SUPERINTENDENCIA DE SALUD

COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE ARCHIVOS MAESTROS

(Versión actualizada al 27.08.2025[1])

[1] Circular IF/N°504 de 2025.

CONTENIDO

CONTENIDO **2**

Capítulo I Instrucciones para la transmisión de información y remisión de los Archivos Maestros que los seguros envían a la Superintendencia de Salud **6**

Título I: Aspectos relativos a la comunicación 6

1. Transmisión y Seguridad de Datos **6**

2. Responsables y funciones asociadas a la transferencia de información **6**

3. Recepción de la Información **7**

4. Bitácora de Recepción y Envío **7**

Anexo: Declaración de Autorización y Responsabilidad **8**

Título II. Operación del Sistema de Transferencia de Archivos 9

1. Validación Contenido Experto **9**

2. Retransmisión de Archivos **10**

3. Solicitudes de Prórroga **10**

4. Contingencia **11**

Título III: Nombre de los archivos y respaldo de la información 12

1. Nomenclatura en nombre de archivos **12**

2. Respaldo de la información **13**

3. Definiciones computacionales **13**

Capítulo II Archivos Maestros **14**

Título I: Contratos 14

1. Características Generales del Archivo Maestro. **14**

2. Estructura del Archivo Maestro. **16**

3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro. **17**

4. Validadores Adicionales de Consistencia **46**

Título II: Cotizantes y Cargas de Isapres 49

1. Características Generales del Archivo Maestro. **49**

2. Estructura del Archivo Maestro. **50**

3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro. **52**

4. Validadores Adicionales de Consistencia. **70**

Título III: Planes Complementarios de Salud 72

1. Información y periodicidad **72**

2. Plazo de envío **72**

3. Proceso de validación de la información **72**

4. Eliminado 72

Anexo: Especificaciones Computacionales y Definiciones 73

Título IV: Coberturas de los Planes de Salud 99

1. Información requerida 99

2. Proceso de validación de la información 99

3. Envío de la información a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales 99

Anexo N° 1: Estructura Computacional, Características y Definiciones del Archivo Maestro de Cobertura de los Planes de Salud 100

Anexo N°2 Ejemplos de Llenado en Situaciones Especiales de Cobertura 107

Título V: Prestaciones de Salud 109

1. Información y periodicidad 109

2. Plazo de envío 109

3. Información sobre prestaciones de salud Bonificadas y Otorgadas 110

4. Envío de la información 110

5. Porcentajes de error permitido 110

6. Guía de Generación de Datos 111

Anexo N° 1: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas 112

2. Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Bonificadas 114

Anexo N° 2 : Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas 139

Anexo N°3 Archivo Maestro de Reliquidaciones de Prestaciones Bonificadas 144

Anexo N° 4 Definición Computacional Archivos Maestros Prestaciones Bonificadas y Prestaciones Otorgadas 156

Título VI: Egresos Hospitalarios 158

1. Información y periodicidad 158

2. Plazo de envío 158

Anexo N° 1 Estructura Computacional del Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios 159

Anexo N° 2 Especificaciones Técnicas 168

Título VII: Arancel de Prestaciones de Salud 169

1. Valorización y reajuste del arancel 169

2. Prestaciones Adicionales 169

3. Envío del arancel 170

4. Incorporación de nuevas prestaciones en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección 170

5. Eliminación de prestaciones del Arancel de la isapre 170

Anexo Estructura Computacional, Características, Definiciones y Validadores Adicionales del Arancel de Prestaciones de Salud.....172

Título VIII: Información para el control y fiscalización de las GES en el Fonasa 180

1. Del Control y Fiscalización de las GES 180

Título IX: Prestaciones del Examen de Medicina Preventiva 182

1. Información requerida.....182

2. Envío de la información 182

Anexo: Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva.....183

Título X: Instrucciones de envío de información sobre redes de prestadores GES 186

1. Características Generales del Archivo.....186

2. Estructura Computacional.....189

3. Definiciones.....190

Título XI: Información para el control y fiscalización de las GES en las isapres 199

I. Precio de las Garantías Explícitas en Salud en el sistema isapre [Eliminado] 199

II. Fiscalización de las GES en las Isapres 199

Anexo N° 1 Solicitudes de Acceso a las Ges en Isapres 202

Anexo N° 2 Detalle de Casos Ges para Garantía de Oportunidad 231

Anexo N° 3 Detalle de Casos Ges para Garantía de Protección Financiera 242

Anexo N° 4: Codificación de problemas de salud Eliminado 255

Anexo N° 5A Garantía de Oportunidad por Problema de Salud y sus Respectivos Hitos 256

Anexo N° 5 Garantía de Oportunidad por Problema de Salud y sus Respectivos Hitos 312

Anexo N°6 Codificación de intervención sanitaria y grupo de Prestaciones [Eliminado] 370

