago, la que deberá seguir adelante con el procedimiento de sanciones señalado en el presente Capítulo.

4. Reglas Generales

4.1. Declaraciones

Cuando corresponda tomar una declaración, ya sea al presunto infractor o a terceros, se deberá proceder como se indica:

a) la citación a declarar deberá efectuarse por medio de oficio, debiendo indicar el día y hora que deberá concurrir a la Superintendencia, así como el nombre del funcionario que practicará la diligencia. Asimismo, se deberá indicar que si la persona citada estuviere afectada por algún inconveniente que le impidiera asistir a prestar su declaración, deberá informar de ello a la Superintendencia en forma previa a la fecha en que debía prestar su declaración, acreditando debidamente la existencia de tal impedimento, señalando una fecha en la que efectivamente sea posible tomarle la declaración para la que hubiere sido citado.

b) la declaración deberá ser prestada en forma personal por quien hubiere sido citado.

[532] Párrafo agregado de acuerdo a la Circular IF/N°321 de 11 de diciembre de 2018.
[533] Párrafo modificado de acuerdo a la Circular IF/Nº351 de fecha 18 de mayo de 2020
[534] Párrafo modificado de acuerdo a la Circular IF/Nº351 de fecha 18 de mayo de 2020
[535] Párrafo agregado de acuerdo a la Circular IF/Nº351 de fecha 18 de mayo de 2020
[536] Párrafo agregado de acuerdo a la Circular IF/Nº351 de fecha 18 de mayo de 2020

c) la Superintendencia citará a los declarantes a sus oficinas de Santiago o a la Agencia Regional correspondiente al domicilio de aquellos, sin perjuicio de que pueda disponer, en casos calificados, que los declarantes concurran a su sede principal.

d) para asegurar la fidelidad de la declaración, se deberá utilizar cualquier mecanismo que permita registrarla en forma íntegra, sin modificaciones ni alteraciones. A partir del registro de la declaración se levantará un acta, que deberá ser firmada por el declarante y el funcionario encargado del procedimiento.

A fin de mantener la unidad del acta, cada foja de que conste deberá ser suscrita por los asistentes.

e) la declaración debe ser oral no permitiéndole al declarante la lectura de ningún documento, salvo aquellos que el funcionario a cargo de la gestión determine como necesarios para esclarecer los hechos sobre los que se declara.

f) el declarante podrá siempre pedir que se aclaren, rectifiquen o complementen sus declaraciones, sin que ello signifique alterar sustancialmente lo que ha expuesto.

g) en forma previa al término de la declaración y una vez formuladas las preguntas del caso, se facilitará una versión impresa del cuestionario y de sus respuestas al deponente para su lectura. El acta deberá ser firmada por el declarante y por el funcionario, sólo una vez que la misma contenga la totalidad de las complementaciones señaladas por el declarante.

h) el original de la declaración se agregará al expediente. Si el declarante así lo solicita se le entregará una copia del acta señalada.

4.2. Notificaciones

Las notificaciones se harán por escrito, mediante envío de correo electrónico o carta certificada a la dirección o domicilio que, respectivamente, hayan fijado las personas involucradas, según conste en el proceso[537]. Tratándose de una notificación efectuada por correo certificado, ésta se entenderá practicada a contar del tercer día siguiente a su recepción por la oficina de correos respectiva.

Las notificaciones podrán también hacerse de modo personal por medio de un funcionario de la Superintendencia, quien hará las veces de Ministro de Fe, el que dará copia íntegra del acto o resolución que se notifica al interesado, dejando constancia de tal hecho en el expediente.

Asimismo, las notificaciones podrán hacerse en las dependencias de la Superintendencia, si el interesado se apersonare a recibirla, firmando en el expediente la debida recepción. Si el interesado requiere copia del acto o resolución que se le notifica, se le dará sin más trámite en el mismo momento.

Las notificaciones efectuadas mediante correo electrónico, se entenderán practicadas el mismo día en que se hubiere realizado el envío de la comunicación electrónica, de tal manera que los plazos establecidos comenzarán a correr el día hábil siguiente, conforme a la regla general[538]. Para estos efectos se considerarán inhábiles los días sábado, domingo y festivos[539]. La notificación que se efectúe por este medio electrónico, tendrá los mismos efectos de la que se realiza por carta certificada o en forma personal por funcionario de esta Superintendencia.[540]

Aun cuando no hubiere sido practicada notificación alguna, o la que existiere fuere viciada, se entenderá el acto debidamente notificado si el interesado a quien afectare hiciere cualquier gestión en el procedimiento, con posterioridad al acto que suponga necesariamente su conocimiento, sin haber reclamado previamente de su falta o nulidad.

[537] Parte inicial del párrafo, modificada por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[538] Parte inicial del párrafo, modificada por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[539] Párrafo modificado de acuerdo a la Circular IF/Nº351 de fecha 18 de mayo de 2020
[540] Dictamen N° 35.126, de 20 de mayo de 2014, de la Contraloría General de la República

5. Comité Asesor en materia de infracciones

5.1. Citación del caso al Comité Asesor en materia de infracciones

El jefe de la Unidad que realizó la investigación, remitirá al Secretario del Comité la minuta de propuesta de sanción.

El Secretario, con a lo menos tres días de anticipación a la siguiente sesión del Comité, deberá citar a sus miembros, a través de correo electrónico o mediante el sistema informático disponible, adjuntando la minuta de propuesta de sanción o de resolución del recurso de reposición, según proceda, con la evaluación técnica de los antecedentes recopilados, normas infringidas, la eventual concurrencia de circunstancias atenuantes o agravantes de responsabilidad y una tabla resumen de sanciones aplicadas precedentemente, a esa y a otras personas, en la materia que se trate, la que servirá de base para la relación ante el comité.

5.2. El Comité

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud contará con un Comité Interdisciplinario asesor encargado de analizar los hechos que configuren las infracciones o irregularidades y los recursos de reposición que pongan en su conocimiento las unidades respectivas, con el objeto de analizar los antecedentes aportados en el proceso y la proposición al Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, de la eventual imposición de una sanción al sujeto fiscalizado responsable del hecho, si lo estimara procedente. En el caso que el Comité estime que el asunto investigado no amerita la aplicación de una sanción, podrá determinar el archivo de los antecedentes, debiendo dictarse una Resolución de Absolución o de Sobreseimiento, según corresponda.

La opinión del Comité no será vinculante para el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, quien resolverá en definitiva.

5.3. Funciones del Comité

Serán funciones del Comité:

a) Velar por la estricta observancia de las directrices y orientaciones definidas por la Superintendencia para llevar a cabo el procedimiento de investigación respectivo y para la aplicación de sanciones a los infractores.

b) Analizar en forma objetiva e imparcial las propuestas de sanción que se le presenten, evaluando los hechos que configuran las infracciones correspondientes y las circunstancias que lo rodean.

c) Evaluar el cumplimiento del debido procedimiento sancionatorio, garantizando su conocimiento por parte del afectado y otorgando la posibilidad de una oportuna y adecuada defensa.

d) Asegurar que el procedimiento de sanciones se desarrollen con equidad, velando por la ecuanimidad en la aplicación de las respectivas sanciones.

5.4. Composición del Comité

El Comité Asesor en materia de infracciones estará integrado por tres miembros con derecho a voto, estos son: El Fiscal de la Superintendencia de Salud o un representante de la Fiscalía designado para tal efecto por el Fiscal; la Jefatura del Subdepartamento de Regulación o un representante que designe al efecto y la Jefatura de la Unidad Investigadora correspondiente o un delegado.

Lo integrará, además un Secretario sin derecho a voto, que será la Jefatura del Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones[541] y en su reemplazo un abogado de esa Unidad designado por dicha Jefatura.

Sólo en el evento que el Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones corresponda a la Unidad Investigadora del caso, el Secretario del Comité contará con derecho a voto.

[541] De acuerdo a la Circular IF/Nº351, de 18 de mayo 2020, se reemplaza la expresión “Unidad de Coordinación Legal y Sanciones” por “Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones”, todas las veces que aparezca en el Procedimiento de Sanciones.

El relator del caso será el Secretario del Comité o un abogado designado al efecto por la Jefatura de del Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones.

El Comité podrá requerir la comparecencia de cualquier funcionario de la Superintendencia, sin derecho a voto.

5.5. Presidencia del Comité

El Comité de Sanciones será presidido por el Fiscal o su delegado, o por aquella persona que en ausencia de ambos, cuente con la mayor antigüedad como titular en el cargo.

5.6. Quórum de funcionamiento y suplencia de los miembros

Para que el Comité pueda reunirse deberá contar con a lo menos dos de sus miembros con derecho a voto, y uno de ellos deberá ser titular en el cargo.

Cada miembro titular tendrá un suplente en el Comité para asegurar una continuidad de criterios y de integrantes de éste.

5.7. Periodicidad de las sesiones del Comité

El Comité Asesor en materia de infracciones sesionará a lo menos una vez al mes, y cada vez que la situación lo amerite, previa citación por parte del Secretario.

El integrante que se encuentre impedido de asistir comunicará tal circunstancia al Secretario del Comité, con a lo menos dos horas antes de la sesión, informándole que su suplente concurrirá en su reemplazo.

5.8. Votación del Comité

Los acuerdos del Comité se adoptarán por simple mayoría. Sin embargo, si se produjese un empate en la votación será el Presidente del Comité quien decidirá sobre la materia, dejándose constancia de lo resuelto en un acta que se levantará al efecto. Dicha acta deberá contener siempre los fundamentos del voto de minoría si lo hubiere.

El Comité evaluará los antecedentes que motivan la sanción y se pronunciará sobre la procedencia de imponer la sanción propuesta o alguna otra de las sanciones previstas por la ley, pudiendo, en todo caso, encargar la realización de medidas para mejor resolver.

Si el Comité estima improcedente la aplicación de una sanción, el relator del caso levantará el acta del acuerdo en que consten los fundamentos de tal determinación y el Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones emitirá una resolución de absolución o sobreseimiento, según corresponda y además, ordenará el archivo de los antecedentes. Dicha resolución será notificada al sujeto fiscalizado y a la persona o entidad denunciante, si la hubiere.

En el evento que el Comité resuelva que es procedente aplicar la sanción, el relator del caso levantará un acta del acuerdo, cuyo formato se adjunta en Anexo Nº 2 de este Capítulo, denominada "Acta de Comité-Propuesta de Sanción", la que como su nombre lo indica, constituye una mera propuesta, y en ningún caso resultará vinculante para el Intendente.

Posteriormente, la Jefatura del Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones u otro abogado de esta Unidad, recibirá todos los antecedentes, la minuta y acta de acuerdo y procederá a la confección de dicha resolución, la que deberá contener los fundamentos tenidos en cuenta para sancionar, la materia y la sanción propuesta.

Deberán señalarse en los "Considerandos" de la citada resolución, en forma clara y precisa, los hechos que determinan la conducta sancionada, las pruebas a través de las cuales éstos fueron acreditados en el procedimiento y los fundamentos jurídicos en virtud de los cuales se sanciona.

En la parte resolutiva, además de la sanción, deberá indicarse expresamente la irregularidad que se está sancionando. Asimismo, deberán señalarse los recursos que proceden en contra de dicho acto administrativo, indicando los plazos legales para interponerlos.

Al proyecto de resolución exenta propuesto al Intendente de Fondos y Seguros Previsionales, se deberá adjuntar el expediente sancionatorio, incluida el Acta del Comité donde se ha establecido la propuesta de sanción a aplicar al sujeto infractor.

La resolución definitiva, será visada por el abogado redactor, la Jefatura del Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones y la jefatura de la Unidad Investigadora, debiendo ser notificada al sujeto infractor.

6. Impugnación

En caso que el sujeto infractor deduzca un recurso de reposición en contra de la aplicación de una de las sanciones establecidas por ley, se deberá aplicar el mismo procedimiento de evaluación de antecedentes, elaboración de minuta y solicitud de citación al Comité, utilizando los formatos de minuta que se establecen en el anexo N°3 del presente Capítulo, según se trate de una persona jurídica o persona natural.

Se pondrá en conocimiento de la parte denunciante, si la hubiere, el recurso administrativo que presente el infractor.

Si el infractor es un agente de ventas, se notificará también a la isapre respectiva, para que tome conocimiento de la existencia del referido recurso.

Una vez resuelto por el Comité si se acoge o rechaza el recurso, deberá levantarse un acta utilizando el formato indicado en el Anexo Nº 4 "Acta de Comité - Recurso de Reposición" del presente Capítulo. El Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones elaborará el proyecto de resolución que se propondrá al Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. La resolución definitiva, será visada por el abogado redactor, el Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones y la Jefatura de la Unidad Investigadora, debiendo ser notificada al sujeto infractor.

De acuerdo a lo establecido en los artículos 51 y 57 de la Ley N°19.880, las resoluciones dictadas por la autoridad administrativa producen efectos jurídicos desde su notificación. En consecuencia, la interposición de los recursos administrativos no suspende la ejecución del acto impugnado, a menos que dicha suspensión se autorice expresamente por la autoridad.

Sin perjuicio de lo anterior, en el caso que se interponga un Recurso de Reclamación ante la Corte de Apelaciones respectiva, tras el rechazo total o parcial del recurso de reposición que prevé el artículo 113 del citado DFL Nº 1, la Resolución que aplique una multa o cancele el registro de una institución, sólo deberá cumplirse una vez ejecutoriada la resolución respectiva.

En el evento de haberse deducido un Recurso Jerárquico en contra de la resolución que aplica la sanción, el Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones, previa elaboración del informe previsto en el artículo 59 de la Ley N°19.880, derivará los antecedentes a la Fiscalía de esta Superintendencia para su análisis y propuesta de resolución al Superintendente; la resolución definitiva suscrita por éste contará con la visación del Fiscal y del abogado redactor.

7. Control del cumplimiento de la sanción

El control de cumplimiento de las sanciones estará radicado en el Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones.

El Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad debe informar oportunamente al Subdepartamento de Coordinación Legal y Sanciones, el hecho de haberse efectuado el pago de una multa. Para estos efectos, las resoluciones que apliquen multas, las rebajen o las dejen sin efecto, deben incluir a aquel Subdepartamento en su distribución.

En el evento de no efectuarse el pago de las multas en el plazo establecido en la resolución respectiva, se deberá oficiar a la Tesorería General de la República para que proceda a su cobro.

Anexo Nº 1

1.-Minuta para persona jurídica

MINUTA PROPUESTA DE SANCIÓN (isapre/prestador) Iniciales y media firma de los responsables debajo del logo institucional	
UNIDAD INVESTIGADORA	
NOMBRE REDACTOR MINUTA	
PRESUNTO INFRACTOR	
IRREGULARIDAD	
FECHA DE LA MINUTA	

1.- RELACIÓN DE HECHOS CONSTITUTIVOS DE INFRACCIÓN

Identificar claramente los hechos o pruebas que sustentan la propuesta de sanción. Ej.

1.1.-

1.2.-

1.3.-

etc.

2.- NORMATIVA INFRINGIDA

Señalar las distintas disposiciones legales infringidas

2.1.-

2.2.-

2.3.-

etc.

3.- INSTRUCCIONES IMPARTIDAS Y CARGOS FORMULADOS

Corresponde llenar esta parte cuando la sanción propuesta se ha originado por el incumplimiento por parte del sujeto fiscalizado, de instrucciones anteriores.

3.1.-

3.2.-

3.3.-

etc.

4.- DESCARGOS PRESENTADOS POR EL PRESUNTO INFRACTOR

Detallar los descargos presentados por el presunto Infractor

4.1.-

4.2.-

4.3.-

5.- ANALISIS DE LOS DESCARGOS Y MEDIOS DE PRUEBA

Efectuar por cada uno de los descargos el correspondiente análisis

5.1.-

5.2.-

5.3.-

6.- PROPUESTA DE SANCIÓN

Debe indicarse la sanción propuesta y los argumentos que la sustentan e incluirse una tabla de precedentes.

2.- Minuta persona natural eliminada[542]

Anexo Nº 2

ACTA DE COMITÉ

PROPUESTA DE SANCIÓN

I.- RELACIÓN SOLICITUD DE SANCIÓN: FECHA DE LA SESIÓN

UNIDAD INVESTIGADORA:
NOMBRE RELATOR:
MATERIA DE LA SANCIÓN :
PRESUNTO INFRACTOR:
NORMATIVA INFRINGIDA (ley, Instrucciones Generales, Instrucciones Específicas)
FUNDAMENTOS DE LA APLICACIÓN DE LA SANCIÓN:
FUNDAMENTOS DEL VOTO DE MINORÍA

II.- ACUERDO COMITÉ		
III.- INTEGRANTES COMITÉ	**VOTACIÓN**	**FIRMA INTEGRANTES**
FISCAL O DELEGADO (NOMBRE ASISTENTE)		
JEFATURA DEL SUBDEPARTAMENTO DE REGULACIÓN O DELEGADO (NOMBRE ASISTENTE)		
JEFATURA DE LA UNIDAD INVESTIGADORA O DELEGADO (NOMBRE ASISTENTE) **NOMBRE UNIDAD:**		

[542] Minuta eliminada de acuerdo a la Circular IF/Nº351 de fecha 18 de mayo de 2020

SECRETARIO DEL COMITÉ (NOMBRE ASISTENTE)		
RELATOR (NOMBRE ASISTENTE)		

Anexo Nº 3

1.- Minuta para persona jurídica

MINUTA PRESENTACIÓN RECURSO DE REPOSICIÓN
Iniciales y media firma de los responsables

UNIDAD INVESTIGADORA	
NOMBRE REDACTOR MINUTA	
RESOLUCIÓN RECURRIDA	Identificar número de la resolución y fecha
SUJETO RECURRENTE	
SANCIÓN APLICADA	Identificar claramente la sanción Si es multa, señalar el monto
FECHA DE LA MINUTA	

1.- RESUMEN DE LA IRREGULARIDAD

Incluir el resumen de la formulación de cargos, descargos del sujeto fiscalizado y los medios de prueba aportados.

2.- SANCIÓN APLICADA Y SUS FUNDAMENTOS

Señalar el monto de la sanción y resumen de la materia por la que se aplicó la sanción

3.- RECURSO DE REPOSICIÓN

Señalar claramente los argumentos de la isapre en su recurso de reposición

4.- ANÁLISIS DEL RECURSO

5.- PROPUESTA DE LA UNIDAD QUE SOLICITÓ LA SANCIÓN

Indicar si se acepta o rechaza el recurso administrativo, incluyendo los criterios que han servido de base para resolver recursos similares en casos anteriores.

2.- Minuta para persona natural

MINUTA PRESENTACIÓN RECURSO DE REPOSICIÓN

AGENTES DE VENTAS (RECURSO)

	FECHA DE LA MINUTA:
SUJETO:	ISAPRE:
RES. EX.	FECHA RES. EX.

1.- BREVE RELACIÓN RECURSO DE REPOSICIÓN

……
……
……
……

	REITERA DESCARGOS		NUEVOS ANTECEDENTES		SOLICITA PRUEBA		NO SOLICITA PRUEBA
	CON JERARQUICO		SIN JERARQUICO				
	AGV VIGENTE		AGV NO VIGENTE				
	PRIMERA SANCIÓN		CUMPLIENDO SANCIÓN ANTERIOR				

2.- ANALISIS DEL RECURSO

……

……

……

3.- PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

4.- OBSERVACIONES (Se adjunta proyecto de Res. Ex.)