Título XII: Instrucciones sobre información estadística semanal de casos GES que deben proporcionar las isapres a la Superintendencia [Eliminado].....371

Título XIII: Compensaciones del Fondo de Compensación Solidario 372

1. Objetivo del Fondo 372

2. Respaldo de las Operaciones 372

3. Encargados de la operación del Fondo.....372

Anexo: Archivo Maestro de Compensaciones" [Eliminado] 373

Título XIV: Composición de Cartera de Cotizantes Vigentes en Isapres Cerradas [Eliminado] 374

Título XV: Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas e información sobre prestadores CAEC 375

1. Estructura del archivo 375

2. Instrucciones para el envío de información sobre prestadores CAEC a la Superintendencia y obligación de designar un representante de la isapre 394

3. Instrucciones para información sobre prestadores y beneficios CAEC a los beneficiarios 395

Título XVI: Licencias Médicas y Subsidios por incapacidad laboral 396

Anexo: Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral, Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones 397

IV. Definiciones del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones 432

Título XVII: Estadísticas de los Reclamos deducidos ante las isapres y el Fonasa por sus cotizantes y/o beneficiarios 444

Anexo Nº 1: Clasificación y estadísticas de reclamos en isapres 444

Anexo N°2: Clasificación y estadísticas de reclamos en Fonasa 451

Título XVIII: Recursos de protección interpuestos por los beneficiarios en contra de las isapres [Eliminado] 457

Título XIX: Excedentes de cotización 458

1) Archivo Maestro de Excedentes de cotización 458

Anexo: Archivo Maestro "Excedentes de Cotización" 459

2) Archivo Maestro para la Devolución anual de Excedentes de cotización 482

3) Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU 490

Título XX: Cotizaciones de Salud 503

1. Características Generales del Archivo Maestro. 504

2. Estructura del Archivo Maestro. 505

3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro. 507

Título XXI Ley Ricarte Soto 519

A) Sobre la obligación de informar del Fonasa 519

Anexo: Archivo Trazabilidad del paciente Ley Ricarte Soto 519

B) Sobre la obligación de informar de la CENABAST 523

Anexo: Prestaciones Ley Ricarte Soto 524

Título XXII: Archivo Maestro de Cotizaciones Mal Enteradas 526

Anexo: Archivo Maestro Traspaso Mensual de Cotizaciones de Salud Mal Enteradas 527

Título XXIII: Archivo Maestro de Beneficios Adicionales 535

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

Título I: Aspectos relativos a la comunicación

La comunicación entre la Superintendencia y las Instituciones de Salud Previsional y el Fonasa -de ahora en adelante aseguradores- se realizará mediante una aplicación web segura, que permite el envío de información mediante Protocolo de Transmisión de Archivos (FTP).

1. Transmisión y Seguridad de Datos

Toda transferencia de información deberá efectuarse a través de la red privada denominada Extranet Superintendencia de Salud, disponible en el Portal Web de la Superintendencia www.supersalud.cl, a menos que existan instrucciones específicas impartidas por este Organismo de Control, en las que se solicite la entrega de información mediante otros medios.

Para el envío de la información, se deberá ingresar al portal antes señalado y marcar la opción “Extranet”, dentro del cual las isapres y el Fonasa, tienen asignado un nombre de usuario y una clave.

El referido segmento Extranet, cuenta con mecanismos de Confidencialidad (encriptación), es decir, los datos sólo podrán ser leídos por el destinatario final; Autenticación (firma electrónica simple), propiedad que otorga la certeza que la comunicación se está llevando a cabo con quien corresponde; Integridad, en la medida que otorga la seguridad 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.

De lo anterior se colige que el emisor de la información no podrá negar la autoría y contenido de la transmisión efectuada. Por ende, la veracidad e integridad de la información que se proporcione, radicará en el asegurador o entidad fiscalizada.

2. Responsables y funciones asociadas a la transferencia de información

Para formalizar la responsabilidad de la administración del sistema de transmisión de datos y la seguridad de acceso, el asegurador deberá designar al encargado de desarrollar dicha función. Para estos efectos, deberá completar el documento “Declaración de Autorización y Responsabilidad” para la habilitación ante esta Superintendencia, de un Coordinador titular y otro suplente, cuyas funciones serán la Administración de Cuentas de Usuarios y la Coordinación de los Envíos, por lo antes expuesto, se entenderá que las responsabilidades que surjan del proceso de transmisión de información y la administración del mismo, podrán recaer en personas distintas.

Con el objeto de mantener actualizada la información relacionada con la nómina del personal autorizado para efectuar las referidas funciones, se deberá comunicar cualquier cambio que se produzca, dentro de los primeros cinco días hábiles de ocurrido este último. Para tal efecto, deberán informarse -mediante una comunicación escrita dirigida al Subdepartamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), el nombre del o los profesionales que reemplazarán a los anteriormente designados por el asegurador. Conjuntamente, deberá acompañarse un nuevo ejemplar de la Declaración de Autorización y Responsabilidad definida en el Anexo de este Título.

3. Recepción de la Información

El Portal de la Superintendencia de Salud constituye el mecanismo de entrada de la información que se transmite.

Previo al envío de dicha información, los aseguradores deberán verificar que los datos se ajusten a las definiciones y especificaciones técnicas contempladas para cada archivo solicitado, las que se encuentran establecidas en la normativa vinculada con requerimientos particulares de información (validación básica).

La información recibida se almacenará en la base de datos del servidor de la Superintendencia, sólo si cumple con las normas de validación referidas en el párrafo precedente, esto es, si la información pasa el filtro de la validación básica, de lo contrario será rechazada su transmisión.

Asimismo, el plazo de recepción de la información quedará condicionado a la aceptación del envío, esto es, cuando se haya cumplido con los requisitos de la validación de datos y el sistema notifique este hecho al emisor.

4. Bitácora de Recepción y Envío

Se contará con una bitácora que registrará todas las acciones efectuadas en la Extranet, entendiéndose por tal: los envíos y recepciones de archivo, responsable del envío, fecha y hora de las transacciones y resultados de la validación automática de la información y solicitud de prórrogas.

A este respecto, la Superintendencia mantendrá disponible en la Extranet, para la consulta de los aseguradores, un registro histórico de movimientos de las operaciones efectuadas, al que se podrá acceder mediante una opción contenida en el sistema.

El almacenamiento de este registro abarcará un periodo de cinco años.

Cabe hacer presente, además, que este instrumento será empleado como mecanismo de control y herramienta de prueba, para certificar las acciones efectuadas por todos los usuarios.

Anexo: Declaración de Autorización y Responsabilidad

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

En_____ a _____ de_____ de _____,

La Entidad Aseguradora, _____

RUT N°_____ Código _____

Autoriza a:

Nombre Completo _____

Cédula de Identidad N°_____

Departamento / Subdepartamento al que pertenece _____

e- mail _____ teléfono _____

Como “Administrador de Cuenta Titular”

y a:

Nombre Completo _____

Cédula de Identidad N° _____

Departamento /Subdepartamento al que pertenece _____

e- mail _____ Teléfono_____

Como “Administrador de Cuenta Suplente”

Mediante la presente declaración las personas naturales antes individualizadas quedan habilitadas – previo conocimiento de esta Superintendencia- como usuarios del sistema de transferencia de archivos.

Se entenderá que las responsabilidades que surjan del proceso de transmisión de información y la administración del mismo, podrán recaer en personas distintas.

_____

Firma del Representante de la Aseguradora

(de puño y letra)

y Timbre de la Aseguradora.

Título II. Operación del Sistema de Transferencia de Archivos

Una vez ocurrido el procedimiento de Transmisión de Datos -conforme a las especificaciones contenidas en el Título I, se iniciará un nuevo proceso de verificación, denominado “Validación de Datos” que contiene las pautas de control aplicadas previamente por el asegurador en la validación básica, en relación con las instrucciones impartidas por la Superintendencia.

Este proceso de validación se aplicará, una vez ocurrida la descarga y almacenamiento transitorio del Archivo Maestro en el repositorio de datos de la Superintendencia, donde será sometido a la aplicación de un algoritmo de validación de datos inmediato, que permitirá, mediante un “Informe de Validación”, comunicar al emisor si el archivo tuvo una transmisión exitosa o si éste fue rechazado por errores de formato o bien porque el porcentaje de error admisible fue superado.

Asimismo, la Superintendencia, como Institución Receptora, remitirá un mensaje de cortesía vía correo electrónico al responsable del envío correspondiente, comunicando la necesidad de reproceso del archivo o, en su defecto, notificando la aceptación de este último, en cuyo caso la información transmitida se almacenará en la base de datos de la Superintendencia.

Con todo, es importante señalar que será el informe de validación contenido en la sección de Extranet denominada “Agenda de envío de archivos a la Superintendencia de Salud”, el medio que formalice la situación de rechazo o aceptación del Archivo Maestro enviado.

Se debe agregar que de no recibirse los archivos dentro del período preestablecido por este Organismo Fiscalizador, se enviará automáticamente un correo electrónico al Coordinador individualizado en el documento “Declaración de Autorización y Responsabilidad”, especificando el incumplimiento que ha registrado el sistema.

Es importante señalar que el asegurador encontrará disponible el mecanismo de entrada de la información, para el envío de archivos, aún cuando se encuentre fuera del plazo establecido para dichos efectos. No obstante lo anterior, la Superintendencia se reserva el derecho a evaluar, en situaciones de incumplimiento, la eventual aplicación de sanciones.

1. Validación Contenido Experto

Este proceso constituye una validación adicional, por medio de la cual la Superintendencia efectúa un análisis muestral de los datos, para establecer la consistencia de la información contenida en el archivo enviado.