Anexo Nº 4

ACTA DE COMITÉ

RECURSO DE REPOSICIÓN

I.- RELACIÓN RECURSO: FECHA DE LA SESIÓN

UNIDAD INVESTIGADORA:
NOMBRE RELATOR: **SUJETO RECURRENTE:**
RESOLUCIÓN RECURRIDA (sanción aplicada, isapre afectada, breve exposición de fundamentos de hecho de resolución y normativa infringida):
FUNDAMENTOS DEL ACUERDO DEL COMITÉ
PROPUESTA DE ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL RECURSO
FUNDAMENTOS DEL VOTO DE MINORÍA

II.- ACUERDO COMITÉ		
III.- INTEGRANTES COMITÉ	**ACEPTA/RECHAZA**	**FIRMA INTEGRANTES**
FISCAL O DELEGADO (NOMBRE ASISTENTE)		
JEFATURA DEL SUBDEPTO DE REGULACIÓN O DELEGADO (NOMBRE ASISTENTE)		
JEFATURA DE LA UNIDAD INVESTIGADORA O DELEGADO (NOMBRE ASISTENTE) **NOMBRE UNIDAD:** **:**		
SECRETARIO DEL COMITÉ (NOMBRE ASISTENTE)		
RELATOR (NOMBRE ASISTENTE)		

Capítulo IX Procesos de Fiscalización de la Superintendencia de Salud a las isapres, el Fonasa y los prestadores de salud[543]

1. Instrucciones relativas a los procesos de fiscalización a las isapres

I. Acerca de la fiscalización

1.- Las tareas de fiscalización de las Instituciones de Salud Previsional son realizadas por funcionarios de la Superintendencia de Salud, a los que se denomina “fiscalizadores”.

Al inicio de un proceso de fiscalización regular, los fiscalizadores exhibirán, a quien hubiese sido designado como coordinador de fiscalización de la isapre, su credencial institucional y le informarán del inicio de un proceso de fiscalización, las materias que se analizarán y el tiempo aproximado de duración del mismo, de todo lo cual se dejará constancia en el Libro de Inspección. Dicha información no limitará, en ningún caso, las facultades de fiscalización de este Organismo de Control.

2.- Las labores de fiscalización, atendida la naturaleza de la materia objeto de revisión, pueden realizarse en dependencias de las isapres y/o desde las oficinas de la Superintendencia de Salud.

A. Fiscalización en las dependencias de la isapre

1.- Las Instituciones deben dar cumplimiento íntegro y oportuno a los requerimientos que les sean formulados por los fiscalizadores.

2.- Las isapres deben permitir a los fiscalizadores de la Superintendencia de Salud inspeccionar todas sus operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos, documentos, actas de directorio, informes de auditorías y todo otro antecedente que resulte necesario para la realización de las fiscalizaciones que lleve a cabo este Organismo de Control en ejercicio de las competencias que le otorga la ley.

3.- Salvo las excepciones autorizadas expresamente por la Superintendencia de Salud, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en la sede principal de sus negocios.

Las isapres deberán permitir a los fiscalizadores la inspección de toda la documentación que les sea requerida, evitando dilaciones en la entrega.

Las instituciones mantendrán a disposición de la Superintendencia, en su casa matriz o en otro lugar, si han sido autorizados expresamente, un Archivo de Cotizantes, conforme las instrucciones contenidas en el Título I del Capítulo I de este Compendio de Procedimientos. Dicho archivo consistirá en archivos físicos y/o electrónicos.

4.- Las isapres deberán designar a un funcionario titular y a un suplente, que desempeñe la tarea de coordinar y actuar como facilitador de las revisiones que lleve a cabo la Superintendencia e informarán, por escrito, al Departamento de Control y Fiscalización de la Superintendencia de Salud, el titular y suplente designados para dichos efectos. Esta información deberá mantenerse permanentemente actualizada, comunicando los cambios que se produzcan, a más tardar, al día siguiente hábil de producido éste.

Lo anterior, debe entenderse sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 3° del artículo 110 del DFL Nº 1, en cuanto los fiscalizadores de la Superintendencia podrán requerir a sus administradores, asesores, auditores externos o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información.

Las isapres adoptarán las medidas conducentes para reemplazar a los encargados de procedimientos específicos, actividades o funciones susceptibles de ser fiscalizadas por este Organismo, cuando éstos se encuentren ausentes, con el fin de permitir el adecuado desarrollo de las fiscalizaciones en curso.

[543] Epígrafe modificado por Circular IF N° 369, de 2020.

5.- Los fiscalizadores están facultados para inspeccionar los sistemas y plataformas de información de la institución fiscalizada, tales como: de afiliados, de contratos, de cotizaciones, de beneficios e información contable. Entre la información de naturaleza contable podrá requerirse la revisión, entre otros, del Libro Mayor, el Libro Diario, comprobantes contables, análisis de cuentas, centralizaciones, inventarios operacionales y balances de comprobación y saldos.

Será de responsabilidad de las instituciones adoptar las medidas de resguardo necesarias para que la información contenida en dichos sistemas y plataformas no resulte modificada de ninguna manera como consecuencia de la fiscalización que se practique, sin perjuicio de las correcciones que resulte necesario efectuar con motivo de la propia fiscalización.

6.- Las isapres que mantengan servicios externalizados sobre cualquier materia o antecedente sujeto a fiscalización, deberán garantizar que la información que se les requiera esté disponible íntegra y oportunamente para su inspección por los fiscalizadores.

7.- Las isapres proporcionarán a los fiscalizadores de la Superintendencia de Salud las siguientes condiciones mínimas, estimadas indispensables para el cumplimiento de sus funciones:

7.1. Aspectos físicos:

7.1.1. Un espacio físico adecuado para el trabajo de dos fiscalizadores y que se destine exclusiva o prioritariamente a éstos y que deberá contar, al menos, con el mobiliario adecuado y las condiciones que permitan garantizar la privacidad indispensable para la protección de la información concerniente a la isapre y sus beneficiarios.

7.1.2. Un mueble destinado al uso exclusivo de los fiscalizadores, que garantice la seguridad de la documentación y los elementos de trabajo de dichos funcionarios.

7.2. Aspectos tecnológicos:

Las isapres deberán poner a disposición de los fiscalizadores elementos computacionales, en el espacio físico destinado a su trabajo, y establecer condiciones de seguridad que garanticen la privacidad absoluta de la información que ellos utilicen.

7.2.1. Para los efectos señalados, la isapre tendrá el siguiente equipamiento computacional:

A. Conectividad a Internet para un equipo móvil de propiedad de la Superintendencia que utilizará el fiscalizador y

B. Computador proporcionado por la isapre, con conectividad a Internet.

En ambos casos, la conectividad podrá consistir en:

- Acceso a Internet a través de una tarjeta de red (NIC RJ45) conectada a la red de la isapre con un direccionamiento de IP automático (DHCP).
- Acceso a Internet mediante tarjeta de red inalámbrica WI-FI o WIRELESS conectada a red de la isapre con un direccionamiento de IP automático (DHCP) o IP fijo.

El equipo indicado en la letra B) precedente deberá cumplir, al menos, con las siguientes condiciones:

a) Hardware:

1.- Computador personal;

2.- Procesador 1.0 GHz, como mínimo;

3.- Memoria RAM 256 (dependiendo del procesador);

4.- Espacio libre en disco de 10GB;

5.- Disketera de 1,44;

6.- 2 Puertos USB 2.0 disponibles;

7.- Unidades de CD 48x;

8.- Tarjeta de Red 10/100;

9.- Monitor super VGA;

10.- Teclado y Mouse.

11.- Acceso expedito a impresora.

b) Software:

1.- Sistema operativo Microsoft Windows 2000 o Windows XP;

2.- Microsoft office compatible con versión 2003;

3.- Acceso a Internet mínimo 128 Kbps;

4.- Antivirus actualizado y vigente;

5.- Compactador de archivos computacionales.

7.2.2 Las isapres deberán cumplir siempre las siguientes condiciones mínimas:

- No debe existir intromisión alguna en los datos con que trabajen los fiscalizadores, mediante mecanismos o elementos de comunicación, programas de software o de otro tipo, que permitan ingresar en forma directa o remota a dicha información.
- Habrá resguardo físico de los computadores destinados a la labor de fiscalización, de manera que éstos no puedan ser utilizados hasta después de concluido formalmente el proceso en curso.
- El equipo que la isapre ponga a disposición de los fiscalizadores contará con clave de acceso con privilegio de usuario avanzado. Asimismo, dicho equipo deberá contar con conexión a los sistemas y plataformas de información utilizadas por la isapre, en virtud de lo establecido en el Título I, letra A.5 de la presente Circular.

8.- Las isapres deberán mantener, en su casa matriz, a disposición de los fiscalizadores, un Libro de Inspección prefoliado y timbrado por este Organismo Fiscalizador, o el que ya se encuentre habilitado y en uso, el que sólo podrá ser utilizado por los funcionarios de la Superintendencia de Salud para registrar en él las fiscalizaciones que efectúen.

En dicho Libro, los fiscalizadores registrarán el inicio y término de la visita en terreno, así como las observaciones que sea necesario consignar.

A partir de la fecha de término de una fiscalización se entenderán liberados los recursos físicos y el equipamiento puesto a disposición de los fiscalizadores.

B. Fiscalización practicada desde las oficinas de la Superintendencia de Salud

1.- Los fiscalizadores de la Superintendencia podrán siempre formular a las isapres requerimientos de documentación o información.

2.- Dichos requerimientos se efectuarán por escrito, dirigidos al encargado del área específica de que se trate el proceso de fiscalización, con copia al Coordinador designado en conformidad a lo establecido en el Nº 4 de la letra A de este Título.

Las isapres están obligadas a mantener actualizada permanentemente la información que debieron entregar a la Superintendencia de Salud acerca de la individualización de los encargados titulares de área específica y su suplente.[544]

3.- Las isapres están obligadas a dar cumplimiento íntegro y oportuno a los requerimientos que se les formulen y en la forma que dicho cumplimiento les sea instruido, salvo encontrarse impedidas por la ocurrencia de un caso fortuito o fuerza mayor, lo que será informado por escrito al fiscalizador requirente.

II. Plazos para el cumplimiento de los requerimientos formulados en los procesos de fiscalización.

1.- Los fiscalizadores expresarán, conjuntamente con su requerimiento de documentación o información a las aseguradoras, el plazo que se confiere para el cumplimiento del mismo.

2.- Los plazos que se establezcan no podrán importar una alteración en el desenvolvimiento normal de las actividades de las isapres, debiendo considerar en su determinación circunstancias tales como la naturaleza y volumen de la información requerida y los horarios de funcionamiento de las instituciones de salud.

3.- Las solicitudes de prórroga de los plazos conferidos para el cumplimiento de los requerimientos de los fiscalizadores deben ser formuladas y justificadas directamente al fiscalizador requirente, antes del vencimiento del plazo.

III. Obligación de informar a los beneficiarios

En el evento que esta Superintendencia detecte irregularidades por las que las isapres deban efectuar reprocesos y comunicar a los afiliados las correcciones que les benefician, la forma y oportunidad en que se llevarán a cabo, la institución deberá informarles, además, que la regularización efectuada deriva de instrucciones expresas de la Superintendencia de Salud.

IV. Trato adecuado a los fiscalizadores

Los directores, gerentes, apoderados y administradores de las isapres deberán velar porque todos y cada uno de los dependientes y funcionarios de su institución brinden a los fiscalizadores de la Superintendencia de Salud un trato respetuoso y la debida colaboración para el cumplimiento de sus funciones. De la misma forma deberán proceder los fiscalizadores de la Superintendencia.

V. Impedimento o entorpecimiento de la fiscalización

Es deber de las isapres adoptar las medidas tendientes a facilitar los procesos de fiscalización, evitando conductas que puedan impedir o dificultar las fiscalizaciones que se lleven a cabo por funcionarios de esta Superintendencia.

Se han estimado conductas o circunstancias que impiden o entorpecen la fiscalización, por ejemplo, impedir el acceso a las dependencias de la isapre, a los muebles y espacios físicos destinados a los fiscalizadores y a los computadores dispuestos para los fines de la fiscalización; impedir la inspección de los documentos, archivos y/o libros de la isapre; impedir la consulta de los sistemas de información en los términos establecidos en el Nº 5 de la letra A del N° 1, Título I de este Capítulo IX; no entregar o retardar la entrega de los documentos o antecedentes, archivos y/o libros que les sean requeridos; entregar información incompleta o que no corresponda a la real; dilatar el otorgamiento de entrevistas; borrar o manipular información de los equipos computacionales asignados a funcionarios de la Superintendencia.

En conformidad a lo señalado en el[545] inciso 3° del artículo 110 del DFL Nº 1, de 2005, los procesos de fiscalización que se lleven a cabo no alterarán el desenvolvimiento normal de las actividades de las isapres.

[544] Párrafo agregado por Circular IF/275, de 2016.
[545] Circular IF/275, de 2016, suprimió la frase “ya citado”.

VI.- Derecho de impugnación

Conforme la normativa vigente, si las isapres estiman que una instrucción impartida durante o como consecuencia de un proceso de fiscalización no se ajusta a derecho, puede deducir un recurso de reposición ante el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y, en subsidio, un recurso jerárquico ante el Superintendente de Salud; sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales que procedan.

VII.- Fiscalizadores en ejercicio

La nómina de los fiscalizadores en ejercicio se mantendrá permanentemente actualizada en la página extranet de la Superintendencia de Salud, para su consulta por las isapres.[546]

2. Procedimiento de fiscalización al Fonasa

I. Acerca de la fiscalización

1. Las tareas de fiscalización son realizadas por funcionarios de la Superintendencia de Salud, a los que se denominará “fiscalizadores”.

2. Las labores de fiscalización, atendida la naturaleza de la materia objeto de revisión, podrán realizarse en dependencias del Fonasa y/o desde las oficinas de la Superintendencia de Salud.

A. Fiscalización en las dependencias del Fonasa

1. En el contexto de una visita inspectiva, los fiscalizadores pueden formular solicitudes al Fonasa, las que deben ser cumplidos por éste en forma íntegra y oportuna.

2. Asimismo, los fiscalizadores de la Superintendencia de Salud están facultados para inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos, documentos y todo otro antecedente que resulte necesario para la realización de las fiscalizaciones en el ámbito de las competencias que la ley le otorga a este Organismo.

3. Los fiscalizadores también pueden solicitar información y entrevistar a cualquier funcionario del Fonasa cuya declaración, a juicio del fiscalizador, resulte útil y pertinente a los fines de la fiscalización.

Lo anterior procederá aún cuando el Fonasa hubiese designado funcionarios determinados para atender los requerimientos de fiscalización de que se trate.

Con el fin de permitir el adecuado desarrollo de las fiscalizaciones en curso, se requiere que el Fonasa adopte las medidas conducentes para reemplazar a los encargados de procedimientos específicos, actividades o funciones fiscalizadas por la Superintendencia, cuando éstos se encuentren ausentes.

4. Para el sólo objeto de consulta de datos, los fiscalizadores pueden acceder a los sistemas y a las plataformas de información del Fonasa.

5. En el evento que el Fonasa mantenga servicios externalizados sobre cualquier materia o antecedente sujeto a fiscalización, se requiere que facilite el acceso oportuno e íntegro de los fiscalizadores a la información que les sea requerida solicitada respecto del servicio externalizado.

6. Para generar las condiciones que permitan garantizar la privacidad indispensable para la protección de la información que utilicen los fiscalizadores, resulta necesario que el Fonasa les proporcione un espacio físico adecuado en el que puedan instalarse y que se destine exclusiva o prioritariamente a éstos y que cuente con el mobiliario adecuado.

[546] Punto VII, incorporado por Circular IF/275, de 2016.

7. Para registrar las fiscalizaciones que se efectúen, el Fonasa deberá contar, en el nivel central, con un Libro de Inspección prefoliado y timbrado por este Organismo Fiscalizador, el que será utilizado por los fiscalizadores para registrar el inicio y término de la visita en terreno, su objeto y las observaciones que sea necesario consignar.

A partir de la fecha de término de una fiscalización se entenderán liberados los recursos físicos y el equipamiento puesto a disposición de los fiscalizadores.

B. Fiscalización practicada desde las oficinas de la Superintendencia de Salud

1. Para el ejercicio de sus funciones, los fiscalizadores formulan requerimientos de documentación o información.

2. Dichos requerimientos se efectuarán por escrito, ya sea en un oficio o en un correo electrónico, dirigido al funcionario habilitado por el Fonasa para dichos fines.

3- Por su parte,l Fonasa responderá dicho requerimiento en forma íntegra y oportuna al fiscalizador que lo haya formulado.

II. Plazos para el cumplimiento de los requerimientos formulados en los procesos de fiscalización

1. Los fiscalizadores deberán expresar, conjuntamente con su requerimiento de documentación o información, el plazo que se confiere para el cumplimiento del mismo.

2. Las solicitudes de prórroga de los plazos conferidos para el cumplimiento de los requerimientos de los fiscalizadores deben ser formuladas y justificadas directamente al fiscalizador, antes del vencimiento del plazo.

III. Trato adecuado a los fiscalizadores

Se requiere que los directivos del Fonasa velen porque todos y cada uno de sus funcionarios brinden a los fiscalizadores de la Superintendencia de Salud un trato respetuoso y la debida colaboración para el cumplimiento de sus funciones.

De la misma forma procederán los fiscalizadores de la Superintendencia.

IV. Impedimento o entorpecimiento de la fiscalización

Para el normal desarrollo de las funciones de fiscalización, se requiere que el Fonasa instruya a sus funcionarios que deben abstenerse de cualquier conducta que pueda impedir o dificultar las fiscalizaciones que se lleven a cabo por esta Superintendencia.

Son conductas o circunstancias que impiden o entorpecen la fiscalización, por ejemplo, el impedir el acceso a sus dependencias, a los muebles y espacios físicos destinados a los fiscalizadores, a los documentos, archivos y/o libros y a los sistemas o plataformas de información, la no entrega o el retardo en la entrega de los documentos o antecedentes que les sean requeridos.

V. Derecho de impugnación

Conforme la normativa vigente, si el Fonasa estima que una instrucción impartida durante o como consecuencia de un proceso de fiscalización no se ajusta a derecho, puede deducir un recurso de reposición ante el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y, en subsidio, un recurso jerárquico ante el Superintendente de Salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales que procedan.

Eliminado[547].

[547] Este párrafo fue eliminado por la Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.

3. Notificación electrónica de los oficios de término de los procesos de fiscalización realizados por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud[548]

I.- Aspectos generales

Los oficios de término de las fiscalizaciones, entendiendo por tales aquéllos que contienen la conclusión de la fiscalización, contarán con Firma Electrónica Avanzada de las jefaturas de la Intendencia de Fondos y Seguros autorizadas para ello, la que será certificada por un prestador acreditado de servicios de certificación en los términos descritos en el Título III de la Ley N°19.799, y en el Reglamento respectivo, y por lo tanto será válida de la misma manera y producirá los mismos efectos que los oficios emitidos por escrito y en soporte de papel.

II.- De la notificación

1.- Los oficios de término de las fiscalizaciones que emita la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales se notificarán mediante un correo electrónico dirigido al Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima de la entidad aseguradora, o a quién éste designe, y les serán notificados a la casilla electrónica que dichas entidades registren para esos fines, según lo instruido en el punto N°III siguiente, adjuntando el archivo que contiene el texto íntegro del oficio emitido, en formato PDF.

2.- Se entenderá que la notificación ha sido practicada el mismo día en que se hubiere remitido la comunicación electrónica, de tal manera que los plazos establecidos comenzarán a correr al día hábil siguiente, conforme a las reglas generales. Para estos efectos se considerarán inhábiles los días sábado, domingo y festivos.

La remisión del correo será confirmada con un registro de despachos exitosos, obtenido por este Organismo a través de una casilla de correo electrónico habilitada como notario, en los servidores de esta Superintendencia.

III.- Habilitación del usuario autorizado

1.- La entidad aseguradora deberá designar a la persona autorizada para recibir el correo electrónico de notificación de los instructivos de término de las fiscalizaciones, la cual deberá ser habilitada en el Sistema de Administración de Usuarios instalado en el portal web Institucional.

Para todos los efectos se entenderá que el usuario habilitado es el Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima de la entidad aseguradora, quien deberá suscribir la Declaración de Responsabilidad y Autorización para la habilitación de usuarios del Sistema de Fiscalización contenida en el anexo N°1 del presente título, aún cuando designe a otra u otras personas para recibir las notificaciones de que tratan estas instrucciones.