Este tipo de validación aplicará una pauta que permitirá concluir acerca de la razonabilidad de los datos consignados en el archivo.

Las pautas de validación de consistencia, serán dadas a conocer a los aseguradores previa aplicación de ellas.

Si el proceso de revisión, establece que la información -en general- posee un grado de consistencia aceptable, ella será cargada en la base de datos del servidor de esta Superintendencia, de lo contrario se solicitará al Coordinador correspondiente, el reenvío del archivo mediante un correo electrónico que indicará la necesidad de reproceso, junto con los argumentos tenidos a vista para el rechazo del archivo.

2. Retransmisión de Archivos

Aquellos archivos de datos que deban ser generados nuevamente, mantendrán la estructura del nombre asignado al archivo original. La fecha y hora de su reenvío, será controlada por la Bitácora (Log) que permitirá determinar cuál de los envíos es el último considerado como válido.

Los archivos reenviados deben transmitirse de la misma forma que los archivos originales.

3. Solicitudes de Prórroga

Las Solicitudes de Prórroga deberán efectuarse empleando la opción del mismo nombre, que se encuentra habilitada en el Sistema de Transferencia de Archivos.

Dicha solicitud, deberá ser activada por el responsable de enviar la información por la que se está solicitando el aplazamiento del envío.

Las prórrogas deberán requerirse a lo menos con un día hábil de anticipación al vencimiento de la fecha en que debe remitirse el archivo correspondiente. Lo anterior, de acuerdo al calendario de remisión de archivos que tiene preestablecida la Superintendencia.

La autorización o rechazo de la solicitud de prórroga por parte de este Organismo fiscalizador, será efectuada por el usuario responsable de verificar la recepción del archivo. Este último, recibirá automáticamente el aviso de prórroga, cuando la opción sea activada por el asegurador, al mismo tiempo recepcionará y conocerá el motivo de la solicitud formulada, contenido que deberá completar el asegurador en el sistema de prórrogas.

La respuesta otorgada a tal solicitud, quedará registrada en la Bitácora de Recepción y envío, del Sistema de Transmisión, a más tardar el día hábil siguiente de formulada la petición.

En caso que se acepte la extensión del plazo original para la entrega del archivo -período de prórroga- esta última se contabilizará a partir de la fecha en que se registró la aprobación de este requerimiento especial, en la Bitácora de Recepción y Envío.

Si, una vez transcurrido el período de respuesta a la solicitud de prórroga formulada, el asegurador no ha encontrado disponible el registro de la aprobación o rechazo en la citada bitácora, se entenderá aceptada la solicitud, generándose mediante el Sistema de Prórrogas un registro de tal transacción.

La autorización de la extensión del plazo de entrega, será por un período de dos días hábiles a contar de la fecha de envío de la aprobación de la solicitud.

Sólo en situaciones especiales y debidamente justificadas se podrá efectuar un único aplazamiento de Prórroga, la que deberá ser solicitada mediante el Sistema de Transferencia de Archivos. En estos casos, serán evaluadas las razones que se tuvieron a vista para efectuar esta nueva solicitud.

De ser aprobada la nueva solicitud por la Superintendencia, la prórroga se extenderá sólo por un periodo de dos días hábiles.

Con todo, si el asegurador se encuentra imposibilitado por motivos de fuerza mayor, para cumplir con los plazos definidos, se procederá a evaluar la situación especial particularmente, operando dicho caso fuera del Sistema de Prórrogas implementado por este Organismo Fiscalizador.

4. Contingencia

Ante posibles fallas en el sistema del asegurador y en la eventualidad que no se pueda realizar la transmisión electrónica, se podrá autorizar, previa comunicación del tipo de desperfecto al Subdepartamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), la entrega de información en otros dispositivos de almacenamiento, en los que se deberá identificar -mediante una etiqueta- el nombre de la información que incluye, la fecha de generación de ella y el asegurador al que pertenece la autoría. El nombre del archivo deberá corresponder a la estructura que se especifica en el título III de la presente circular y a las especificaciones técnicas definidas para dichos efectos.

En el caso que la información no pueda enviarse debido a fallas en la “Extranet Superintendencia de Salud”, este Organismo Fiscalizador emitirá simultáneamente a todos los aseguradores, un mensaje por correo electrónico o mediante algún mecanismo alternativo, comunicando tal situación. Posteriormente, y una vez restablecido el sistema, se comunicará por correo electrónico el restablecimiento de las operaciones para la recepción de la información.

5. Nuevos requerimientos de información en Archivos Maestros

Ante nuevos requerimientos de información que deba efectuar la Superintendencia, mediante el formato de archivos maestros, la estructura de clasificación del correlativo de la materia, será especificada en los aspectos técnicos de las instrucciones que se impartan al respecto, sobre una materia en particular.

Título III: Nombre de los archivos y respaldo de la información

1. Nomenclatura en nombre de archivos

En la definición de los nombres de los archivos a transmitir, se utilizará una nueva estructura, la que deberá ser aplicada a todos los Archivos Maestros definidos por esta Superintendencia.