2.- Para habilitar al usuario autorizado para recibir las notificaciones electrónicas, las entidades aseguradoras deberán proceder según lo indicado en el anexo N°2 del presente título, a través del Administrador de cuentas de usuarios que la aseguradora ha designado, según lo instruye el N°2, del título I, del Capítulo I, del Compendio de Información dictado por esta Superintendencia.

3.- Será responsabilidad de las entidades aseguradoras ingresar correctamente los datos y mantener actualizada la dirección de correo electrónico de la persona autorizada para recibir la notificación mencionada en las presentes instrucciones, así como la Declaración de Responsabilidad mencionada en el punto III, N°2 precedente, en caso que se produzca algún cambio.

IV.- Acceso a la documentación emitida

La Intendencia mantendrá a disposición de las entidades aseguradoras los oficios que haya emitido por medios electrónicos, a la que accederán registrando usuario y password en la sección “Aseguradoras, Fonasa e Isapres” en el portal web institucional.

---

[548] Punto 1, Circular IF/N°136, 30.11.2010, Imparte instrucciones para la notificación electrónica de los Oficios de término de procesos de fiscalización realizados por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, complementa el Compendio de Procedimientos.

V.- Caso fortuito o fuerza mayor

En caso que la notificación electrónica regulada en las presentes instrucciones no pueda efectuarse por caso fortuito o fuerza mayor, este Organismo efectuará las notificaciones que procedan a través de los medios contemplados en la normativa vigente que estime pertinentes.

Asimismo, si la aseguradora detecta dificultades en sus sistemas para recibir electrónicamente las notificaciones, deberá informar oportunamente a esta Superintendencia, para que ésta las efectúe a través de mecanismos alternativos.

Anexo N°1

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA LA HABILITACIÓN DE USUARIOS DEL SISTEMA DE FISCALIZACIÓN

En_____ a _____ de _____ de _____

Yo,_____

Cédula de identidad N°_____En mi calidad de (Jefe Superior del Servicio,

Gerente General o autoridad máxima) _____

De la entidad aseguradora_____

DECLARO QUE ME HAGO RESPONSABLE DE RECIBIR LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS OFICIOS DE TÉRMINO DE LAS FISCALIZACIONES REALIZADA POR LA INTENDENCIA DE FONDOS Y SEGUROS, EN LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INGRESADA EN EL SISTEMA DE MANTENCIÓN DE USUARIOS, CONTENIDO EN EL PORTAL WEB DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

_____

Firma del Representante Legal de la Aseguradora

(de puño y letra)

Timbre de la Aseguradora

Anexo N°2

HABILITACIÓN DE USUARIOS

1.- Para habilitar el correo electrónico del usuario autorizado para recibir las notificaciones electrónicas, el Administrador de cuentas de usuarios que ha sido designado por la entidad aseguradora, según lo instruye el N°2, del título I, del Capítulo I, del Compendio de Información dictado por esta Superintendencia, deberá acceder al portal Web institucional, a la sección “Aseguradoras Fonasa e Isapres”.

2.- Una vez ingresado a esa sección, deberá elegir la opción “Administración de usuarios de Aseguradoras”, al que podrá acceder ingresando su nombre de usuario y clave.

3.- En este segmento tendrá la opción de agregar una nueva cuenta de usuario, donde además de los datos del usuario allí requeridos, deberá marcar en la tabla de acceso a los sistemas habilitados por esta Superintendencia, la opción “Sistema de Fiscalización (SFIS)” y elegir la función “SFIS-Recibe Notificación”.

GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE SALUD
POR UNA SALUD FUERTE
ISO 9001
Mantención de cuentas
Agregar cuenta
Cambio de clave isapre
Terminar sesión
PruebaT
Mantención de usuarios
Datos del usuario
Apellidos:
Nombres:
Clave:
Correo electrónico:
Departamento o Unidad Administrativa al que pertenece:
Teléfono directo:
Datos de la cuenta
Activar
Desactivar
Eliminar
Superusuario
Enviar
Acceso a sistemas
Agentes de Ventas (AGV)
Prestadores Convenidos (PCON)
Reclamos-Derivaciones (RECL)
Regulación (REG)
Sistema de Fiscalización (SFIS)
Traspaso de archivos (TRAS)
Funciones permitidas
SFIS - Recibe Notificación

4. Normas sobre procedimiento de fiscalización a prestadores de salud[549]

I. Acerca de la fiscalización

Las tareas de fiscalización a los prestadores de salud son realizadas por funcionarios de la Superintendencia de Salud, a los que se denomina “fiscalizadores”.

Las labores de fiscalización pueden realizarse en dependencias físicas de los prestadores institucionales o en la consulta del profesional, según sea el caso, como asimismo, desde las oficinas de la Superintendencia, en forma remota.

II. Fiscalización a prestadores institucionales de salud

A. Fiscalización practicada en las dependencias físicas de los prestadores

1.- Las fiscalizaciones en terreno podrán ser anunciadas con anticipación a fin de evitar demoras en la entrega de los antecedentes a inspeccionar, o bien, podrán requerirse los antecedentes en el momento de constituirse el fiscalizador en las dependencias del prestador, sin previo aviso, lo que dependerá, especialmente, de la naturaleza de las materias a fiscalizar. En consecuencia, los prestadores deberán encontrarse siempre en condiciones de atender los requerimientos de este Organismo de Control en orden a verificar el cumplimiento de las GES y del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, así como todos aquellos necesarios para el cumplimientos de las funciones y atribuciones que le encomienden las leyes y reglamentos[550].

2.- Al inicio de un proceso de fiscalización en las dependencias de un prestador, los fiscalizadores exhibirán su credencial institucional e informarán al funcionario que corresponda el inicio del respectivo proceso, las materias que se analizarán, y el tiempo aproximado de duración del mismo. La información entregada no limitará, en ningún caso, el ejercicio de las facultades de fiscalización de este Organismo de Control, de manera que si los funcionarios requieren extenderse a otras materias que no se hubieren señalado expresamente y/o debieren permanecer por un tiempo superior al estimado inicialmente, podrán hacerlo, estándole impedido al prestador poner trabas a la realización de la fiscalización.

3.- Los prestadores de salud deben asegurar a los fiscalizadores, en todo momento, el acceso a la totalidad de la documentación que les sea requerida para efectos de la inspección, garantizando que aquélla esté disponible en forma íntegra y oportuna, evitando dilaciones indebidas en la entrega. Han de tener presente, los prestadores, que asiste a la Superintendencia la facultad legal de examinar las fichas y antecedentes clínicos de los pacientes, para efectos de verificar el cumplimiento de las obligaciones y el otorgamiento de los beneficios legales sujetos a fiscalización.

4.- Los fiscalizadores están facultados legalmente para inspeccionar y acceder a los sistemas de soporte de información y plataformas implementados por los prestadores, con el único objeto de consultar datos para validar el cumplimiento de la normativa y el otorgamiento de los beneficios.

Será responsabilidad de los prestadores adoptar las medidas de resguardo necesarias para que la información contenida en dichos sistemas y plataformas informáticas no resulte modificada, de ninguna manera, como consecuencia de la fiscalización que se realice.

5.- Los prestadores deben proporcionar a los fiscalizadores las condiciones físicas mínimas estimadas indispensables para el cumplimiento de sus funciones, esto es, un espacio físico con mobiliario adecuado para el trabajo de, a lo menos, dos fiscalizadores, con sus respectivos equipos informáticos portátiles, acceso a los equipos informáticos, medios y sistemas tecnológicos del establecimiento y acceso a internet para los equipos de los fiscalizadores, todo ello en condiciones de seguridad que garanticen la privacidad indispensable para la protección de la información que procesen durante el desarrollo de sus labores.

Los prestadores deberán procurar que los equipos, medios y sistemas tecnológicos que pongan a disposición de los fiscalizadores para la realización de sus funciones, cuenten con la tecnología y software apropiados para que

[549] Normativa incorporada por la Circular IF/N°369 de 20-08-20
[550] Párrafo modificado por la Circular IF/N° 429 de fecha 9 de mayo de 2023.

la información sea tratada de forma expedita, completa y segura y velar por que no exista intromisión alguna en los datos con que trabajen los fiscalizadores, mediante mecanismos o elementos de comunicación, programas de software o de otro tipo, que permitan ingresar en forma directa o remota a dicha información.

6.- Los Directores de los establecimientos de salud deben velar por que todos y cada uno de los dependientes y funcionarios de ese prestador, brinden a los fiscalizadores de la Superintendencia un trato respetuoso y la debida colaboración para el cumplimiento de sus funciones. La misma conducta deben observar los fiscalizadores de esta Institución.

7.- Si con motivo de la fiscalización resulta necesario el envío de antecedentes a las dependencias de la Superintendencia, su carácter fidedigno deberá ser validado por el Director del establecimiento y/o el Auditor Interno, según corresponda.

8.- Durante el proceso de fiscalización, los funcionarios del prestador y los fiscalizadores de la Superintendencia involucrados en el mismo, deben adoptar todas las medidas necesarias para resguardar la confidencialidad de los antecedentes clínicos de los pacientes y cumplir sus respectivas obligaciones en relación al tratamiento de datos personales, especialmente, aquellos de carácter sensible, de conformidad a la normativa legal y reglamentaria vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

9.- Los fiscalizadores consignarán en un acta, la hora de inicio y término de la visita inspectiva, registrando el objetivo de la misma y todo antecedente que resulte relevante destacar, pudiendo formular las observaciones que estimen del caso. Esa información será posteriormente puesta en conocimiento del prestador, a través medios físicos o electrónicos.

B. Fiscalización practicada desde las oficinas de la Superintendencia de Salud

1.- Los fiscalizadores podrán, si las circunstancias lo aconsejan o si lo estiman pertinente, realizar la fiscalización en forma remota, desde las dependencias de la Superintendencia, requiriendo a los prestadores el envío de la documentación o información necesaria para verificar el cumplimiento de sus obligaciones legales.

Dichos requerimientos se efectuarán por escrito, en formato físico o electrónico y serán dirigidos al encargado del área específica en que se encuentren los antecedentes objeto de la fiscalización o a las jefaturas respectivas, según corresponda o se estime pertinente.

2.- El fiscalizador podrá requerir al prestador todo tipo de información relacionada con la materia fiscalizada, incluyendo aquella documentación que conste en soporte físico, pudiendo solicitar su digitalización, o bien, podrá solicitar información que conste en soportes, plataformas o sistemas informáticos o electrónicos del prestador.

Dada la facultad legal que tiene la Superintendencia para examinar las fichas y antecedentes clínicos de los pacientes, el fiscalizador está autorizado para requerírselos al prestador para examinarlos en forma remota.

Para los efectos antes señalados, los prestadores deben otorgar a los fiscalizadores claves de acceso con perfil restringido, con el único objeto de que puedan examinar los datos relacionados con la fiscalización en forma agregada y desagregada.

3.- Los prestadores deben garantizar que la información que se les requiera esté disponible en forma íntegra y oportuna, y por otra parte, deberán adoptar las medidas de resguardo necesarias para que la información contenida en los soportes, plataformas o sistemas informáticos o electrónicos, no resulte modificada, de ninguna manera, como consecuencia de la fiscalización.

4.- Los prestadores deben cumplir íntegra y oportunamente los requerimientos que les sean formulados, en la forma que se les haya instruido, a menos que se encuentren impedidos de dar cumplimiento a lo requerido por la ocurrencia de un caso fortuito o fuerza mayor, circunstancia que deberá ser informada por escrito al fiscalizador, correspondiendo a la Jefatura de éste, evaluar el mérito de los antecedentes, para adoptar la decisión que corresponda.

5.- Los fiscalizadores indicarán, en el documento que contenga el requerimiento, el plazo otorgado para el envío de la documentación o información solicitada. Los plazos que se establezcan para tales efectos, no podrán afectar el normal desenvolvimiento de las actividades del prestador, debiendo considerarse, para su determinación, aspectos como la naturaleza y volumen de la información requerida.

Si el prestador requiriere una prórroga del plazo otorgado, deberá formular una solicitud fundada, directamente al fiscalizador requirente, por escrito, en soporte físico o electrónico, antes de su vencimiento. El fiscalizador evaluará la pertinencia de acceder a la solicitud, de conformidad con los fundamentos expuestos en ella y, de acogerla, fijará un nuevo plazo para cumplir con lo requerido.

6.- Durante el proceso de fiscalización remota, los funcionarios del prestador y los fiscalizadores de la Superintendencia involucrados en el mismo, deben adoptar todas las medidas necesarias para resguardar la confidencialidad de los antecedentes clínicos de los pacientes y cumplir sus respectivas obligaciones en relación al tratamiento de datos personales, especialmente, aquellos de carácter sensible, de conformidad a la normativa legal y reglamentaria vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

7.- Una vez finalizada la fiscalización remota, se pondrá en conocimiento del prestador por medios físicos o electrónicos, el objetivo de la misma, los resultados obtenidos y cualquier otro antecedente que se estime relevante en atención a dichos resultados.

III. Fiscalización a prestadores individuales de salud para efectos de verificar la notificación a los pacientes sobre su derecho a acceder a las GES.

1.- Las fiscalizaciones a profesionales podrán ser anunciadas con anticipación, a fin de evitar demoras en la entrega de los antecedentes a inspeccionar, o sin previo aviso. En consecuencia, los prestadores deberán encontrarse siempre en condiciones de atender los requerimientos de este Organismo de Control, en orden a verificar la oportuna notificación a los pacientes sobre su derecho a acceder a las GES.

Para todos los efectos, los prestadores deberán ajustarse a los requisitos mínimos que debe incluir el procedimiento, establecidos en el punto 1.1. “Obligación de Informar”, del numeral 1 “Obligación de los Prestadores de Entregar Información Relacionada con las GES”, del Título IV “Normas Especiales para Prestadores”, del Capítulo VI “de las Garantías Explícitas en Salud GES”, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios[551].

2.- El profesional debe permitir el acceso de los fiscalizadores a la documentación que le sea requerida para efectos de la inspección, facilitándoles además el acceso a sus equipos computacionales, con el único objeto de consultar datos para validar el cumplimiento de la normativa.

Será responsabilidad de los prestadores adoptar las medidas de resguardo necesarias para que la información contenida en sus equipos no resulte modificada, de ninguna manera, como consecuencia de la fiscalización que se realice.

3.- Los profesionales deben tener un trato respetuoso con los fiscalizadores y prestarles la debida colaboración para el cumplimiento de sus funciones. La misma conducta deben observar los fiscalizadores de esta Institución.

4.- Tanto el profesional como el fiscalizador deben adoptar las medidas de resguardo de la confidencialidad de los antecedentes clínicos de los pacientes y cumplir sus respectivas obligaciones en relación al tratamiento de datos personales, especialmente, aquellos de carácter sensible, de conformidad a la normativa legal y reglamentaria vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

5.- El fiscalizador podrá, cuando las circunstancias así lo aconsejen, realizar la fiscalización al profesional en forma remota, desde las dependencias de la Superintendencia, requiriéndole el envío de la documentación o información necesaria para verificar el cumplimiento de su obligación legal. En tal caso, el fiscalizador indicará, en el documento que contenga el requerimiento, el plazo otorgado para el envío de la documentación o información solicitada.

Los profesionales deben cumplir íntegra y oportunamente los requerimientos que les sean formulados, en la forma que se les haya instruido, a menos que se encuentren impedidos por la ocurrencia de un caso fortuito o fuerza mayor, circunstancia que deberá ser informada por escrito al fiscalizador, correspondiendo a la Jefatura de éste, evaluar el mérito de los antecedentes, para adoptar la decisión que corresponda.

Si el profesional requiriere una prórroga del plazo otorgado, deberá formular una solicitud fundada, directamente al fiscalizador requirente, por escrito, en soporte físico o electrónico, antes de su vencimiento. El fiscalizador

[551] Párrafo agregado por Circular IF/N° 407, de 5.7.2022.

evaluará la pertinencia de acceder a la solicitud, de conformidad con los fundamentos expuestos en ella y, de acogerla, fijará un nuevo plazo para cumplir con lo requerido.

IV. Impedimento o entorpecimiento de la fiscalización

Es deber de los prestadores institucionales e individuales, adoptar todas las medidas tendientes a facilitar los procesos de fiscalización presencial y remota, evitando toda conducta que pueda entorpecer las fiscalizaciones, ya sea impidiéndolas o dificultándolas.

Son conductas que entorpecen la fiscalización, entre otras, impedir el acceso a las dependencias del prestador; impedir la inspección de documentos y archivos o la consulta de los s3istemas de información; no entregar o retardar la entrega de los antecedentes o archivos requeridos; entregar información incompleta o que no corresponda a la real; además, en el caso de los prestadores institucionales, impedir el acceso a los muebles y espacios físicos destinados a los fiscalizadores; impedir el acceso a los medios informáticos y tecnológicos dispuestos para los fines de la fiscalización; dilatar o impedir la realización de entrevistas o manipular información de los equipos computacionales asignados a funcionarios de la Superintendencia.

IV. Derecho de impugnación[552]

Conforme la normativa vigente, si los prestadores de salud, institucionales o individuales, estiman que una instrucción impartida durante o como consecuencia de un proceso de fiscalización no se ajusta a derecho, puede deducir un recurso de reposición ante el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y, en subsidio, un recurso jerárquico ante el Superintendente de Salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales que procedan.

[552] Repetición de número por la Circular de origen.

Capítulo X Procedimiento de Regulación de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud Y Notificación de las Instrucciones

I. Procedimiento de Regulación

El proceso de regulación de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud se orienta al cumplimiento de la misión organizacional, en orden a promover relaciones transparentes y equitativas entre usuarios y seguros, para garantizar los derechos en salud, y específicamente, a generar regulación que garantice los derechos de los usuarios y promueva la transparencia.

El Proceso de Regulación considera la observación permanente del Sistema, el estudio de áreas o materias específicas susceptibles de regulación, la preparación de informes y propuestas de actividades regulatorias y la elaboración, actualización y difusión de normas administrativas.

Para ejecutar este proceso, en enero de 2005 se creó el Subdepartamento de Regulación, radicando en esta unidad especializada la instalación y administración de un Proceso de Regulación transparente, participativo y efectivo, entendiendo por tal, aquél que contribuye al resguardo de los deberes y derechos de los usuarios, propiciando la competencia y el correcto funcionamiento del Sistema de Salud Previsional, a través de una normativa coherente y sistematizada.

El Procedimiento de Regulación contemplará la existencia de un cuerpo sistematizado, estructurado y en permanente actualización de toda la normativa vigente que emite la Intendencia, que se contiene en un compendio agrupado, por ahora, en cuatro áreas temáticas, a saber, instrumentos contractuales, beneficios, procedimientos e información, disponible en el portal Web de la Superintendencia.

1. Principios y directrices de la función reguladora

Los principios que se han definido para el eficiente desarrollo del proceso de regulación son las siguientes:

1.1. Proteger los derechos de los beneficiarios y promover su cumplimiento por los sistemas de salud público y privado.

1.2. Promover la competencia de la industria de aseguradores privados en el entendido que ésta contribuye al resguardo de los derechos de los beneficiarios.

1.3. Normar en forma general e imparcial a los entes fiscalizados, sin perjuicio de las segmentaciones que sean racionales y necesarias, atendiendo a las diferencias particulares de los usuarios y aseguradores.

1.4. Fomentar un proceso **participativo**, contemplando la concurrencia de las opiniones técnicas de las entidades reguladas, de los usuarios y público en general; **investigativo**, dado que tendrá como prerrequisito el disponer de información especializada relevante sobre cada materia; **consultivo**, en términos de dar a conocer a los regulados los proyectos de regulación a objeto de anticiparse respecto de sus efectos técnicos, operativos y de costo que asumen aquéllos y **programado**, en términos de elaborar anticipadamente un plan anual de regulación, donde consten materias, plazos y prioridades.

1.5. Mantener un procedimiento transparente y actualizado, donde se establecerán las actividades de regulación y los participantes, el que será conocido por las entidades reguladas, los usuarios y público en general.

1.6. Considerar un mecanismo periódico de revisión sustantiva de las instrucciones vigentes emitidas por la Superintendencia, con los organismos externos relacionados con la materia que se trate.