La nomenclatura de la nueva denominación será “xcccaaaapp.999”, donde:

x	Corresponde al tipo de emisor. Los valores aceptados son: s = aseguradoras (isapre / Fonasa)
ccc	Código del emisor
aaaa	Año que se informa
pp	Corresponde al período que se está informando, y podrá adoptar los siguientes valores según sea el caso

Periodicidad	Valor
1. Mensual	01 = enero 02 = febrero 03 = marzo 04 = abril 05 = mayo 06 = junio 07 = julio 08 = agosto 09 = septiembre 10 = octubre 11 = noviembre 12 = diciembre
2. Trimestral	t1 = primer trimestre t2 = segundo trimestre t3 = tercer trimestre t4 = cuarto trimestre
3. Semestral	s1 = primer semestre s2 = segundo trimestre

4. Semanal	smn1 = primera semana smn2 = segunda semana smn3= tercera semana smn4=cuarta semana
5. Anual	a1

999 : Correlativo para individualizar la materia solicitada.

2. Respaldo de la información

Las isapres deberán mantener por el período mínimo de un año, una copia de los dispositivos que contengan la información de cada uno de los Archivos Maestros remitidos a la Superintendencia.

3. Definiciones computacionales[2]

Modalidad de almacenamiento

Característica de los archivos:

- Archivo plano
- Código ASCII
- Un registro por línea
- Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
- Separador de campo “pipe” (|).
- Largo de campo variable. **Los largos de campos definidos en cada uno de los archivos serán referenciales, es decir, indican el tamaño máximo que pueden registrar**.

[2] Cabe hacer presente que forman parte de las instrucciones sobre archivos maestros reglas específicas sobre definiciones computacionales, las que deben tenerse como referenciales.

Capítulo II Archivos Maestros

Título I: Contratos[3]

En este archivo se informarán las distintas etapas del período de vigencia del contrato de salud, desde la suscripción efectuada por el cotizante -firma del contrato- hasta el término de éste.

1. Características Generales del Archivo Maestro.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Contratos
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 064
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	Contiene el período de vigencia del contrato de salud desde la suscripción efectuada por el cotizante (firma del contrato) hasta el término de éste. Asimismo, incluye como información datos relacionados con la cotización pactada y la cotización total a pagar asociados al período que se está informando. Se deberá tener en consideración que el contrato de cada cotizante se informará hasta el término de éste, independientemente que la causal esté motivada por el incumplimiento de las obligaciones contractuales o por la sola desafiliación de la isapre. Es importante señalar, que se deberá distinguir además de la fecha de término de contrato, la fecha de término de beneficios. Cabe señalar, que este archivo no contendrá información acerca de los beneficiarios del contrato.

[3] Reemplazado por Circular IF/N° 159, de 12 de octubre de 2011.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	En el caso de los campos Precio GES, Precio CAEC, Precio beneficio adicional, Prima Extraordinaria Ley 21.647[4], Diferencia Fallo E. Corte Suprema, Ajuste al 7% y Total Prima Extraordinaria PPA, Cotización pactada, Cotización total a pagar y Precio Plan Complementario, que se encuentren expresados en U.F, para su equivalencia en pesos se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa.[5] [6] Las cifras obtenidas deberán ser redondeadas al entero más próximo[7]. No se establecerán reglas de aproximación dadas las diferencias marginales que pudiesen resultar producto del redondeo.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde a los datos que mantiene la isapre respecto del contrato de salud para un RUN de cotizante en particular al último día o fecha de cierre del mes que se informa, independientemente del número de movimientos contractuales asociados a ese RUN, que se hubiesen generado durante el período que corresponde informar.
Período de la información contenida en el Archivo	La información que se entregue comprenderá a todos los contratos vigentes (suscritos) de la isapre, tengan o no beneficios vigentes en el periodo que se informa.[8]
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, a más tardar el día 10 del mes siguiente al que se informa[9].
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar tanto las suscripciones como los movimientos contractuales que afecten a los cotizantes, al último día hábil del mes que se informa.

[4] Frase insertada por CIF 467, de 9.5.24.
[5] Reemplazado por Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[6] Modificado por Circular IF/N°484, de 15 de octubre de 2024
[7] Modificado por Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[8] Modificado por Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[9] Descripción modificada por la Circular IF/Nº398, de 29 de noviembre de 2021.