1.7. Procurar el máximo de eficiencia, de modo de hacer buen uso de los recursos asignados para dicho propósito. Asimismo, se pondrá atención a la efectividad de los costos de las normas, asegurando que los recursos empleados no puedan producir mayores beneficios si fueran asignados de manera diferente.

1.8. Complementar y promover las iniciativas de las entidades fiscalizadas en la solución de problemas que presenten los seguros de salud, estimulando los espacios de autorregulación en dichas entidades.

1.9. Responder en forma oportuna y adecuada a las necesidades de normativa de materias que sean de competencia de la Intendencia, que surjan de unidades de la Superintendencia de Salud, entidades reguladas,

otros organismos externos, usuarios, etc. -previa evaluación de su pertinencia- priorizando aquellas materias que revistan mayor importancia.

1.10. Mantener un cuerpo sistemático de normas que estará permanentemente actualizado y será difundido por la Superintendencia con el objetivo que, tanto los regulados, los usuarios, así como otros organismos públicos, dispongan de certeza jurídica que guíe su quehacer en materia de seguros previsionales de salud.

2. Instrumentos de regulación

Los instrumentos utilizados en el proceso de regulación son los siguientes:

a) Circular: Es el instrumento básico y principal a través del cual la Intendencia ejerce su facultad de impartir instrucciones de aplicación general referidas a una determinada materia a los entes fiscalizados. Ej. Procedimientos contractuales, Tramitación de reclamos, etc.

Una norma de este tipo puede ser modificada o derogada por otra circular.[553]

b) Oficio Circular: Instrumento a través del cual se instruye sobre una materia particular y específica, se aclara o precisa algún aspecto de una circular y/o se modifica un plazo.

Una norma de esta jerarquía puede ser modificada o derogada por una circular o por otro oficio circular.

Este instrumento también podrá ser utilizado para requerir información puntual para el desarrollo de sus funciones o para entregar información a los entes fiscalizados.[554]

c) Oficio Circular “materia”: El Ordinario Circular N° 1, de 16 de enero de 2004, de la Superintendencia de Salud, definió este tipo de instrumento de regulación, cuyo objetivo es dictar instrucciones de aplicación general basada en un criterio interpretativo, conforme al cual se resuelve consistentemente la aplicación y cumplimiento de ciertas normas que regulan el otorgamiento de prestaciones que establecen la ley y los contratos de salud.

Una norma de esta jerarquía puede ser modificada o derogada por una circular o por otro oficio circular.

Todos los instrumentos de regulación señalados pueden ser modificados por Resolución Exenta, en caso que hubieren sido objeto de recurso de reposición interpuesto por los organismos fiscalizados en contra de instrucciones impartidas por la autoridad. A través de ella se sanciona la materia en discusión, lo que puede originar la modificación de la instrucción originalmente emitida. El texto actualizado de la normativa modificada será publicado en el portal web institucional.

El siguiente cuadro resume de qué forma una norma emitida puede afectar a otra norma vigente, en cuanto a la facultad de modificarla o derogarla.[555]

Afecta a / Nueva Norma	Circular	Oficio circular	Oficio circular materia

[553] Parte final del primer párrafo y segundo párrafo, agregados por Circular IF/275, de 2016.
[554] Párrafo modificado por por Circular IF/275, de 2016.

[555] Párrafo y cuadro que le sucede, incorporados por Circular IF/275, de 2016.

Circular	Modifica Deroga	Modifica Deroga	Modifica Deroga
Oficio circular	Aclara o precisa	Modifica Deroga	Modifica Deroga
Oficio circular materia			Modifica Deroga

3. Requerimiento de observaciones a los organismos fiscalizados

En el caso que así se defina en el requerimiento de regulación, el proyecto de normativa se someterá a la consideración de los organismos fiscalizados, para que aporten sus sugerencias y observaciones, especialmente, desde el punto de vista de su implementación técnica, operativa y del impacto en los costos.

El Subdepartamento de Regulación enviará el proyecto de instructivo por los medios que estime conveniente otorgando un plazo perentorio para que los organismos consultados se pronuncien, transcurrido el cual, las observaciones que lleguen podrán no ser consideradas. La comisión analizará las observaciones y la pertinencia de su incorporación.

II. Notificación electrónica de normativa emitida por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

1. Aspectos generales

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud notificará la emisión de normativa por medios electrónicos a las personas o entidades destinatarias, a fin de lograr una comunicación más expedita y eficaz con ellas[556].

En el evento de que la Intendencia no posea la información sobre la dirección de correo electrónico de una determinada persona o entidad, la notificará personalmente, por carta certificada o por otro medio idóneo, sin perjuicio de que, en caso de que la normativa sea publicada en el Diario Oficial, se entenderá notificada a todos quienes no les haya sido comunicada anteriormente por otro medio. Tratándose de correo certificado, la notificación se entenderá practicada al tercer día siguiente a la recepción de la carta en la oficina de correo que corresponda[557].

La normativa emitida podrá contar con Firma Electrónica Avanzada del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales o del Superintendente, en su caso, certificada por un prestador acreditado en los términos descritos en el Título III de la Ley N° 19.799, y en el Reglamento respectivo, y por lo tanto será válida de la misma manera y producirá los mismos efectos que la normativa emitida por escrito y en soporte de papel[558].

La normativa estará siempre dirigida al Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima de la entidad y le será notificada a la casilla electrónica que la institución registre para esos fines[559].

2. Notificación electrónica de la normativa

2.1. La normativa que emita la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales se notificará mediante un correo electrónico a la casilla que la entidad haya registrado para tales efectos, comunicando este hecho y adjuntando el archivo que contiene el texto íntegro de la normativa emitida, en formato PDF[560].

En el evento de que la Intendencia no posea la información sobre la dirección de correo electrónico de una determinada persona o entidad, se aplicará lo dispuesto en el párrafo segundo del número 1 “Aspectos generales”[561].

2.2. Se entenderá que la normativa ha sido formalmente notificada a la persona o entidad el mismo día de la remisión del correo electrónico que comunica su emisión. Este último evento será confirmado con un registro de despachos exitosos, obtenido por la Intendencia a través de una casilla de correo electrónico habilitada como notario, en los servidores de la Superintendencia de Salud[562].

2.3. Para la contabilización de los plazos asociados al cumplimiento de las obligaciones y ejercicio de los derechos que contempla la legislación vigente, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

2.3.1. Se considerará como días inhábiles los días sábados, domingos y festivos[563].

2.3.2. Los correos electrónicos se considerarán enviados en el mismo día en que sean remitidos[564].

2.3.3. Suprimido[565].

---

[556] Párrafo reemplazado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[557] Párrafo insertado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

[558] Párrafo modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[559] Párrafo modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[560] Párrafo modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[561] Párrafo insertado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[562] Párrafo modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[563] Texto modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[564] Texto modificado por Circular IF N° 431, de 19.5.23.
[565] Texto suprimido por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

3. Habilitación del usuario autorizado

La entidad aseguradora deberá designar a la persona autorizada para recibir el correo electrónico de notificación de la normativa, la cual deberá ser habilitada en el Sistema de Administración de Usuarios instalado en el portal Web de la Superintendencia de Salud.

Para todos los efectos, se entenderá que el usuario habilitado es el Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima de la entidad aseguradora, quien deberá suscribir la Declaración de Responsabilidad y Autorización para la habilitación de usuarios del Sistema de Regulación contenida en el Anexo de este Título.

Para habilitar al usuario autorizado para recibir las notificaciones electrónicas las entidades aseguradoras deberán proceder conforme se indica en el Anexo de este Título, a través del Administrador de cuentas de usuarios que ha sido designado según lo instruido en las instrucciones impartidas por esta Superintendencia en relación a la transmisión de información y remisión de los archivos maestros de información que los seguros envían a la Superintendencia.

Será responsabilidad de las entidades aseguradoras ingresar correctamente los datos y mantener actualizada la dirección de correo electrónico de la persona a quien irá dirigida la notificación mencionada.

4. Almacenamiento

Sin perjuicio que en la oportunidad de la notificación vía correo electrónico de que tratan estas instrucciones, se adjunte la normativa emitida en un archivo PDF, esta Intendencia depositará la versión XML de tales documentos, en un web service de la Superintendencia de Salud.

La Intendencia continuará con la publicación de la normativa emitida en el portal web institucional, que es de libre acceso a toda la comunidad.

5. Caso fortuito o fuerza mayor

En caso que la notificación electrónica de que se trata en estas instrucciones no pueda llevarse a cabo por caso fortuito o fuerza mayor, se efectuarán las notificaciones a través de los medios tradicionales que se estimen pertinentes.

Anexo

Declaración de responsabilidad y autorización para la habilitación de usuarios del Sistema de Regulación

En…….. a …….. de……. de……

Yo,……

Cédula de identidad Nº…….

En mi calidad de (Jefe Superior del Servicio, Gerente General o autoridad máxima)…….. de la entidad aseguradora……

Declaro que me hago responsable de recibir la notificación electrónica de la normativa emitida por la Intendencia de Fondos y Seguros, en la dirección de correo electrónico ingresada en el Sistema de Mantención de Usuarios, contenido en el portal web de la Superintendencia de Salud.

Firma del Representante legal de la aseguradora

(de puño y letra)

Timbre de la aseguradora

Capítulo XI Procedimientos Relativos a las Garantías Explícitas en Salud

Título I. Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad [566][567]

1. Situaciones de Excepción

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad cuando sea imposible otorgar la prestación dentro del plazo establecido, ya sea por caso fortuito o fuerza mayor o cuando la causa del incumplimiento sea imputable a la persona beneficiaria, esto en razón de lo establecido en el artículo 4° de la Ley N° 19.966.

Las situaciones constitutivas de caso fortuito o fuerza mayor, en los términos del artículo 45 del Código Civil, deberán ser debidamente acreditadas por el FONASA o las Isapres, en su calidad de obligados a asegurar el cumplimiento de las GES a sus respectivos beneficiarios.

El presente Título regula, además, situaciones específicas que permiten exceptuar garantías de oportunidad, siempre que se cumplan los requisitos establecidos en el numeral correspondiente para cada una de ellas.

La excepción de una garantía de oportunidad dará origen a la obligación, por parte de la Isapre o el FONASA, de gestionar el caso en los términos que se indican en este Título.

Dado que el caso de una persona beneficiaria puede presentar varias garantías al mismo tiempo, el cierre de una garantía no implica el cierre del caso o de otra garantía abierta. De esa manera, el caso puede permanecer abierto, pudiendo el beneficiario recibir otras prestaciones garantizadas del mismo problema de salud.

El Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional como las principales obligadas al cumplimiento de la garantía de oportunidad, deberán estar siempre en condiciones de acreditar tanto la concurrencia de las causales de excepción, como la gestión de los casos con garantía exceptuada, a través de antecedentes probatorios suficientes.

2. Causales específicas de excepción:

Las causales de excepción que a continuación se tratan sólo procederán, en tanto se cumplan los requisitos que para tal efecto dispone el Decreto vigente que “Aprueba las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el Cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la ley N°19.966”, o el que lo reemplace.

2.1 Inasistencia: Ausencia del paciente o beneficiario/a a dos citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada. Tratándose de garantías iguales o inferiores a diez (10) días, se entenderá inasistencia con la ausencia a una citación efectiva fehacientemente acreditada.

Si, con ocasión de alguna de las citaciones, la persona beneficiaria o su representante informa que no podrá asistir al otorgamiento de la prestación, dicha inasistencia se considerará como justificada. En estos casos, deberá registrarse que la ausencia fue justificada, junto con el nombre de quien la notificó y la fecha en que se realizó la gestión. Por tanto, la inasistencia justificada no se contabilizará como ausencia a una citación efectiva, debiendo practicarse una nueva citación.

Las referidas justificaciones del paciente tendrán un límite de dos (2) postergaciones para garantías superiores a diez (10) días y de una (1) para aquellas iguales o inferiores a diez días. Una vez excedidos dichos límites de postergación, aunque exista justificación, se considerará como inasistencia y se podrá exceptuar la garantía que se está gestionando.

Los prestadores de salud podrán informar a las personas beneficiarias o a sus representantes, el límite de postergaciones justificadas que podrán realizar y de ausencias a citaciones efectivas en las que podrán incurrir, según se trate de garantías superiores o inferiores a 10 días.

[566] Título incorporado mediante Circular IF N°248, del 27 de julio de 2015
[567] Título modificado por la Circular IF/N° 501, de fecha 23 de junio de 2025 y por la Resolución Exenta IF/N° 444 de fecha 14 de enero de 2026.

Cada inasistencia deberá quedar consignada en el registro de citaciones y/o control de asistencia, y deberá ser suscrita por el personal encargado del registro.

La inasistencia a tres citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada, constituye causal de cierre del caso, según lo establecido en las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el Cumplimiento de las GES dictadas por el MINSAL. Dicha circunstancia deberá informarse al paciente o su representante al momento de la respectiva citación.

Respecto de la causal específica de excepción de inasistencia, para su validación como garantía exceptuada, deberá haberse empleado cualquiera de los mecanismos de citación efectiva que se describen en este numeral, con estricto apego al procedimiento indicado para cada uno de ellos. Esto deberá estar debidamente consignado en los registros correspondientes que lo acrediten.

Para acreditar la citación efectiva, entendiéndose por ésta, aquella situación en que se tomó contacto directo con el paciente o su representante, se podrán utilizar cualquiera de los siguientes mecanismos con sus respectivos respaldos:

a) Citación Presencial: Registro de la entrega de la citación a la atención clínica en el establecimiento, cuando proceda, suscrito por el beneficiario/a o su representante al tomar conocimiento de esta.

b) Llamada telefónica: Registro de la llamada telefónica con contacto efectivo con el beneficiario o su representante, con indicación de su resultado.

Para acreditar el contacto efectivo se deberá dejar registro del nombre y RUN de/la funcionario/a que efectuó la llamada, además del nombre de la persona que contestó con indicación de su relación con la o el paciente y de la fecha y hora en la cual se realizó. En caso de que la gestión sea infructuosa, el registro deberá contener la constancia de las llamadas que fueron necesarias para lograr la citación efectiva. Se efectuarán al menos 3 intentos de comunicación telefónica, en días y horarios diferentes.

En caso de disponer el prestador de un sistema de grabación de llamadas, éste deberá conservarse, como respaldo por un periodo no menor a 5 años o hasta que la prestación sea otorgada.

c) Visita domiciliaria: Registro de la visita domiciliaria, la que deberá consignar el nombre y RUN del/la funcionario/a que efectuó la visita, además del nombre, indicación de su relación con el o la persona beneficiaria, fecha y firma de quien recibió la citación a la atención clínica, que podrá corresponder a la persona beneficiaria o a otra persona en su nombre y del resultado de dicha visita. La citación deberá entregarse en sobre cerrado, dirigida a la persona beneficiaria y deberán estar registrados los datos de contacto de la oficina GES del prestador, según corresponda, en caso de que aquella necesite comunicarse.

En caso de que la visita domiciliaria resulte infructuosa, se deberá dejar constancia escrita de aquello en el registro respectivo, señalando la fecha, hora, domicilio visitado, el motivo por el cual no se logró efectuar el contacto (por ejemplo, persona no habida o domicilio inexistente), y el nombre y RUN del funcionario o la funcionaria que efectuó la gestión.

d) Carta Certificada: Nómina del correo en la que conste la fecha del envío de la citación a la atención clínica del paciente al domicilio informado por la persona beneficiaria o su representante en el “Formulario de Constancia de Información al Paciente GES” u otro registrado con posterioridad para estos efectos. El domicilio podrá pertenecer a otra persona, que hubiere sido autorizada por escrito por la persona beneficiaria. Deberá contarse con registro del resultado del procedimiento.

e) Correo electrónico: Registro del envío por correo electrónico de la citación a la atención clínica, en el que conste la fecha de la gestión, a la dirección informada por la persona beneficiaria o su representante en el “Formulario de Constancia de Información al Paciente GES” u otra registrada con posterioridad para

estos efectos. La dirección de correo electrónico podrá pertenecer a otra persona, que hubiere sido autorizada por escrito por el o la beneficiaria. Deberá contarse con registro del resultado del procedimiento[568]. La citación se realizará desde una cuenta institucional y se deberá respaldar su envío para fines de fiscalización. En caso de existir confirmación de la recepción por parte de la persona beneficiaria o de la tercera persona autorizada, deberá igualmente guardarse respaldo de dicha respuesta.

f) Otros medios electrónicos de citación: Se podrá acreditar el contacto efectivo con el o la persona beneficiaria o su representante mediante otros medios electrónicos, como aplicaciones móviles o de mensajería instantánea, siempre y cuando se pueda verificar que los datos de contacto utilizados pertenecen efectivamente a la persona beneficiaria o a su representante. Para ello, dichos datos deberán estar debidamente informados en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES" o haber sido registrados con posterioridad para dicho propósito.

Dichos registros deberán contener la citación a la atención clínica, la identificación de la persona que realizó la gestión en representación del prestador (con la indicación del nombre y RUN), y la fecha en que se efectuó el contacto.

2.2 Contacto No Corresponde: Los datos de contacto entregados por la persona beneficiaria a través de los distintos registros habilitados para tal fin, imposibilitan concretar la citación efectiva durante la vigencia de la garantía.

Para su validación como garantía exceptuada, deberá cumplirse conjuntamente con los siguientes requisitos:

a) Contar con el registro de haberse realizado, a lo menos, dos de las gestiones descritas como mecanismos de citación efectiva en el numeral 2.1. "Inasistencia", de entre las siguientes: "Llamada telefónica", "Correo electrónico" y "Otros medios electrónicos de citación"; y

b) En caso de no haberse logrado establecer contacto con la persona beneficiaria a través de alguno de los mencionados medios, contar con el registro de haberse efectuado la gestión de contactabilidad mediante, al menos, uno de los siguientes mecanismos: "Visita domiciliaria" o "Carta Certificada".

Todo lo anterior deberá constar en los registros que acrediten tales gestiones, según las exigencias del mecanismo de citación utilizado.

2.3 Rechazo: Expresión de voluntad de el o la persona beneficiaria, o su representante, de rechazar la prestación y/o el prestador designado. Esto debe constar por escrito en un documento especialmente destinado para tal fin, el que deberá incluir, al menos, el motivo del rechazo, el nombre de quien rechaza, y la fecha correspondiente al día del rechazo.

El paciente o su representante podrán manifestar el rechazo a través de un medio distinto al presencial. Para ello, deberá dejarse constancia de la comunicación recibida, cumpliendo con los requisitos particulares del respectivo mecanismo de contacto. Esto se realizará según las reglas definidas al tratar la citación efectiva, siempre y cuando dicho medio permita comprobar la manifestación de la voluntad de rechazar la prestación o el prestador, por parte del paciente o su representante.

2.4 Estado de salud de la persona beneficiaria: La garantía de oportunidad podrá exceptuarse cuando exista una indicación médica justificada por parte del profesional tratante que impida la realización de la prestación, ya sea de manera temporal o definitiva.

El profesional tratante responsable de la indicación deberá registrar en la ficha clínica del paciente los antecedentes clínicos que motivan la decisión de suspender el otorgamiento de la prestación o de excluirla, según corresponda.

[568] Letra e), agregada por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

Además, deberá existir constancia de que se informó al paciente la causal por la cual no se otorgó la prestación y, en caso de suspensión temporal del evento o condición que debe ocurrir para acceder a la prestación exceptuada. En caso de exclusión, se dejará constancia de que se informaron las acciones que corresponden para continuar con el beneficio.

Dicha indicación médica podrá producir uno de los siguientes efectos:

a) Suspensión temporal de la prestación: Se suspende el otorgamiento de la prestación cuando, por una condición específica de salud del o la paciente, no sea posible otorgarla en la fecha fijada. La suspensión de una garantía no implica la renovación del plazo para el cumplimiento de la garantía. Así, una vez superado el imprevisto, deberán realizarse gestiones para el otorgamiento de las prestaciones respectivas.

La solicitud de nuevos exámenes y/o actualización de ellos, no constituye motivo para suspender el otorgamiento de la prestación garantizada.

b) Exclusión de la prestación: Corresponde a una decisión médica basada en criterios que impiden o no hacen aconsejable la realización de la prestación garantizada, lo que hace imposible el cumplimiento de la garantía respectiva. Esta justificación debe registrarse en la ficha clínica y estar debidamente fundamentada para permitir la exclusión de la garantía.

En caso de no existir certeza sobre el carácter definitivo de la indicación médica que excluye la prestación, esto es, si el paciente pudiera requerirla o ser apto para recibirla en el futuro, esta no podrá ser excluida. En su lugar, deberá ser suspendida temporalmente, conforme a los términos establecidos en la letra a) precedente. Lo anterior es sin perjuicio del derecho que asiste a la persona beneficiaria para requerir una segunda opinión médica.

2.5 Solicitud de aplazamiento por la persona beneficiaria

Se podrán exceptuar las prestaciones garantizadas cuando, de común acuerdo con la persona beneficiaria o su representante, se determine otorgar las atenciones en un plazo distinto al fijado para la respectiva garantía, siempre que la persona beneficiaria manifieste la necesidad de aplazar su otorgamiento por motivos de carácter personal.

Para ello deberá existir una citación efectiva debidamente acreditada y la manifestación de voluntad inequívoca de la persona beneficiaria para recibir las atenciones fuera del plazo establecido en la garantía de que se trate. Dicha manifestación deberá constar por escrito, de puño y letra de la persona beneficiaria, o a través de un medio que otorgue una certeza equivalente, tales como un correo electrónico enviado desde su cuenta personal, una grabación telefónica o videollamada, entre otros.

El plazo máximo para el otorgamiento de la prestación aplazada no podrá exceder de tres meses, contados desde el vencimiento de la garantía respectiva.

Lo anterior generará la obligación de la Isapre o del FONASA de gestionar dichos casos, ya sea directamente o a través de los prestadores de su red, a fin de otorgar las prestaciones durante el plazo de tres meses antes señalado. Dichas gestiones deberán encontrarse debidamente respaldadas en la forma definida para cada medio de citación efectiva y en caso de no realizarse, no se considerará la garantía como exceptuada.

3. Gestión de Casos con Garantía Exceptuada

El Fonasa y las Isapres deberán supervigilar y controlar que los prestadores lleven a cabo las gestiones que correspondan en cada caso, luego de exceptuada una garantía, considerando tanto la causal de la excepción como la circunstancia de que dicha excepción sea transitoria o permanente.

Lo anterior implica el control del monitoreo continuo por parte de los prestadores, de las garantías exceptuadas, el que considerará, a lo menos, la misma periodicidad contemplada en la garantía de que se trate.

En el caso de prestaciones que se exceptúen en virtud de la causal de caso fortuito o fuerza mayor, en los términos establecidos en el artículo 45 del Código Civil o de lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, debido a circunstancias relacionadas con la ausencia o falta de prestadores que imposibiliten el otorgamiento de las prestaciones garantizadas de manera generalizada o prolongada en el tiempo, será responsabilidad directa del FONASA y las Isapres gestionar y monitorear continuamente dichos casos, a fin de asegurar que una vez superado el impedimento, se otorguen las prestaciones de manera adecuada.

En dicho contexto, las instituciones estarán facultadas para derivar a los pacientes a otros prestadores fuera de su red GES, mediante la celebración de convenios o utilizando aquellos convenios ya suscritos, que permitan otorgar las prestaciones en otras modalidades de atención distintas a las GES (como, por ejemplo, bajo la Modalidad de Atención Institucional (MAI) o la Modalidad Libre Elección (MLE) en el caso de las personas beneficiarias del FONASA), con el fin de facilitar su pronto otorgamiento mientras persista el impedimento que dio origen a la excepción.

Los referidos convenios con prestadores para otorgar prestaciones en modalidades de atención distintas a las GES no podrán perjudicar la cobertura ni los derechos que dichas garantías explícitas aseguran.

La derivación que realice la Isapre y el FONASA deberá señalar claramente su carácter excepcional y detallar la situación de fuerza mayor que la motivó.

Las Isapres y el FONASA deberán adoptar las medidas necesarias para informar adecuadamente a las personas beneficiarias sobre la situación de fuerza mayor que origine la derivación, así como sobre el hecho de que las atenciones serán otorgadas fuera de la Red GES por esa circunstancia, y que, una vez recibidas las prestaciones, podrá retomar sus atenciones en la Red. En caso de que la persona beneficiaria no acepte dicho ofrecimiento, no se entenderá configurada la causal de rechazo, por lo que no será posible aplicar el cierre de la garantía.

Será responsabilidad de las Isapres y del FONASA realizar el seguimiento de dichos casos, garantizar los derechos de los pacientes y asegurar que estos retornen a la Red para continuar con su garantía o con el tratamiento del resto del problema de salud GES una vez que hayan recibido las prestaciones contenidas en las garantías que fueron exceptuadas. De resultar necesario, deberán adaptar sus sistemas y procesos para permitir un adecuado monitoreo y trazabilidad de aquellos casos.

Las Isapres y el FONASA deberán encontrarse en todo momento en condiciones de acreditar el cumplimiento de las reglas precedentes, en especial la concurrencia de la situación de fuerza mayor invocada para exceptuar la garantía. Dicha circunstancia deberá ser acreditada a través de los medios probatorios suficientes.

Este Organismo, en ejercicio de sus funciones, podrá fiscalizar la adecuada aplicación del mecanismo descrito. En el evento de detectar inconsistencias o incumplimientos, podrá aplicar, en el caso de las Isapres, las sanciones que contempla la Ley y, en el del FONASA, solicitar a la Contraloría General de la República la realización de las auditorías que corresponda en ejercicio de sus atribuciones, esto, además de las medidas disciplinarias establecidas en el artículo 125 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

3.1 Tratándose de excepciones por inasistencia o aquellas excepciones en que se haya suspendido el otorgamiento de la prestación, por indicación médica justificada por parte del profesional tratante, las gestiones tendrán como objetivo el otorgamiento de las prestaciones respectivas.

3.2 Si la causal de excepción es por rechazo o exclusión de la prestación por estado de salud de la persona beneficiaria, las gestiones corresponderán a las necesarias para dar continuidad al resto de las prestaciones y garantías contempladas en el problema de salud, en caso de ser procedente.

4. Obligación de Informar

Para el debido ejercicio de los derechos que derivan de las Garantías Explícitas en Salud, el Fonasa y la Isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar que los pacientes o sus representantes fueron informados -a través de los medios indicados y dejando constancia en los respectivos documentos de respaldo-, que la garantía fue exceptuada, de la causal de excepción y de las opciones que se le entregan para ser atendidos, según proceda, conforme las presentes normas y en tanto los casos no cuenten con una causal de cierre.

Título II. Designación de nuevo prestador

1. Requisitos para acceder a la garantía de oportunidad[569]

Para acceder a la garantía de oportunidad, los beneficiarios deberán cumplir con los siguientes requisitos:

a) Que se trate de un problema de salud incluido en el artículo 1° del Decreto Supremo N°4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace.

b) Que el beneficiario sea de aquellos a quienes dicho artículo haya considerado para el acceso a las prestaciones definidas para la patología de que se trate.

c) Que se sospeche o confirme el diagnóstico de uno o más problemas de salud garantizados, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 6° del Decreto Supremo N°4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, por el profesional que corresponda en la Red de Prestadores. En caso que la confirmación diagnóstica de un beneficiario del Sistema Público, Fonasa, se produzca fuera de la señalada Red, un reglamento determinará la forma en que los beneficiarios podrán ingresar a ella a la fase de tratamiento, para hacer efectivas las garantías.

d) Que las prestaciones se otorguen en la Red de prestadores, dentro de los plazos y con las formalidades previstas en el Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, y estas instrucciones, salvo que el prestador designado no esté en condiciones de cumplir con la garantía de oportunidad.

e) Que se trate de las prestaciones incluidas en el mencionado artículo 1° del Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, y que hayan sido debidamente prescritas por el profesional que corresponda.

En todo caso, la obligatoriedad en el cumplimiento de la garantía de oportunidad podrá suspenderse cuando una parte del territorio se viere amenazado o invadida por una epidemia o por un aumento notable de alguna enfermedad, o cuando se produjeren emergencias que signifiquen grave riesgo para la salud o la vida de los habitantes, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieren las causales indicadas en dicho precepto.

No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía de oportunidad en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por el Fonasa o el isapre.

2. Designación del segundo prestador por el Fonasa o la Isapre[570]

Cuando el prestador originalmente designado por el Fonasa o la Isapre, según corresponda, no esté en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad por cualquier causa, o bien en caso de no cumplimiento de alguna de las otras garantías, el beneficiario deberá concurrir por sí o por tercero, ante el Fonasa o la Isapre, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta treinta días de vencido el plazo que corresponda de

[569] Circular IF N°188, del 16 del 16.05.13, actualiza normas sobre designación de nuevo prestador.

[570] Modificación incorporada por la Circular IF N° 188, 26.5.2013.

acuerdo al artículo 1° del Decreto Supremo N°4, de los Ministerios de Salud y Hacienda, o el que lo reemplace, para que se le designe un segundo prestador.

En caso de que el paciente no haya sido notificado de su condición de paciente GES y de las garantías, no se aplicará el plazo máximo definido para recepcionar su reclamo.

Dicha notificación está referida a aquélla que se materializa a través del "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", instruido en la normativa vigente, u otro autorizado por la Superintendencia.

3. Información en página web para designación de nuevo prestador

Ante la designación de un segundo prestador, el asegurador deberá informar, a través de una página electrónica habilitada por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en el sitio Web www.supersalud.gob.cl, en el ícono denominado: "INFORMACIÓN PARA DESIGNACIÓN DE NUEVO PRESTADOR", los siguientes hechos:

a) Nombre, R.U.T., edad, y domicilio del beneficiario que requiere la prestación, incluyendo ciudad y región.

b) Nombre y R.U.T. del afiliado.

c) Problema de salud consultado, etapa de atención, prestación(es) asociada(s) supuestamente no cumplida (s) y ciudad y región en que debe ser cumplida.

d) Razón social y RUT del primer prestador obligado o designado, según sea el caso.

e) Fecha de inicio de las garantías exigibles ante el primer prestador o fecha de designación de aquél, según sea el caso.

f) Plazo dentro del cual debió o debe ser otorgada la prestación correspondiente conforme a lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, y fecha de vencimiento de dicho plazo.

g) Circunstancia de haber cumplido el beneficiario los requisitos o condiciones establecidos en el número 1 de las presentes instrucciones o, por el contrario, el acaecimiento de algún hecho imputable al beneficiario, fuerza mayor o caso fortuito.

h) Fecha de la solicitud de designación del segundo prestador ante el respectivo asegurador.

i) Razón social y RUT del segundo prestador designado y fecha de su designación.

j) Circunstancia de haberse otorgado o no la prestación por parte del segundo prestador designado, cuando corresponda, señalando la causa de no haberse otorgado, en su caso.

La información deberá ser cargada por los aseguradores en la referida página electrónica mediante la identificación de usuario (ID) y la contraseña de acceso (Password).

4. Plazos

El plazo para enviar la información señalada en el número anterior será de dos días contado desde la presentación de la solicitud de designación del segundo prestador por parte del beneficiario o del tercero que concurra en su nombre.

Tratándose del hecho señalado en la letra j) del número 2 precedente, el asegurador deberá informarlo al vencimiento del plazo de diez días, contado desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 1º del Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, fuese inferior, caso en el cual este nuevo término será el que allí se establece.

Los plazos de días que se establecen en estas instrucciones son de días corridos. En caso que el vencimiento del plazo se produzca en día sábado, domingo o festivo, el término se prorrogará hasta el día siguiente hábil.

Tratándose de casos de urgencia y emergencia, no procederá la prórroga señalada en el párrafo precedente.

5. Procedimiento de designación del nuevo prestador por parte de la Superintendencia

5.1. Solicitud de designación de nuevo prestador a la Superintendencia[571]

Si el Fonasa o la isapre no designaren un segundo prestador o si éste no estuviera en condiciones de cumplir con las garantías del problema de salud respectivo, el beneficiario, por sí o por tercero, deberá concurrir a la Superintendencia, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el décimo quinto día posterior al plazo señalado en los N°s 2 ó 3 del artículo 11 del Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace, según corresponda.

La Superintendencia contará con formularios para la solicitud de designación de nuevo prestador, los que serán puestos a disposición de los beneficiarios en todas sus agencias de atención de público o a través de su sitio web.

El formulario deberá ser completado por el beneficiario o un tercero en su nombre, y deberá contener la siguiente información:

a) Nombre, R.U.T. y edad del beneficiario, con indicación de su domicilio, incluyendo ciudad y región.

b) Nombre y R.U.T. del afiliado o cotizante, con indicación de su domicilio, incluyendo ciudad y región.

c) Previsión de Salud del beneficiario (Fonasa o isapre).

d) Problema de Salud consultado y prestación asociada supuestamente no cumplida.

e) Nombre de el o los prestador(es) designado(s) para el otorgamiento de la prestación de que se trata y fecha(s) de la(s) designación(es) de prestador(es).

f) Constancia de la falta de otorgamiento efectivo de la prestación o de que el prestador no esté en condiciones de cumplir dentro del plazo señalado en el 5 artículo 11 del del Decreto Supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace.

g) Declaración jurada del beneficiario de no haberse atendido fuera de la red (sólo en caso de ser formulada por el propio beneficiario).

h) Dirección, correo electrónico y/o teléfono o fax donde se comunicará la designación.

i) Firma.

Tratándose de un recién nacido, podrá ocurrir en su nombre el padre o madre cotizante del seguro del cual será beneficiario, o un tercero en su nombre. En caso de que aquél aún no cuente con identidad legal, se deberán acompañar los antecedentes que den fe de su parentesco, los que serán ponderados por esta Superintendencia.

En el evento que comparezca un tercero a nombre del beneficiario, aquél deberá acreditar su poder de representación. Tratándose de beneficiarios que estén imposibilitados de manifestar su voluntad, se deberán acompañar antecedentes que den cuenta de ello, los que serán ponderados por la Superintendencia.

5.2. Recepción de la solicitud

La solicitud de designación de nuevo prestador deberá ser presentada ante la Superintendencia personalmente o a través de un tercero, utilizando los medios que se habiliten para tal efecto, siempre que permitan al solicitante obtener constancia de su interposición.

[571] Texto ajustado por Circular N°188, 16.5.13

La Superintendencia podrá habilitar números especiales de fax para recibir las solicitudes, los que serán informados al público.

Para acreditar la recepción de la solicitud, la Superintendencia proporcionará un comprobante que contenga el nombre y el R.U.T. del beneficiario, la fecha de recepción, N° de folio del registro señalado en el punto siguiente, el plazo máximo de designación, y la firma y timbre del habilitado al efecto.

5.3. Registro

Recibida la solicitud, la Superintendencia lo inscribirá en un registro correlativo único y anual denominado Registro de Solicitudes de Designación de Nuevo Prestador.

5.4. Designación del prestador

En el evento que la información contenida en la solicitud concuerde con la proporcionada por el asegurador en cumplimiento de lo dispuesto en el número 3 de este Título, se designará a un nuevo prestador.

En caso de disconformidad entre la información proporcionada por el asegurador y el beneficiario; o cuando el asegurador no hubiere dado cumplimiento a lo dispuesto en el citado número 3; o bien, el asegurador no hubiere designado un nuevo prestador o, habiéndolo designado, aquél no estuviere en condiciones de cumplir con la garantía de oportunidad, la Superintendencia requerirá al asegurador que en el plazo de 1 día informe derechamente sobre tales circunstancias, según corresponda, o sobre cualquier otro antecedente que se le requiera al efecto.

En el evento que el asegurador no haya efectuado la designación por estimarla improcedente, deberá informar sobre los fundamentos de tal determinación dentro del mismo plazo antes señalado, adjuntando todos los antecedentes que haya tenido a la vista para adoptar tal resolución.

En todo caso, al momento de evacuar el informe y, como una forma de subsanar algún error en el proceso de atención del paciente, el asegurador podrá proponer a la Superintendencia un nuevo prestador. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el punto 7 de este Título.

La Superintendencia designará al nuevo prestador mediante resolución fundada, dentro de segundo día contado desde la comparecencia del beneficiario o quien lo represente, esto es, desde la presentación de la solicitud a que alude el punto 5.1, la que será notificada a su domicilio, sin perjuicio de comunicarlo, además, por correo electrónico o al número telefónico o fax señalado por aquél en su solicitud, de lo cual se dejará constancia por un funcionario que hará las veces de Ministro de Fe. Simultáneamente, deberá notificar al asegurador y al prestador designado.

El solicitante podrá notificarse personalmente de lo resuelto, de lo cual se dejará constancia.

Dicha resolución será obligatoria para las partes y el prestador, y su incumplimiento dará lugar a las sanciones previstas en la ley.

La designación será efectuada conforme a la información disponible bajo criterios técnicos y objetivos.

Designado el nuevo prestador, el beneficiario será derivado por esta Superintendencia para que reciba la atención correspondiente, portando el documento denominado “DESIGNACIÓN DE TERCER PRESTADOR POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD” que se detalla en el anexo de este Título, tendrá la identificación del paciente y del establecimiento al que es derivado, copia del cual será también remitido a la Isapre o al Fonasa, según corresponda, en su condición de asegurador y responsable de la cobertura financiera de la(s) prestación(es).

5.5. Oposición del asegurador

Si al evacuar el informe a que se alude en el número 5.4, el asegurador formulare objeciones a la procedencia de designar un nuevo prestador, la Superintendencia se pronunciará sobre aquéllas dentro del plazo allí señalado, si estimare que ha podido reunir los antecedentes suficientes al efecto; en caso contrario, procederá de igual modo

a la designación, dejando constancia en la resolución respectiva que la garantía de oportunidad y cobertura financiera han sido objeto de controversia, la cual será resuelta en definitiva por la Superintendencia y sus resultas comunicada a las partes.

6. Situaciones de improcedencia de la designación de nuevo prestador por parte de la Superintendencia

Es improcedente la designación de nuevo prestador por parte de la Superintendencia en las siguientes circunstancias:

1.- Si el beneficiario ha ejercido su opción de atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 142 y 143 del DFL N° 1, para los beneficiarios del Fonasa.

2.- Si el beneficiario optó por atenderse conforme al plan complementario vigente, respecto de los beneficiarios de las isapres.

3.- Si el beneficiario no concurrió oportunamente ante el prestador para solicitar la prestación asociada al problema garantizado de que se trate.

4.- Si la prestación asociada al problema garantizado de que se trate no ha podido ser otorgada al beneficiario en los plazos previstos por su respectiva garantía de oportunidad en razón de fuerza mayor, caso fortuito o causa imputable al beneficiario.

En los casos del N° 3 y N° 4 precedentes, la Superintendencia deberá ordenar que el beneficiario reingrese a la red respectiva que le correspondiere para ser atendido por el prestador que el asegurador le designe, comenzando nuevamente, para él, a partir de ese nuevo reingreso, y según lo que allí se determine, el cómputo de los nuevos plazos constitutivos de la garantía de oportunidad a que tuviere derecho de conformidad a la ley.

7. Designación de funcionario del asegurador y habilitación de dirección electrónica o número de fax

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el número 5.4 del presente Título, las isapres y el Fonasa deberán designar a un funcionario, Médico o Enfermera, a quien le corresponderá realizar la función de coordinación con esta Superintendencia. Además, deberán contar con una dirección electrónica y/o número de fax especialmente destinado para tales efectos, lo que deberá ser informado a la Superintendencia, debiendo mantenerse permanentemente actualizada ante este Organismo Fiscalizador.