2. Estructura del Archivo Maestro.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Período de Información	Numérico
02	Código Aseguradora	Numérico
03	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	Alfanumérico
05	Identificación alternativa Cotizante	Alfanumérico
06	Fecha de suscripción del contrato	Numérico
07	Tipo de suscripción	Alfabético
08	Fecha de inicio de vigencia de beneficios[10]	Numérico
09	Tipo de trabajador	Alfabético
10	Mes anualidad	Numérico
11	Identificación única del plan	Alfanumérico
12	Tipo de Plan	Alfabético
13	Precio Ges	Numérico
14	Precio CAEC	Numérico
15	Precio beneficio adicional	Numérico
16	Cotización Pactada	Numérico
17	Cotización total a pagar	Numérico
18	Fecha último movimiento	Numérico
19	Tipo movimiento	Numérico
20	Renuncia al excedente	Numérico
21	Beneficio CAEC	Numérico
22	Fecha término contrato	Numérico
23	Fecha término de beneficios	Numérico
24	Causa término contrato	Numérico
25	RUT del Agente de Ventas	Numérico
26	DV del RUN del Agente Ventas	Alfanumérico

[10] Campo modificado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

27	Número de Entidades Pagadoras Declaradas o Ente pagador	Numérico
28	Modalidad de financiamiento de la Cotización Pactada	Numérico
29	Tipo de Relación con empleador	Numérico
30	Precio Base del Plan Contratado	Numérico
31	Sumatoria de factores de riesgos	Alfanumérico
32	Precio Plan Complementario	Numérico[11]
33	Prima Extraordinaria Ley 21.647[12]	Numérico
34	Diferencia fallo E. Corte Suprema	Numérico
35	Ajuste al 7%	Numérico
36	Total Prima Extraordinaria PPA	Numérico [13]

3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Período de Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el Formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.

[11] Campos 30, 31 y 32 agregados por Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[12] Campo agregado por CIF 467, de 9.5.24.
[13] Campos 34, 35 y 36 agregados por Circular IF/N°484 de 15.10.24

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
02	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.
03	RUN de la Persona Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona afiliada, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI). En caso que el Cotizante no tenga RUN por ser extranjero, deberá registrarse valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa. (campo 05). Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI) (provisorio o definitivo), deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN.[14] Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos:[15] ▪ El valorde este campo debe ser distinto al valor asignado al campo (05) Identificación alternativa Cotizante.

[14] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[15] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN de la persona cotizante (campo 03) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso que la persona cotizante no posea RUN, deberá registrarse valor X. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI) (provisorio o definitivo), deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN.[16] Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 03 (RUN del Cotizante), registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X.[17] ▪ Si el campo 03 (RUN del Cotizante), registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.[18]

[16] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023
[17] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023
[18] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
05	Identificación alternativa Cotizante	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona Cotizante, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 03), manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si al cotizante se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al cotizante nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero). ▪ Si el campo 03 (RUN de la persona Cotizante) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar un valor distinto de 0 (cero).[19]

[19] Agregado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
06	Fecha de suscripción del contrato	Corresponde al día, mes y año que da cuenta de la afiliación de una persona a una isapre en particular. Deberá obtenerse del FUN tipo 1. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. <u>Validadores Consistencia con otros campos</u>: ▪ El mes y año de este campo deberá ser menor o igual al valor del campo 01 (Periodo de Información).[20]
07	Tipo de suscripción	Corresponde a la identificación del medio por el cual se cursó la suscripción. Por ejemplo, manual, electrónicamente, huella dactilar, etc. Lo señalado, de acuerdo a los siguientes valores:[21] M: Manual E:Electrónica (empleando medios electrónicos) [22] O: Otro <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo alfabético. Valores Posibles: M, E y O.

[20] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[21] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[22] Según contenido y definiciones de la Circular IF N°147/2011.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
08	Fecha de inicio de vigencia de beneficios[23]	Corresponde al mes y año de inicio de vigencia de los beneficios del contrato de la persona cotizante. Esta información deberá obtenerse de la sección D "Antecedentes del Contrato" del respectivo FUN y deberá mantenerse actualizada en función del período que se informa. Los beneficios tendrán vigencia a contar del primer día del mes subsiguiente a la suscripción del contrato de salud, salvo pacto de vigencia anticipada del que se dejará constancia en el FUN tipo 1. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA = año y MM = mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.

[23] Campo modificado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
09	Tipo de trabajador	Corresponde a la calidad laboral o previsional en que se puede categorizar a la persona cotizante y que ha sido comunicada a la isapre. Lo señalado, de acuerdo al período que se informa. Dicha información deberá obtenerse de la sección B: "Antecedentes del Cotizante y su Grupo Familiar" del o los respectivos FUN. A efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: D: Dependiente I: Independiente P: Pensionado V: Voluntario C: Trabajador de casa particular[24] En la categoría "Trabajador de casa particular", la información deberá obtenerse de las bases de datos de la aseguradora.[25] En el caso que una persona detente más de una de las calidades señaladas, por ejemplo, Dependiente–Independiente (DI), Pensionado-Dependiente (PD), etc. se deberán informar en este campo multivalor, en el orden que establezca la aseguradora. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: D, I, P, V, C y las distintas combinaciones alfabéticas de las categorías definidas.