Anexo[572]

DESIGNACIÓN DE TERCER PRESTADOR POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

En mérito de la Resolución N° XXXX de fecha XXXX de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, dictada en cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 4 letra c) y 29 de la Ley 19.966 y en el Título I del Capítulo XI del Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos de la Superintendencia de Salud[573], el paciente que a continuación se individualiza, ha sido derivado a ese centro asistencial para que reciba la atención correspondiente al problema de salud que se indica, con sujeción al Decreto Supremo N°4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o el que lo reemplace. Dicha resolución es obligatoria para las partes y el prestador, y su incumplimiento dará lugar a las sanciones previstas en la ley.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre

RUT

Edad

Domicilio

Previsión de Salud

Código del Problema de Salud[574]

Prestación a Otorgar

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE DERIVACIÓN

Nombre y/o Razón Social

RUT

Domicilio

Nombre Persona Responsable recepción del paciente

Nº Telefónico Contacto

INFORMACIÓN SUPERINTENDENCIA

Fecha Designación Prestador

Nombre y Firma del responsable de la derivación

Nº Telefónico

Nombre y firma del solicitante

---

[572] Actualizado mediante circular N°188, de 2013.
[573] La Circular IF/275, de 2016, reemplazó la cita a "la Circular N° 10 de fecha 24 de agosto de 2005 de la referida Intendencia", por "el Título I del Capítulo XI del Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos de la Superintendencia de Salud".
[574] La Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011 modificó la información sobre el nombre del Problema de Salud, por el código del mismo.

Título III. Fondo de Compensación Solidario

1. Objetivo del Fondo

El Fondo de Compensación Solidario, en adelante el Fondo, tiene por objeto solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de las isapres, con relación a los problemas de salud contenidos en el decreto que aprueba las Garantías Explícitas en Salud.

El Fondo compensará entre sí a las isapres por la diferencia neta que se produzca entre la Capacidad Financiera y la Necesidad Financiera de cada una de ellas en la provisión mensual de las GES.

2. Isapres participantes del Fondo de Compensación Solidario

La Ley establece que el Fondo de Compensación será aplicable a las isapres, salvo aquellas a que se refiere el inciso final del artículo 200 del DFL N° 1, en la medida que su cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la isapre.

El cumplimiento por parte de las referidas Instituciones de Salud Previsional del requisito de exclusión antes señalado, se verificará respecto de cada período de compensación (mensual), a partir de la información contenida en el Archivo Maestro de Composición de Cartera.

Además, la evaluación de la cartera se realizará sobre la base de los siguientes criterios:

- La contabilización de los RUT se efectuará sobre la cartera de cotizantes con beneficios vigentes a la fecha de evaluación, sin considerar sus cargas.
- Por empresa que constituyó la isapre se entenderá aquélla o aquéllas que dieron origen a la Institución, cuyos RUT constan en los estatutos de constitución.
- Por ex trabajadores se entenderán aquellos afiliados que tuvieron una relación laboral con la empresa que constituyó la isapre y perdieron dicho vínculo sólo por el hecho de haberse acogido a pensión.

Las isapres en cuestión deberán mantener a disposición de esta Intendencia la documentación que permita acreditar la veracidad de lo informado en el Archivo Maestro de Composición de Cartera, esto es, los FUN tipo 1 (suscripción), las tres últimas planillas de cotizaciones, los finiquitos laborales y/o FUN tipo 4 (cambio de situación laboral) y cualquier otro documento que permita acreditar, respecto de los cotizantes, la calidad de trabajador o ex trabajador de la empresa.

Asimismo, previo al envío mensual de este archivo y con la finalidad de asegurar la calidad de la información que contiene, cada isapre deberá aplicar el proceso de validación, contabilizando, corrigiendo y justificando, si procede, los errores e inconsistencias que se detecten. Lo anterior, ciñéndose a las especificaciones técnicas generales instruidas por la Superintendencia.

Esta Intendencia efectuará una revisión permanente del Archivo de Composición de Cartera, para constatar la consistencia de los datos. Frente a cualquier irregularidad, se evaluará la aplicación de las sanciones administrativas que correspondan.

3. Información necesaria para la operación del Fondo

3.1. Cuentas corrientes

Las isapres deberán contar con una cuenta corriente bancaria para uso exclusivo de los recursos que reciban o giren, desde o hacia otras isapres, en conformidad a las compensaciones que determine esta Intendencia.

Sólo se permitirán los siguientes productos asociados a la cuenta corriente:

- Tarjeta de Consulta de Saldos

- Banconexión (Internet)

Las isapres deberán permitir a esta Intendencia, a través de una clave secreta, el acceso al canal de distancia de la referida cuenta corriente, con la única finalidad de revisar las cartolas de esta cuenta a través de Internet.

Tanto el número de la cuenta como la clave secreta y las modificaciones de las mismas, deberán ser informados a esta Intendencia, en la misma oportunidad y condiciones que la información señalada en el punto precedente.

3.2. Información de cartera

El Archivo Maestro de Beneficiarios que se encuentre vigente conforme las instrucciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, constituirá la principal fuente de información de cartera para el cálculo de la prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las sucesivas compensaciones que originará el Fondo.

En consecuencia, previo al envío mensual de este archivo y con la finalidad de asegurar la calidad de la información que contiene, cada isapre deberá aplicar el proceso de validación contabilizando, corrigiendo y justificando, si procede, los errores e inconsistencias que se detecten. Lo anterior, ciñéndose a las especificaciones técnicas generales que se señalan en las instrucciones impartidas por la Superintendencia al efecto.

Es preciso indicar que todos los beneficiarios de las isapres participantes del Fondo serán considerados para el cálculo de la prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las compensaciones.

Sólo para estos efectos, las personas que se encuentren multiafiliadas, serán consideradas por esta Intendencia en una sola de las Instituciones en que aparecen como beneficiarios, en atención a los siguientes criterios:

- El beneficiario que aparezca en calidad de cotizante en más de una isapre, será contabilizado en la Institución que informe la fecha de afiliación más antigua. Si la fecha es la misma o se encuentra omitida, el cotizante será asignado a la isapre en la cual registre el pago de cotizaciones más reciente o el más alto.
- El ajuste comprenderá al cotizante y sus cargas, es decir, al eliminar la información del cotizante multiafiliado de una isapre, también se eliminará la información de las cargas que éste tenga en esa isapre.
- El beneficiario que revista la calidad de carga legal o médica en una isapre y de cotizante en otra, será contabilizado en la Institución que lo informa como cotizante.
- El beneficiario que revista la calidad de carga legal o médica en más de una isapre, será asignado a la Institución que informe la fecha de afiliación más antigua del cotizante al cual está vinculado. Si la fecha es la misma o se encuentra omitida, la carga se asignará a la isapre más grande, es decir, aquélla que, al mes correspondiente, informe el mayor número de beneficiarios.

Del mismo modo, los beneficiarios que aparezcan con errores u omisiones en el campo sexo, serán asignados, por esta Intendencia, a una opción del campo (Masculino o Femenino), conforme a la distribución porcentual por sexo que presente la cartera de la respectiva isapre en el mes correspondiente, considerando números enteros.

Finalmente, los beneficiarios que aparezcan con errores u omisiones en la fecha de nacimiento, respecto de los cuales no sea posible determinar la edad, no serán considerados en el proceso de cálculo.

No obstante lo anterior, las isapres deberán efectuar las gestiones que estén a su alcance para perfeccionar la información de sus beneficiarios, evitando omisiones, errores y casos de multiafiliación.

Esta Intendencia efectuará una revisión permanente del Archivo Maestro de Beneficiarios, para constatar la consistencia de los datos. Frente a cualquier irregularidad, se evaluará la aplicación de las sanciones administrativas que correspondan.

4. Prima comunitaria, modelo de compensación de riesgos y primas ajustadas por riesgo.

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud calculará la prima comunitaria y el modelo de compensación de riesgos que será utilizado durante el período de vigencia de cada uno de los decretos que aprueban las GES, de acuerdo con las reglas establecidas en el Reglamento del Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, en adelante, el Reglamento del Fondo, aprobado por Decreto Supremo Nº 142, de 2005, del Ministerio de Salud, o el que lo reemplace.

Asimismo, esta Intendencia calculará las primas ajustadas por riesgo conforme a lo establecido en el artículo 9° de dicho Reglamento.

Tanto la prima comunitaria, como el modelo de compensación de riesgos, serán determinados utilizando la misma metodología ocupada en la elaboración del decreto que aprueba las GES y su correspondiente arancel de referencia, y la información disponible en esta Intendencia al momento de efectuar los cálculos respectivos.

4.1. Determinación de la Prima Comunitaria

La prima comunitaria deberá reflejar el costo esperado promedio anual de otorgar las garantías contenidas en el Decreto que aprueba las GES a los beneficiarios de las isapres participantes del Fondo.

Para su determinación se utilizará la siguiente información:

- Las tarifas referenciales de cada una de las prestaciones o grupos de prestaciones asociadas a los problemas de salud con Garantías Explícitas, las cuales serán equivalentes al arancel de referencia contenido en el Decreto que aprueba las GES, menos el copago establecido, en el mismo Decreto, para la población beneficiaria de las isapres.
- El número de casos esperados de cada una de las prestaciones o grupos de prestaciones asociadas a los problemas de salud con Garantías Explícitas, los cuales serán estimados con la misma metodología utilizada en la elaboración del Decreto que las contiene y su correspondiente arancel de referencia, considerando, en particular, el tipo de intervención sanitaria y la periodicidad establecida para cada una de ellas.

  Eliminado[575]
- La cantidad total de beneficiarios de las isapres participantes del Fondo, la cual será estimada con la última información de cartera disponible en esta Intendencia.

Así, la prima comunitaria se calculará utilizando la siguiente fórmula:

$$PC = \frac{\sum_{i=1}^{n} Tr_i \times Q_i}{B}$$

Donde:

PC = Prima comunitaria.

Tr_i = Tarifa referencial para la prestación i.

Q_i = Número de casos esperados de la prestación i.

B = Total beneficiarios participantes del Fondo.

[575] Eliminado por la Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.

La prima comunitaria será expresada en la misma unidad monetaria en que se expresa el arancel de referencia establecido en el Decreto que aprueba las GES.

4.2 Determinación del Modelo de Compensación de Riesgos

El modelo de compensación de riesgos que se utilizará para calcular las primas ajustadas por riesgo, se definirá considerando únicamente el sexo y la edad de los beneficiarios, como variables predictoras del costo esperado individual en la provisión anual de las garantías contenidas en el Decreto que aprueba las GES. En este sentido, el modelo deberá reflejar la relación de costos que se produce entre los grupos de beneficiarios según sexo y edad.

Para la determinación del modelo de compensación de riesgos se utilizará la siguiente información:

- Las tarifas referenciales de cada una de las prestaciones o grupos de prestaciones asociadas a los problemas de salud con Garantías Explícitas, las cuales serán equivalentes al arancel de referencia contenido en el Decreto que aprueba las GES, menos el copago establecido en ese mismo Decreto, para la población beneficiaria de las isapres.
- El número de casos esperados de cada una de las prestaciones o grupos de prestaciones asociadas a los problemas de salud con Garantías Explícitas, en cada uno de los grupos de riesgo del modelo, los cuales serán estimados con la misma metodología utilizada en la elaboración del Decreto que las contiene y su correspondiente arancel de referencia, considerando, en particular, el tipo de intervención sanitaria y la periodicidad establecida para cada una de ellas.
- La cantidad de beneficiarios de las isapres participantes del Fondo en cada grupo de riesgo, la cual será estimada con la última información de cartera disponible en esta Intendencia.

El modelo de compensación de riesgos se expresará en una tabla de factores por grupos de sexo y edad, los cuales serán definidos por esta Intendencia. Cada celda de la tabla se calculará utilizando la siguiente fórmula:

$$Fr_j = \frac{\sum_{i=1}^{n} Tr_i \times q_{ij}}{b_j \times PC}$$

Donde:

Fr_j = Factor de riesgo normalizado del grupo de riesgo j.

Tr_i = Tarifa referencial para la prestación i.

q_{ij} = Número de casos esperados de la prestación i en el grupo de riesgo j.

b_j = Cantidad de beneficiarios participantes del Fondo en el grupo de riesgo j.

PC = Prima comunitaria

4.3. Determinación de las Primas Ajustadas por Riesgo

Las primas ajustadas por riesgo correspondientes a cada grupo de sexo y edad, serán equivalentes al producto entre la prima comunitaria y el factor de riesgo asociado al grupo respectivo en el modelo de compensación de riesgos previamente definido, dividido por el riesgo promedio ponderado de la cartera a compensar. Donde, el

riesgo promedio ponderado de la cartera a compensar es equivalente a la sumatoria de la población de cada grupo multiplicada por su factor de riesgo y todo esto dividido por el total de beneficiarios participantes del Fondo.

Así, la prima ajustada por riesgo de cada grupo se calculará utilizando la siguiente fórmula:

$$PAR_j = \frac{PC \times Fr_j}{\overline{FR}}$$

Donde:

PAR_j = Prima ajustada por riesgo del grupo j.

PC = Prima comunitaria.

Fr_j = Factor de riesgo del grupo j.

$\overline{FR}$ = Riesgo promedio ponderado de la cartera a compensar, la cual se calcula como sigue:

$$\overline{FR} = \frac{\sum_{j=1}^{n} b_j \times Fr_j}{B}$$

Donde:

b_j = Beneficiarios participantes del Fondo en el grupo j.

Fr_j = Factor de riesgo del grupo j.

B = Total de beneficiarios participantes del Fondo.

5. Notificación de las primas y del modelo de compensación de riesgos a las isapres

La prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las primas ajustadas por riesgo, calculadas estas últimas con la información de cartera utilizada para el cálculo del modelo y la prima comunitaria serán puestos en conocimiento de las isapres participantes del Fondo dentro de los noventa días siguientes a la publicación de cada decreto que aprueba las GES.

6. Formulación de observaciones

Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación de las primas y del modelo de compensación de riesgos, las isapres participantes del Fondo podrán formular las observaciones que estimen pertinentes. Si nada dicen, se entenderán aceptados.

Si alguna de ellas formulare observaciones, la Intendencia deberá evacuar su parecer por resolución fundada, dentro de los diez días hábiles siguientes a la formulación de las mismas, la que será notificada a todas las isapres participantes del Fondo.

Si las observaciones formuladas fueran rechazadas por la Intendencia, la o las Isapres que las formularon podrán manifestar fundadamente su discrepancia, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación de la referida resolución, en cuyo caso se formará una Comisión de tres miembros que resolverá la disputa, sin ulterior recurso.

De igual forma, la referida Comisión se constituirá en el evento que las isapres participantes del Fondo que no hayan formulado observaciones manifiesten su discordancia con las eventuales modificaciones que sean

introducidas a las primas y/o al modelo de compensación de riesgos, como resultado del acogimiento total o parcial, por parte de la Intendencia, de las observaciones formuladas previamente por las isapres.

7. Notificación de las primas y del modelo de compensación de riesgos definitivos

Si dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de las primas, las isapres participantes del Fondo no formulan observaciones, entonces la prima comunitaria, el modelo de compensación de riesgos y las primas ajustadas por riesgo notificadas previamente serán las que se aplicarán en forma definitiva mientras se encuentre vigente el respectivo decreto que aprueba las GES.

Por el contrario, si se formulan observaciones, sobre la base de lo resuelto por esta Intendencia o la Comisión, en su caso, se determinarán y notificarán a las isapres participantes del Fondo, las nuevas primas y el nuevo modelo de compensación de riesgos que se aplicarán durante la vigencia de cada decreto que aprueba las GES.

8. La Comisión del Reglamento del Fondo de Compensación

8.1. Integración de la Comisión

La Comisión estará integrada por:

- Un representante designado por la Superintendencia, el que podrá ser funcionario de la misma;
- Un representante designado por todas las Isapres participantes del Fondo.
- Un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por esta Intendencia y dos por las Isapres.

8.2. Designación del representante de las isapres y del Perito

a) El representante de las isapres y un suplente serán designados por los representantes legales de las mismas, en una reunión que será convocada para tales efectos por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, la que será presidida por el Fiscal de la Superintendencia de Salud, o quien lo subrogue o desempeñe sus funciones, quien, además, actuará como Ministro de Fe.

En dicha reunión, el Ministro de Fe consultará a las Isapres si han acordado la persona de su representante y del suplente, entendiendo que existe tal acuerdo si todas las Isapres presentes manifiestan su conformidad con los nombres.

De no existir acuerdo en uno de ellos o en ambos se procederá a votar de entre los nombres que cada Isapre proponga. La persona que obtenga más de la mitad de los votos de las Isapres presentes será el representante de las Isapres o el suplente, según sea el caso. Si el desacuerdo hubiere sido en ambos nombres, el que obtenga más de la mitad de los votos será el representante y el que le siga en votación, el suplente. Si ninguna de las personas propuestas obtuviere más de la mitad de los votos o, en el caso del suplente, existiere un empate en la votación, se procederá a un sorteo ante el Ministro de Fe. Participarán del sorteo todos los nombres propuestos por las Isapres, de modo que el primer nombre sorteado ocupará el puesto de representante de las Isapres y el segundo el de suplente, cuando corresponda.

b) En la misma reunión se efectuará el sorteo del perito que debe conformar la Comisión.

Para estos efectos, esta Intendencia señalará los nombres de los dos peritos que propone, los que no podrán ser funcionarios de la Superintendencia de Salud.

Por su parte, para establecer los nombres de los dos peritos propuestos por las Isapres, se seguirán las siguientes reglas:

1.- El Ministro de Fe consultará a las Isapres si han acordado las personas que participarán del sorteo del perito miembro de la Comisión, entendiendo que existe tal acuerdo si todas las Isapres presentes manifiestan su conformidad con los nombres.

2.- De no existir acuerdo en uno de ellos o en ambos, se procederá a votar de entre los nombres que cada Isapre proponga. Las dos personas que obtengan las más altas votaciones de las Isapres presentes participarán del sorteo del perito miembro de la Comisión. En caso que el desacuerdo sólo fuere en uno de ellos, participará del referido sorteo el que obtenga la mayor cantidad de votos.

3.- Si existieren más de dos personas con igualdad de votos, en caso que no haya habido acuerdo en ningún nombre para participar del sorteo del perito de la Comisión, o más de una persona con igualdad de votos en caso que no haya habido acuerdo en el segundo nombre para participar del referido sorteo, se procederá a un sorteo para tales efectos ante el Ministro de Fe. Participarán de este sorteo todos los nombres propuestos por las Isapres, de modo que los dos primeros nombres sorteados serán considerados en el sorteo a que se refieren los incisos siguientes, o el primer nombre, en caso que sea un solo el nombre a llenar.

El sorteo del perito miembro de la Comisión, se efectuará en un solo acto ininterrumpido ante el Ministro de Fe, quien levantará acta de lo obrado la que contendrá, especialmente, el orden en que se sortearon los nombres de los peritos.

El primer nombre sorteado ocupará el puesto del perito en la Comisión.

No obstante, los nombres contenidos en el acta serán considerados, en el orden en que fueron sorteados, toda vez que sea necesario reemplazar al perito.

Si ninguno de los peritos acepta el cargo, se recurrirá nuevamente al sistema del sorteo las veces que sea necesario.

8.3. Honorarios del Perito

Los honorarios del perito serán de cargo de las Isapres que hubieren hecho necesaria la constitución de la Comisión, en partes iguales.

8.4. Constitución de la Comisión

La Comisión se entenderá constituida al momento de la aceptación del cargo del perito sorteado.

Para estos efectos, a más tardar al día hábil siguiente al sorteo, el Ministro de Fe le informará de su designación y le consultará si acepta. El perito que acepte el cargo deberá declararlo así, jurando o prometiendo desempeñarlo con fidelidad e indicará el monto de sus honorarios. De estas declaraciones, que habrán de hacerse verbalmente, se levantará acta que firmarán el Ministro de Fe y el perito.

Si una vez constituida la Comisión alguno de sus integrantes no pudiese continuar desempeñando dicho cargo, se observarán las siguientes reglas:

1.- Si se tratare del representante de la Superintendencia, ésta procederá a designar al reemplazante dentro de los dos días hábiles siguientes contados desde que tuviese conocimiento de la imposibilidad de su representante de seguir desempeñando el cargo. Lo mismo ocurrirá si el reemplazante no puede asumir el cargo o, una vez asumido, no puede seguir desempeñándolo.

2.- Si se tratare del representante de las isapres, asumirá su reemplazo el suplente. Si éste también se imposibilita o no puede asumir, se citará a una reunión especial a las isapres para que éstas designen al reemplazante, siguiéndose en lo que corresponda el mecanismo establecido en la letra a) del punto 8.2 de este Título.

3.- Si se tratase del perito, éste será reemplazado por aquél que le suceda en el orden del sorteo. Si esto último no fuere posible, su designación se efectuará de acuerdo a lo señalado en la letra b) del punto 8.2 de este Título, en cuyo caso esta Intendencia citará a una reunión para tales efectos. Se tomará juramento al perito reemplazante inmediatamente de designado.

El perito reemplazante deberá abocarse al conocimiento de las materias en el estado que se encuentren a la fecha de su nombramiento.

8.5 Funcionamiento de la Comisión

La Comisión resolverá la disputa dentro del plazo de quince días hábiles, contado desde su constitución. La Comisión deberá tener presente que conforme al artículo 110, numeral 2, del DFL N° 1, es facultad de la Superintendencia de Salud, la interpretación administrativa de las normas legales y reglamentarias que rigen a las isapres.

Será competencia de la Comisión, las materias técnicas y/o económicas contenidas en el artículo 211 del DFL N° 1, y siempre y cuando existan discrepancias entre esta Intendencia y las Isapres. Las observaciones de la Comisión referidas a materias no controvertidas no serán consideradas por esta Intendencia.

La Comisión, al día hábil siguiente de su constitución, deberá solicitar a esta Intendencia que informe respecto de las discrepancias planteadas.

La Comisión se reunirá las veces que estime necesarias, en las dependencias de la Superintendencia de Salud.

Se levantará acta íntegra de cada reunión, las que deberán ser suscritas por los miembros de la Comisión.

Las decisiones de la Comisión se adoptarán por mayoría. Tanto en su resolución, como en las respuestas a las solicitudes de aclaración, los miembros dejarán constancia de los votos disidentes y su fundamentación.

Tanto la resolución de la Comisión como las actas a que se refiere este apartado, serán redactadas por el Secretario de la Comisión, el que será elegido por ésta de entre sus miembros. Los votos disidentes serán redactados por aquel miembro que los haya formulado.

La resolución de la Comisión será notificada a esta Intendencia y a todas las isapres participantes del Fondo, hayan o no formulado observaciones o discrepancias.

Notificada la resolución de la Comisión, esta Intendencia y las referidas isapres podrán, dentro de los tres días hábiles siguientes, requerir aclaraciones a la misma.

Las solicitudes de aclaración deberán ser presentadas por escrito ante el Ministro de Fe, señalando específicamente el o los aspectos de la resolución cuya aclaración se solicita.

Para los efectos de evacuar las aclaraciones, la Comisión tendrá un plazo de cinco días hábiles, contado desde que el Ministro de Fe les notifique las aclaraciones solicitadas, quedándoles en todo caso prohibido referirse a materias distintas a aquéllas que motivan dicha solicitud.

9. Determinación de las compensaciones efectivas

9.1. Períodos a compensar

Esta Intendencia determinará los montos efectivos de las compensaciones que correspondan a cada isapre, sobre la base de períodos mensuales completos, independiente del plazo que se fije para efectuar el traspaso efectivo de las mismas.

Las referidas compensaciones se determinarán utilizando la prima comunitaria mensualizada, el modelo de compensación de riesgos y la información de cartera del mes ante precedente al que se compensa.

Las primas comunitarias mensuales se obtendrán dividiendo la prima comunitaria anual por doce, de tal forma, que la suma de todas ellas sea equivalente a la prima comunitaria anual.

Aquellas isapres que inicien operaciones en el sistema participarán del proceso de cálculo de la compensación mensual en la medida que tengan afiliados con beneficios vigentes en el mes anteprecedente al que se compensa.

Por su parte, las isapres cuyo registro se cierre participarán del proceso de cálculo de la compensación mensual siempre que se encuentren operativas durante el mes que se compensa, quedando, en consecuencia, excluidas de la compensación cuando no tengan afiliados con beneficios vigentes en el mes que se compensa.

9.2. Criterios para determinar los montos de las compensaciones

Las compensaciones dependerán de dos conceptos: La Capacidad Financiera (CF) y la Necesidad Financiera (NF) de cada isapre, respecto de las garantías contenidas en el decreto que aprueba las GES. La diferencia entre estas dos variables definirá las compensaciones, de tal modo que:

- Si CFi > NFi, la isapre i deberá aportar una compensación a una o más isapres;
- Si CFi < NFi, la isapre i recibirá una compensación desde otra o más Isapres y
- Si CFi = NFi, la isapre i no aportará ni recibirá recursos hacia o desde otras isapres.

Las compensaciones serán determinadas ajustándose estrictamente a los recursos disponibles en el Fondo, los que serán distribuidos conforme al modelo de compensación de riesgos previamente definido. Esto último implica que luego del proceso de traspaso, el Fondo deberá encontrarse vacío.

Para tal efecto, se ha establecido que las primas ajustadas por riesgo reflejen el riesgo promedio ponderado de la cartera a compensar, sin modificar el modelo de compensación de riesgos definido.

En consecuencia, las compensaciones netas de todas las isapres, sumarán cero:

$$\sum_{i=1}^{n} CN_i = 0$$

Una vez determinadas las compensaciones netas que correspondan a cada Institución, las Isapres Aportantes al Fondo pagarán a las Isapres Receptoras del Fondo en proporción al riesgo relativo que éstas presenten.

9.3. Notificación de las compensaciones

La notificación de las compensaciones mensuales, así como las isapres de origen y destino de las mismas, se efectuará con la periodicidad en que se efectúen los traspasos. En la misma oportunidad esta información será publicada en la página web de la Superintendencia de Salud.

10. Traspasos de recursos

El Fondo operará mediante un sistema de pagos interisapres, sobre la base de las compensaciones determinadas de acuerdo a los criterios contenidos en el artículo 25 del Reglamento del Fondo de Compensación, contenido en el Decreto Supremo N°142, de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda.[576]

Se efectuarán dos procesos de traspaso anuales, cada uno de los cuales abarcará seis meses consecutivos de operación de las garantías contenidas en el decreto que aprueba las GES, conforme al siguiente detalle:

[576] Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

Proceso Traspaso	Semestre a Compensar	Cartera a Utilizar	Fecha de Notificación	Fecha de los Traspasos
1	**Julio** **Agosto** **Septiembre** **Octubre** **Noviembre** **Diciembre**	**Mayo** **Junio** **Julio** **Agosto** **Septiembre** **Octubre**	**Marzo**	**Abril**
2	⇒ **Enero** ⇒ **Febrero** ⇒ **Marzo** ⇒ **Abril** ⇒ **Mayo** ⇒ **Junio**	**Noviembre** **Diciembre** **Enero** **Febrero** **Marzo** **Abril**	**Septiembre**	**Octubre**

11. Plazo para el traspaso de recursos al Fondo de Compensación

Cualquiera sea el medio de pago que la isapre aportante utilice para efectuar los traspaso, deberá realizar el depósito en la cuenta corriente de la institución receptora, de tal modo que los fondos se encuentren disponibles, a más tardar, el último día hábil del mes siguiente a la notificación de las compensaciones.

12. Prohibición

Queda prohibido a las isapres compensar los montos originados en este proceso con deudas de naturaleza distinta a las derivadas de la operación del Fondo.

13. Incumplimientos

En caso que alguna isapre no efectúe las compensaciones notificadas en la oportunidad que corresponda, o lo haya hecho de forma parcial o errónea, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, además de realizar los pagos faltantes con cargo a la garantía de que trata el artículo 181 del DFL Nº 1, instruirá por oficio al Banco Custodio para que liquide la garantía que sea necesaria. Lo anterior, sin perjuicio de las demás sanciones administrativas que procedan.

Dicha instrucción se emitirá con copias dirigidas a las isapres en situación de incumplimiento y a las isapres Receptoras que se vean afectadas por éste.

Los montos obtenidos de la liquidación de la garantía serán depositados por la Intendencia, en la cuenta corriente bancaria que las Isapres Receptoras hayan informado para operar con el Fondo.

Si la isapre en incumplimiento realizara el traspaso de los fondos con posterioridad a la emisión del referido oficio y antes que se hubiese efectuado el pago con cargo a la garantía, esta Intendencia aplicará las sanciones que estime pertinentes en conformidad a la normativa vigente, procediendo a dejar sin efecto lo instruido al Banco Custodio y reversándole los fondos que se hubiesen puesto a disposición de la misma, en el evento que ello hubiese acontecido.

Si con la liquidación de la garantía se verifica que la isapre no cumple con la garantía mínima exigida, se le instruirá por oficio, con copia al Banco Custodio, que debe completar el monto faltante, en el plazo de veinte días corridos, bajo apercibimiento de aplicar el Régimen Especial de Supervigilancia y Control a que se refieren los artículos 221 y 222 del DFL Nº 1.

Título IV: Eliminado[577]

[577] Eliminado por la Circular IF/N°152, del 30 de junio de 2011.

y sustituido por nuevo Título IV en conformidad con el Oficio circular IF N°9 de 24.04.2014

Título IV. Recepción y tramitación de las Presentaciones relativas a las Impugnaciones sobre la calificación de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[578] GES (Inciso séptimo del artículo 9 de la Ley N°19.966.)

Presentación de impugnaciones sobre la calificación de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[579].

[578] Frase modificada por Circular IF/N°450, de 13.12.2023
[579] Id.

Esta Intendencia ha dispuesto que aquellos requerimientos de resolución, que pueden efectuar las isapres y el Fonasa, sobre una discrepancia acerca de la calificación de una situación como de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[580] -materia que se encuentra expresamente regulada en el inciso séptimo del artículo 9 de la Ley N°19.966- sean remitidos a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, mediante una aplicación que se encuentra a disposición en la red privada Extranet, que permite la remisión de archivos computacionales mediante un protocolo seguro de transferencia.

Para presentar una impugnación, las aseguradoras deberán ingresar al banner “Aseguradoras Fonasa e Isapres”, opción “Extranet” y luego seleccionar la descripción, denominada “Consulta en línea de pacientes que presentan una condición de urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[581] por una patología GES, para incorporarlo a su red de prestadores”, lugar donde podrán adjuntar el o los archivos en formato PDF que correspondan al ejemplar físico de la presentación y sus respectivos antecedentes clínicos para ser evaluados.

Este sistema que albergará la documentación (Extranet), cada vez que reciba una impugnación sobre la calificación de una urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela grave[582] GES, generará automáticamente un formulario donde las aseguradoras deberán llenar información básica del paciente. En esta vista podrán adjuntar el o los archivos PDF, que contienen la impugnación y los documentos que la sustentan. Asimismo, el referido sistema generará -una vez efectuado el ingreso de la presentación de la aseguradora- un número de folio, fecha y hora que dará cuenta de la recepción de la documentación, permitiéndose además, la opción de imprimir estos datos, a modo de comprobante de recepción.

El ingreso a la Extranet por parte de las aseguradoras se deberá efectuar empleando la clave que les ha sido asignada a cada una de ellas en su oportunidad, por medio del administrador que han informado dichas aseguradoras a esta Superintendencia, según se indica en el Capítulo I "Instrucciones para la transmisión de información y remisión de los Archivos Maestros que los seguros envían a la Superintendencia de Salud" del Compendio de Información.

Los archivos adjuntos deberán estar en formato PDF y no exceder los 20 MB para permitir su ingreso. Si el sistema no admite el referido ingreso, la aseguradora deberá hacer las correcciones respectivas y reenviarlo hasta que se apruebe definitivamente el proceso de acuse de recibo, de acuerdo a lo establecido en el ya referido Capítulo I del Compendio de Información.

En caso fortuito de fallas en la conectividad con la página WEB Institucional, las aseguradoras podrán enviar las impugnaciones correspondientes, mediante la entrega presencial de los documentos, en las dependencias de la Superintendencia de Salud.

[580] Id.
[581] Id.
[582] Id.

Capítulo XII Procedimientos relativos al Régimen de Prestaciones de Salud y a Fonasa

Título. De la afiliación e incorporación de cargas en Fonasa

La incorporación al Régimen Público de Salud, cuyas prestaciones son financiadas por Fonasa, se producirá automáticamente al adquirirse cualquiera de las calidades que definen los artículos 135 y 136 del DFL N° 1, de Salud, de 2005, para afiliados y beneficiarios, respectivamente.

Asimismo, será considerado beneficiario el conviviente civil del afiliado, definido en la Ley 20.830, que respecto de él cumpla con las mismas calidades y requisitos que la ley exige a la cónyuge para ser causante de asignación familiar.

No obstante, la calidad de afiliado o beneficiario deberá ser acreditada ante el Fonasa. Para verificar la calidad de beneficiario, dicho Organismo, además de un certificado que pruebe la relación de parentesco respectiva, podrá exigir la presentación de un certificado de la entidad que otorgue la asignación familiar respectiva, u otro documento que acredite que aquél cumple con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente. En este último caso y, asimismo, respecto de los convivientes civiles, a quienes la ley no establece como causantes de asignación familiar ni aun de un trabajador dependiente, bastará con el certificado que acredite la relación de parentesco respectiva y una declaración jurada simple del afiliado, en la que consigne que dicho familiar vive a sus expensas y no disfruta de una renta -exceptuando las pensiones de orfandad- igual o superior al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el inciso 1° del artículo 4° de la Ley N° 18.806, siempre que no provenga de labores remuneradas realizadas por un período no superior a tres meses en cada año calendario[583].

Siempre que una mujer casada presente ante el Fondo Nacional de Salud los documentos que la acrediten como afiliada al Régimen, dicho Servicio deberá informarle que, en virtud de la Ley Nº 21.337, debe declarar como familiar beneficiario o carga legal a su cónyuge, cuando éste cumpla con los mismos requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar respecto de la afiliada, los que deberá explicarle claramente. Asimismo, que, en el caso de que con posterioridad su cónyuge adquiriera esos requisitos, deberá declararlo como nueva carga legal.[584]

Título II. De la vigencia de la cédula de identidad para extranjeros en el ejercicio de los beneficios de salud

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) deberá reconocer como vigentes las cédulas de identidad para extranjeros tal como lo establece la ley, cuando sean exhibidas conjuntamente con un comprobante de residencia definitiva o de prórroga de residencia temporal en trámite, aun cuando la cédula exhibida no aparezca vigente, resguardando a su vez que los beneficiarios extranjeros no sean perturbados en el acceso a los beneficios de salud o a los distintos trámites que deban efectuar en la institución.

De la misma forma, FONASA deberá procurar que los prestadores con los que tenga convenio den estricto cumplimiento en cuanto a que a los beneficiarios extranjeros que cuenten con cédula de identidad para extranjeros vencida, pero exhiban el comprobante de residencia en trámite o prórroga de residencia temporal en trámite, no se les perturbe el acceso a las prestaciones de salud ni a las diversas gestiones necesarias que deban efectuar para recibir dichas prestaciones.

[583] Capítulo y Título incorporados por Circular IF N° 250, de 2015.
[584] Párrafo añadido por Circular IF N° 383, de 24.06.2021.

Capítulo XIII Procedimientos Especiales de las isapres[585]

Título. Transferencia de contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios

1. Definiciones

Para efectos de lo dispuesto en el presente Título, se entenderá por:

1.1 Transferencia: Cesión de la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, efectuada por una isapre a una o más instituciones de salud previsional que operen legalmente y que no estén afectas a un Régimen Especial de Supervigilancia y Control ni se encuentren en alguna de las situaciones que facultan a la Superintendencia de Salud a cerrar su registro.

1.2 Cartera de Afiliados y Beneficiarios: Conjunto que abarca la totalidad de afiliados y beneficiarios con contrato de salud previsional suscrito a la fecha de la transferencia, estén estos vigentes o por iniciar su vigencia.

1.3 Administrador Provisional: Persona nombrada por el Superintendente de Salud, con las facultades que la ley confiera al directorio, al gerente general u órgano de administración de la isapre, según corresponda, con el objeto de lograr una solución con efecto patrimonial para superar los problemas detectados o informados, pudiendo, entre otras cosas, negociar la transferencia de la cartera de afiliados y beneficiarios.

1.4 Cautividad: Condición del cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra institución de salud previsional.

2. Etapas de la Transferencia

2.1 Autorización de la Superintendencia de Salud

La isapre que decida transferir sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, deberá solicitar previamente su autorización a la Superintendencia de Salud.

Sólo podrá procederse a la transferencia, una vez que la Superintendencia la haya autorizado.

La autorización que efectúe la Superintendencia permitirá a la isapre ejecutar la transferencia, pero no implicará aprobación de todos los acuerdos a que hayan llegado las partes, los que se regirán por las normas del derecho común.

Para que la Superintendencia evalúe la solicitud de autorización de transferencia de cartera, deberá presentarse ante ésta, a lo menos lo siguiente:

a) Preacuerdo suscrito por la isapre que pretende transferir y por la o las isapres que pretenden adquirir los contratos y cartera, junto a un borrador del contrato que se desea celebrar.

   El preacuerdo debe contener, como mínimo, las siguientes cláusulas:

[585] Capítulo y Título incorporados por Circular IF N° 375, de 20 de noviembre de 2020.

- Obligación de la parte cedente de entregar a la cesionaria todos los antecedentes que le permitan mantener y dar continuidad a los beneficios del contrato de salud, sin alteración alguna.
- Obligación de asegurar la continuidad y mantención de todos los beneficios derivados de los contratos de salud de los beneficiarios afectados, sin alteración alguna.
- Prohibición de la cesionaria de imponer nuevas restricciones a los beneficiarios, así como de exigirles una nueva declaración de salud.
- Reconocimiento de la fecha de celebración del contrato de salud previsional original, para todos los efectos.
- Delimitación de las responsabilidades de las partes respecto de los beneficiarios, en cuanto a la fecha a contar de la cual la cesionaria se hará cargo de los beneficios pactados en el contrato de salud.
- En caso de que la transferencia se pretenda efectuar a dos o más isapres, descripción de la forma como se llevaría a cabo la distribución de beneficiarios, de modo que no implique discriminaciones, ya sea por edad, sexo, cotización pactada o condición de cautividad o cualquier otra discriminación arbitraria.

b) Antecedentes que acrediten la capacidad financiera, constitución legal, antecedentes jurídicos y de la propiedad del controlador, de respaldo económico, de infraestructura física y tecnológica, y de personal, de la o las isapres cesionarias, para absorber la cartera que se pretende adquirir. Asimismo, el plan de negocios y proyecto de continuidad para con la nueva cartera adquirida.

   Dichos antecedentes deberán contener, especialmente, aquellas modificaciones que planean implementar en alguno o algunos de los aspectos señalados, así como la forma y plazo en que las harán efectivas, en caso de ser necesario para hacer frente al aumento de cartera y asegurar la viabilidad de la operación.

c) En caso de que las isapres de destino de la transferencia sean dos o más, la solicitante deberá adjuntar el detalle de la distribución de los beneficiarios que pretende efectuar entre éstas.

   El detalle deberá incluir el RUT y nombre de cada beneficiario, asociado al afiliado respectivo, y la isapre a la que se destina. Deberá ser respaldado con las pruebas de validación y consistencia necesarias para evitar anomalías tales como duplicidad de RUT, omisión de beneficiarios o disociación con el cotizante del cual es carga.

   Dicha información deberá ser proporcionada en archivo plano, a través de la Extranet Superintendencia de Salud, precisando que se trata de una distribución de cartera para su transferencia, para lo cual se aplicarán, en lo que corresponda, las instrucciones contenidas en el Título I del Capítulo I del Compendio de Normas Administrativas en materia de Información.

Sin perjuicio de todo lo anterior, la Superintendencia, en cada caso particular, podrá exigir la presentación de todos los antecedentes adicionales que estime convenientes.

2.2 Publicación

Una vez autorizada la transferencia por la Superintendencia de Salud, la isapre cedente deberá publicar, en forma previa a su ejecución, un aviso en tres diarios de circulación nacional, en diferentes días. La publicación en esos diarios podrá realizarse, en forma adicional al formato papel, en formato electrónico.