[24] Aún cuando no aparece en el FUN este requerimiento, es necesario informarlo por eliminación del archivo subsidio al empleo joven y así dar cumplimiento a consultas formuladas por el IPS de acuerdo a Ley N° 20.388. Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[25] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
10	Mes anualida	Corresponde a la identificación del mes de suscripción del contrato de salud, sin perjuicio de un posterior cambio del mes de anualidad, que eventualmente podrían acordar las partes contratantes. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MM, donde: MM = mes. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
11	Identificación única del plan	Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan de salud complementario informado, con el objeto de identificarlo de manera única. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o cero.
12	Tipo de Plan	Corresponde a la categoría individual o grupal del plan complementario informado. A efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: I = Individual G = Grupal C = Individual Compensado Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo alfabético. ▪ Valores posibles: I, G o C. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
13	Precio GES[26]	Corresponde al precio total en pesos que la isapre cobra por las Garantías Explícitas en Salud -asociado al período que se informa-. Para expresar en pesos el precio GES que se haya establecido en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. El precio GES que se informa es el que figura en el contrato del cotizante, no el precio GES determinado por la isapre para el correspondiente Decreto GES en el periodo reportado. Esto se debe a que dichos precios pueden ser distintos, como resultado de sentencias judiciales.[27] Se debe informar el valor total del grupo familiar. Debe obtenerse de la sección D del FUN o bien de la carta en que se informa la modificación del precio GES. Esta información debe registrarse siempre, incluso si el Cotizante tuvo un término de contrato y se encuentra en el último periodo de vigencia de beneficios.[28] <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre.

[26] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[27] Párrafos 2 y 3 incorporados por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[28] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
14	Precio CAEC	Corresponde al precio total en pesos que cobra la isapre -asociado al período que se informa- por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) otorgada al afiliado y a sus beneficiarios. Debe obtenerse de la sección D del FUN. Para expresar en pesos el Precio CAEC que se haya establecido en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Esta información debe registrarse siempre, incluso si el Cotizante tuvo un término de contrato y se encuentra en el último periodo de vigencia de beneficios.[29] Se debe informar cero (0) cuando la isapre no esté adherida al beneficio CAEC o cuando el Precio CAEC se encuentre incorporado dentro del Precio base del Plan (por lo que la sección D del FUN indica valor 0).[30] <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre.
15	Precio beneficio adicional	Corresponde al precio total en pesos -asociado al período que se informa- del o los beneficios adicionales contratados por el afiliado. Debe obtenerse de la sección D del FUN. Para expresar en pesos el Precio beneficio adicional que se haya establecido en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Esta información debe registrarse siempre, incluso si el Cotizante tuvo un término de contrato y se encuentra en el último periodo de vigencia de beneficios.[31] Se debe informar cero (0) en el caso de afiliados sin beneficio adicional. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre.

[29] Párrafos 2 y 3 incorporados por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[30] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[31] Párrafos 2 y 3 incorporados por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
16	Cotización Pactada	Corresponde al monto total en pesos pactado -asociado al período que se informa- y que está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES, el precio CAEC, el precio de los beneficios adicionales, la Prima Extraordinaria de la Ley 21.647, la Diferencia Fallo E. Corte Suprema, el Ajuste al 7% Ley 21.674 y la Prima Extraordinaria de la Ley 21.674 (PPA). Debe obtenerse de la sección D del FUN.[32] Para expresar en pesos el precio de la Cotización Pactada que se haya establecido en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa.[33] En el caso que la cotización pactada esté expresada al 7%, se deberá informar el monto equivalente en pesos de acuerdo a los datos vigentes en el sistema (en base a Renta Imponible registrada en sistemas de la Isapre).[34] Esta información debe registrarse siempre, incluso si el Cotizante tuvo un término de contrato y se encuentra en el último periodo de vigencia de beneficios. Asimismo, debe registrarse independiente si la Cotización fue o no pagada por el empleador.[35] <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Debe ser mayor a cero.[36]

[32] Modificado por Circular IF/N°484 de 15 de octubre de 2024
[33] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[34] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[35] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[36] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
17	Cotización total a pagar	Corresponde al monto total en pesos -asociado al período que se informa- que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en el FUN. En caso de que exista más de un empleador, corresponde a la suma de las cotizaciones a descontar.[37] Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser menor al total de la cotización pactada, cuando se está recibiendo la compensación de otro afiliado; o mayor al total de la cotización pactada, cuando se está compensando otro contrato. Para expresar en pesos la Cotización a pagar que se haya establecido en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa.[38] En el caso que la cotización pactada esté expresada al 7%, se deberá informar el monto equivalente en pesos de acuerdo a los datos vigentes en el sistema (en base a Renta Imponible registrada en sistemas de la Isapre).[39] Esta información debe registrarse siempre, incluso si el Cotizante tuvo un término de contrato y se encuentra en el último periodo de vigencia de beneficios. Asimismo, debe registrarse independiente si la Cotización fue o no pagada por el empleador.[40] <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

[37] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[38] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[39] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[40] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
18	Fecha último movimiento	Corresponde a la fecha del último movimiento que ha tenido el cotizante en su contrato, pudiendo corresponder a cualquiera de las situaciones previstas en el FUN o la fecha que conste en la carta de desafiliación, en aquellos casos que el último movimiento sea la desafiliación voluntaria (desahucio) o por mutuo acuerdo[41]. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.