Las publicaciones deberán hacerse, en un diario cada día y en tres días distintos, es decir, un total de tres publicaciones. Su contenido mínimo será el siguiente:

- Propósito de transferir la totalidad de sus contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios.
- Isapre o isapres a las que pretende transferir, indicando claramente su identidad.

En caso de ser más de una, deberá indicar la forma en que los afiliados puedan informarse fácilmente acerca de a qué isapre han sido asignados.

- Condiciones societarias de la o las isapres que pretenden adquirir los contratos y cartera.

  Dicha información, deberá permitir, a lo menos, la verificación de los datos referentes al tipo de sociedad, sus propietarios, administradores y sus inscripciones.

- Condiciones financieras y de respaldo económico de la o las isapres que pretenden adquirir los contratos y cartera.

  Esta información deberá considerar las condiciones de liquidez, patrimonio y garantía mantenida en la Superintendencia, además de los mecanismos o fuentes disponibles, en caso de que las personas requieran mayor información, por ejemplo, acerca de su pasivo, a corto y largo plazo, deudas con beneficiarios, con prestadores u otros.

- Información acerca de la infraestructura de la o las isapres de destino; como mínimo, lo relativo a sus oficinas y sucursales (número de ellas por cada región, tipo de atención que brindan) con su ubicación, o bien, los mecanismos para conocerla.

2.3 Notificación a los Afiliados

La Isapre cesionaria deberá notificar a sus nuevos cotizantes del hecho de haberse realizado la transferencia, por carta certificada, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la celebración de aquélla, a fin de asegurar que las personas estén informadas acerca de la operación y de los derechos que ésta implica para ellos. Esta notificación deberá comprender, a lo menos, los siguientes aspectos:

- Mantención de los derechos y obligaciones del contrato de salud transferido.

  Informar que se mantendrán inalterados todos los beneficios del contrato de salud previsional que se había celebrado con la isapre cedente, haciendo referencia especial al acceso a los prestadores, tanto del plan de salud como de la CAEC y GES.

- Continuidad de los beneficios del contrato suscrito con la isapre cedente.

  Al respecto, deberá explicitar que el otorgamiento de los beneficios no podrá verse interrumpido por el cambio de isapre de pertenencia de los beneficiarios, teniendo en consideración la fecha a contar de la cual se hará efectiva la transferencia.

- Informar que la Isapre no podrá imponer nuevas restricciones ni exigir una nueva declaración de salud.

- La notificación deberá informar que, para todos los efectos legales, la fecha de celebración del contrato cedido, así como la de inicio de vigencia, serán las mismas del contrato original.

- Informar el plazo extraordinario con que cuentan para desafiliarse.

  Además de informarse este plazo, que se extiende hasta el último día hábil del mes subsiguiente al de la notificación, ésta deberá precisar la fecha hasta la cual los afiliados podrán efectuar el desahucio.

  Deberá indicarse, además, que una vez extinguido el plazo excepcional de desahucio, los afiliados pueden desahuciar el contrato cuando se cumpla un año contado desde el inicio de vigencia de beneficios en la isapre cedente.

La información entregada en la carta, deberá ser clara, de manera que permita a los afiliados tomar una decisión con pleno conocimiento de sus consecuencias.

Esta notificación se entenderá practicada a contar del tercer día hábil siguiente a la expedición de la carta.

2.4 Notificación a Terceros y Difusión

La isapre cesionaria, a contar de la fecha de la transferencia, deberá difundir ésta a través de los medios de que disponga, tales como sitio web, sucursales, folletos u otros, indicando, como mínimo, la fecha a contar de la cual se hizo efectiva, su obligación de mantener todos los derechos y obligaciones que derivan del contrato, además de la continuidad de dichos beneficios.

Además, dentro de cinco días hábiles contados desde la celebración de la transferencia, deberá informar, por cualquier medio idóneo, acerca de esta adquisición de contratos de salud a las COMPIN y a la Superintendencia de Seguridad Social y, asimismo, a los empleadores y entidades encargadas del pago de la pensión de los afiliados respectivos, con el objeto de que éstos enteren las cotizaciones en esa isapre.

3. Contrato de Transferencia

La transferencia deberá constar en un contrato por escrito, celebrado entre la isapre que cede su cartera y contratos de salud, por un lado, y la o las isapres que los adquieren, por el otro.

3.1 Cumplimiento de Formalidades

La operación y el contrato mismo, deberán cumplir las formalidades que exigen el derecho y los propios estatutos de las partes, principalmente en atención al tipo de persona jurídica en que se hayan constituido respectivamente, por ejemplo, el acuerdo de la junta de accionistas por un quorum determinado.

En caso de que en la isapre cedente se encuentre ejerciendo sus funciones un administrador provisional nombrado por el Superintendente de Salud, corresponderá a aquél representarla en todos los actos que sean necesarios para llevar a cabo la transferencia.

3.2 Contenido Mínimo

El contrato de transferencia deberá corresponder con el borrador acompañado a la solicitud de autorización y contener, a lo menos, lo siguiente:

- Las mismas cláusulas exigidas en este Título como contenido del preacuerdo.
- Especificación de las obligaciones de la parte cedente, que permitan a la cesionaria mantener y dar continuidad a los beneficios del contrato de salud, sin alteración alguna, en resguardo de los derechos de los beneficiarios. Por ejemplo, la obligación de individualizar todos los contratos de salud vigentes, con indicación de los afiliados, beneficiarios y plan de salud; la entrega de todos los documentos contractuales, incluidos los beneficios adicionales que se hubieren contratado, y la entrega en medio electrónico de la estructura de planes, arancel de prestaciones, historial de cotizaciones y de prestaciones, entre otros.

4. Obligaciones de las isapres respecto de los beneficiarios

Las isapres que intervienen en el proceso de transferencia deberán respetar en todo momento los derechos, tanto legales como contractuales, de los beneficiarios cuyos contratos de salud previsional son transferidos, asegurando la continuidad de los beneficios, para lo cual deberán dejar claramente establecida en el contrato la fecha a partir de la cual la o las cesionarias asumen la responsabilidad de otorgar esos derechos. Al respecto, deberán sujetarse a las reglas sobre delimitación de responsabilidades que se señalan a continuación.

4.1 Subsidios por Incapacidad Laboral

Los subsidios por incapacidad laboral se devengan por día. Por lo tanto, corresponde que sean pagados por la isapre a la que el trabajador se encuentre afiliado el día en que se devenguen.

En el caso de licencias médicas que se hayan iniciado antes de la vigencia de la transferencia del contrato de salud respectivo y, sin solución de continuidad, se extiendan hasta después del inicio de esa vigencia, los subsidios por incapacidad laboral deberán ser pagados por las isapres cedente y cesionaria en proporción al número de días de afiliación del trabajador a cada una de ellas.

4.2 Reembolsos

Las bonificaciones se devengan en la fecha del otorgamiento de las prestaciones médicas. Por lo tanto, será responsable del pago de los reembolsos, la isapre de la que era beneficiario el paciente en esa fecha.

Si en un mismo documento de cobro el prestador incluye prestaciones otorgadas antes y después del inicio de vigencia de la transferencia, corresponderá el pago proporcional a las isapres cedente y cesionaria, de acuerdo a la fecha en que cada una de ellas fue efectuada.

4.3 Excedentes de Cotización

La exigibilidad a la isapre de aplicar los excedentes de cotización para alguno de los fines contemplados en la ley, se produce en el momento de ser requeridos por el afiliado.

En consecuencia, en el caso de transferencia de contratos de salud previsional, será responsable de dar a los excedentes de cotización el destino requerido por su propietario, la isapre en que éste se encuentre afiliado en el momento de solicitarlo[586]. Para tal efecto, y para los demás que procedan, dicha isapre deberá abrir la respectiva cuenta en la que se incluirán todos los excedentes de propiedad del cotizante.

Asimismo, la devolución anual de excedentes ordenada por la Ley N° 21173, corresponderá que sea efectuada por la isapre que sea dueña de la cartera al momento de cumplirse el respectivo período anual, fijado por las instrucciones administrativas dictadas al efecto[587].

(Párrafo cuarto eliminado)[588].

4.4 Cotizaciones Percibidas en Exceso

La obligación de pago de estos montos corresponde a la isapre que los haya percibido.

4.5 Continuidad de Prestadores

La isapre cesionaria tendrá la obligación de mantener todas las coberturas derivadas de la celebración de convenios entre la isapre cedente y determinados prestadores, esto es, para efectos de la aplicación del plan de salud, el otorgamiento de la CAEC y de las Garantías Explícitas en Salud.

Dicha obligación no se verá alterada por la ausencia de convenios entre la isapre cesionaria y los aludidos prestadores.

4.6 Aceptación de responsabilidad mayor

En el contrato de transferencia, las isapres podrán pactar que alguna de ellas asumirá responsabilidades mayores a las que se indican en los puntos precedentes, siempre y cuando ello no afecte de manera alguna los derechos de los beneficiarios de los contratos de salud previsional involucrados. El incumplimiento de estos acuerdos especiales, traerá consigo su ineficacia y la consecuente aplicación de las reglas ya indicadas.

---

[586] Expresión “, aun cuando no fuere la que percibió las cotizaciones que los originaron” suprimida por Resolución IF/N° 92, de 3.3.23.
[587] Frase final “, con independencia de cuál ha sido la institución que percibió las cotizaciones que los causaron” suprimida por Resolución IF/N° 92, de 3.3.23.
[588] Párrafo cuarto eliminado por Resolución IF/N° 92, de 3.3.23.

5. Distribución de la Cartera a dos o más isapres

En caso de que la transferencia se efectúe a dos o más isapres, la distribución de beneficiarios no podrá implicar discriminaciones, ya sea por edad, sexo, cotización pactada o condición de cautividad o cualquier otra discriminación arbitraria.

La transferencia a dos o más isapres podrá formalizarse en un mismo instrumento o mediante contratos separados con cada una de las isapres adquirentes, debiendo, en todo caso, respetarse la prohibición de discriminar referida en el párrafo precedente. La fecha de inicio de vigencia de la transferencia a cada isapre, deberá ser la misma.

Capítulo XIV Procedimiento para el Registro de las Instituciones de Salud Previsional[589]

1. Disposiciones preliminares

De acuerdo con lo dispuesto en el numeral 1, del artículo 110, los artículos 175, 176 y 178, todos del D.F.L. Nº1 de 2005, de Salud, a esta Superintendencia le corresponde, entre otras atribuciones, la de registrar a las instituciones de salud previsional (isapres), previa comprobación del cumplimiento de los requisitos que señale la Ley, consistentes en:

a) La entidad interesada debe constituirse como persona jurídica;
b) Conforme a sus estatutos debe tener por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin. En ningún caso los estatutos podrán establecer como objeto social la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores de salud;
c) Al momento de presentar la solicitud de registro, debe acreditar un capital mínimo efectivamente pagado equivalente a cinco mil unidades de fomento;
d) Informar a la Superintendencia la identidad de los socios, accionistas y sus controladores, siempre que posean una participación igual o superior al 10% del capital o tengan capacidad de elegir a lo menos un miembro del directorio;
e) Acreditar que sus socios, accionistas y controladores no se encuentran en alguna de las situaciones previstas en el artículo 176 del D.F.L. Nºl de 2005, de Salud.

2. La solicitud de registro

Cualquier entidad que tenga interés en registrarse como isapre deberá presentar ante esta Superintendencia los siguientes antecedentes:

a. La solicitud de registro que deberá completarse según el formulario que, para dicho efecto, estará a disposición de los interesados en el sitio web de esta Superintendencia de Salud, y que se contiene en el anexo de este Título.
b. Los antecedentes legales de la entidad solicitante, debiendo distinguirse:

i. Si se trata de una Fundación o Corporación, deberán adjuntarse los siguientes antecedentes:
1) Copia autorizada de la escritura pública de constitución, en la que consten sus estatutos y de aquélla que dé cuenta de las modificaciones que se le hayan introducido, en su caso;
2) Copia autorizada del decreto que le concede personalidad jurídica y del que aprueba las reformas a sus estatutos, si correspondiere;
3) Copia de la publicación en el Diario Oficial del decreto que le concede personalidad jurídica; y
4) Certificado de vigencia de la personalidad jurídica y de sus estatutos, emitido por el Registro de Personas Jurídicas del Ministerio de Justicia o el Conservador del Archivo Nacional, en su caso, con no más de treinta días de antigüedad.

ii. En el evento que la solicitante tenga el carácter de Empresa Individual de Responsabilidad Limitada, Sociedad en Comandita, Anónima, por Acciones o de Responsabilidad Limitada o Colectiva, deberán, por su parte, acompañarse los siguientes antecedentes:
1) Copia autorizada de la escritura pública de constitución en la que consten sus estatutos y copia autorizada de todas las modificaciones que se les hayan introducido;
2) Certificado de Migración del Régimen Simplificado al Régimen General, en caso de que la solicitante haya cambiado de régimen;
3) Copia autorizada de un extracto de la escritura social;
4) Copia autorizada de la inscripción del antedicho extracto en el Registro de Comercio correspondiente al domicilio de la sociedad, con constancia de todas sus anotaciones y subinscripciones y, si hubiere reformas, las relativas a cada una de éstas;

[589] Capítulo sobre Procedimiento para el Registro de las Instituciones de Salud Previsional creado por Resolución Exenta IF N°699, de 25.11.2021

5) Tratándose de Empresas Individuales de Responsabilidad Limitada, Sociedades Anónimas, por Acciones y de Responsabilidad Limitada, deberá acompañarse también una copia autorizada de la publicación del extracto de la escritura de constitución en el Diario Oficial, así como de las correspondientes a cada una de las modificaciones que se les hubieran introducido a sus estatutos; y
6) Finalmente, en el caso de Empresas Individuales de Responsabilidad Limitada, Sociedades en Comandita, Anónimas, por Acciones y de Responsabilidad Limitada o Colectivas deberá acompañarse un certificado de vigencia de la sociedad emitido por el Registro de Comercio correspondiente al domicilio de la sociedad, con no más de treinta días de antigüedad.

iii. En caso de que la solicitante tenga el carácter de alguna de las empresas que señala la Ley 20.659, que simplifica el Régimen de Constitución, Modificación y de Disolución de las Sociedades Comerciales, deberán acompañarse los siguientes antecedentes:

1) Certificado de Migración del Régimen General al Simplificado de la Ley 20.659, en caso de que proceda; y
2) Certificados de Vigencia, de Estatuto Actualizado y de Anotaciones, todos emitidos por el Administrador del Registro de Empresas y Sociedades.

c. Individualización completa de sus directores, gerentes, administradores, apoderados y del o los representantes de la entidad solicitante y el instrumento en que conste su personería o representación, con certificado de vigencia de a los menos 30 días, según corresponda;
d. Certificado de antecedentes penales, emitido por el Registro Civil e Identificación, respecto de sus directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales, según corresponda;
e. Declaración jurada y copia de la cédula de identidad o pasaporte vigentes de sus directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales en la que señalen que no tener ningún impedimento de los señalados en el artículo 176, del D.F.L. Nº1, de 2005 de Salud, y en el Título II, del Capítulo VI, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, de esta Intendencia, según corresponda;
f. Rol único tributario de la solicitante;
g. Declaración de iniciación de actividades comerciales, visada por el Servicio de Impuestos Internos;
h. Balance General y Estado de Resultados auditado por firma de auditores externos registrados en la Comisión para el Mercado Financiero o en la entidad que la suceda.
La fecha de cierre de estos estados financieros no podrá ser superior a 2 meses de antigüedad contado desde la fecha de presentación de la solicitud;
i. Estudio pormenorizado de factibilidad técnico-económica del proyecto utilizado para decidir la inversión;
j. Capital mínimo equivalente a 5.000 unidades de fomento que deberá estar efectivamente pagado al momento de ingresar la solicitud de Registro;
k. Certificados contables que acrediten el entero del capital; y
l. Contrato de salud y formato de los planes de salud que pretende comercializar, en conformidad a las instrucciones contenidas en el Capítulo I y II, respectivamente, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Instrumentos Contractuales de esta Superintendencia de Salud.

La página web de la Superintendencia de Salud informará el listado de documentos que se deben acompañar a la solicitud de registro descritos en la letra "b" hasta la letra "l".
Lo anterior, es sin perjuicio de que, durante el examen de los documentos, se estime necesario requerir antecedentes adicionales a los antes descritos por parte de esta Superintendencia.

3. Tramitación de la solicitud de registro

La solicitud de registro y sus antecedentes complementarios deberán presentarse en la Oficina de Partes de esta Superintendencia.

Se podrá rechazar la solicitud que no cumpla con las exigencias legales o no acompañe los antecedentes requeridos en el numeral 2 que precede.

La Superintendencia podrá pedir antecedentes adicionales directamente a la peticionaria, en caso de que se estime necesario, señalándole un plazo para cumplir lo solicitado.

En el evento que se tengan observaciones sobre los antecedentes acompañados, la Superintendencia las pondrá en conocimiento de la peticionaria, para efectos de que subsane o se entregue la información adicional requerida.

La petición de registro deberá resolverse en un plazo no superior a sesenta días contado desde que se presente la solicitud respectiva y sus antecedentes.

4. Constitución de la garantía y apertura del registro

De no existir observaciones a los antecedentes de la solicitante o habiéndose subsanado las observaciones formuladas, la Superintendencia comunicará al representante de la solicitante que deberá constituir la garantía exigida por la Ley y que deberá remitir los respaldos dentro del plazo de cinco días hábiles para acreditar la constitución de la garantía mínima con el contrato de custodia correspondiente, conforme al Título I, del Capítulo VI; del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, de esta Intendencia.

Para el efecto anterior, la solicitante deberá remitir los respaldos señalados en el párrafo anterior a través de Oficina de Partes.

Constituida la garantía, la Superintendencia dictará la resolución de aprobación del registro como Institución de Salud Previsional de la solicitante, asignándole a ésta un número de registro.

La resolución que apruebe el registro será publicada en el Diario Oficial y le será notificada personalmente al representante legal de la solicitante, entregándosele copia íntegra y autorizada de ella.

Asimismo, se notificará a la Superintendencia de Seguridad Social, a la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y al Fonasa del registro de la solicitante para operar como Institución de Salud Previsional, adjuntándole copia íntegra y autorizada de la respectiva resolución.

Registrada la nueva Institución de Salud Previsional, la Superintendencia archivará y custodiará todos los antecedentes presentados por la peticionaria.

5. Rechazo de la solicitud de registro

La Superintendencia podrá rechazar derechamente la solicitud mediante resolución fundada cuando no se acompañen los antecedentes que deben adjuntarse en conformidad a lo previsto en el numeral 2 de este título o cuando del simple examen de los antecedentes acompañados se desprenda que la solicitante no cumple con las exigencias legales antes mencionadas.

Dicha resolución será susceptible de recurso de reposición por la entidad afectada dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de su notificación.

En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar dentro de los 15 días hábiles siguientes a su notificación, en conformidad al artículo 113 del D.F.L. Nº 1, de 2005, de Salud.

En el evento que la solicitante pida los antecedentes acompañados, éstos le serán devueltos, archivándose copia de ellos.

Anexo N°1

Solicitud de Registro de Institución de Salud Previsional en la Superintendencia de Salud

Entidad o Institución

1l. Nombre o Razón Social

2. Domicilio Legal de la entidad y sus agencias y sucursales

3. Representantes Legales (Identificación completa, con número de RUN o pasaporte según corresponda)

4. Directores, gerentes, administradores, apoderados (Identificación completa con número de RUN o pasaporte según corresponda)

5. Objeto Social

6. Capital Pagado:

Pesos ($):
Unidades de Fomento: (U.F.):

7. Descripción de los instrumentos financieros para constituir la Garantía

8. Fecha constitución y duración de Entidad o Institución

9. R.U.T. de la Entidad o Institución

Santiago, _____

_____
R.U.N. y Firma Representante legal de la
Entidad o Institución Declarante