[41] Modificado por Resolución Exenta IF/N°2274, de 12 de septiembre de 2023.

19	Tipo movimiento	Corresponde al código del último movimiento que efectúa la Isapre en relación al mes que se informa, ya sea en virtud de una suscripción, modificación, desahucio de contrato, etc. Debe obtenerse de la sección A del FUN. Por ejemplo, si se generan dos movimientos durante el mes de abril de 20X1, esto es, el 05/04/20X1 un FUN 7 y el 16/04/20X1 un FUN 8-9-4, la isapre deberá informar en el archivo correspondiente a dicho mes, el movimiento contractual correspondiente al 16/04/20X1 por tratarse del último movimiento. Por otra parte, si el último movimiento contractual asociado a un cotizante corresponde a un FUN tipo 8 - 4, cursado en enero de 20X1 y el período a informar corresponde a mayo 20X1, se deberá informar 0 (cero) como último movimiento correspondiente al mes que se informa. En caso de que el último movimiento que efectúa la Isapre en relación al mes que se informa sea la desafiliación voluntaria (desahucio) o por mutuo acuerdo, la isapre deberá informar ese movimiento con el valor 2.[42] Los valores posibles para los movimientos son: 0 = Sin movimientos en el mes informado. 1 = Suscripción del Contrato. 2 = Término de Contrato (por cualquier causal).[43] 3 = Situaciones especiales. 4 = Sustitución, Adición o Eliminación del empleador, Cambio de situación laboral o previsional del cotizante. 5 = Cambio de fecha para contabilizar los períodos anuales. 6 = Variación del Precio por cambio del tramo de edad. 7=Modificación del tipo de beneficiario y/o rectificación e incorporación de antecedentes del beneficiario. 8 = Modificación de la cotización pactada. 9 = Cambio de Plan. En el caso que los valores posibles sean más de una combinación de las categorías señaladas, se deberán informar en este campo multivalor, en el orden que establezca la aseguradora.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0,1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 o 9 y distintas combinaciones de las categorías definidas. ▪ Debe informarse siempre.
20	Renuncia al excedente	En este campo corresponde indicar, si el afiliado(a), renunció a los excedentes de cotización en aquellos casos contemplados en la normativa vigente (financiamiento de beneficios adicionales de los planes compensados, planes grupales o celebrados con isapres cerradas) o bien, en los casos cuyos contratos son anteriores a la dictación de la Ley N°20.317 y cuyos afiliados/as aún no se han retractado de la renuncia al excedente. Los valores posibles para este campo son: 1 = SÍ 2 = NO En aquellos casos en que se ha firmado la revocación de la renuncia de excedentes, se deberá informar el valor 2 (NO). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1 ó 2. ▪ Debe informarse siempre.

[42] Párrafo incorporado por Resolución Exenta IF/N°2274, de 12 de septiembre de 2023.
[43] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
21	Beneficio CAEC	Corresponde informar si el afiliado y sus beneficiarios, individualizados en el Formulario Único de Notificación (FUN), poseen el Beneficio Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) a la fecha que se informa. Los valores posibles para este campo son: 1 = SÍ 2 = NO Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1 ó 2. ▪ Debe informarse siempre.
22	Fecha término contrato	Corresponde a la fecha en que se pone término al Contrato de Salud, ya sea por incumplimiento de las obligaciones contractuales, desahucio o desafiliación de la isapre, muerte del afiliado, o bien pérdida de la relación laboral (art. 200 del DFL N°1). Debe obtenerse del FUN 2 o bien de la carta de desafiliación. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año. En caso de no haberse puesto término de contrato deberá informarse 01011800. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
23	Fecha término de beneficios	Corresponde a la fecha en que se da término al otorgamiento de beneficios pactados. Lo anterior, independientemente de si se trata de la fecha del último día del mes siguiente al mes en que se realizó la comunicación del término de contrato, o bien al período de término de vigencia de beneficios considerando las extensiones contempladas en la Ley. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año. En caso de no haberse puesto término al otorgamiento de beneficios deberá informarse 01011800. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. <u>Validadores Consistencia con otros campos:</u>[44] ▪ Si en el campo 22 (Fecha término de contrato) se informa un valor distinto a 01011800, en este campo también se debe registrar un valor distinto de 01011800. ▪ Si en el campo 22 (Fecha término de contrato) se informa un valor igual a 01011800, en este campo se debe registrar el mismo valor.

[44] Incorporados por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

24	Causa término contrato	Corresponde a la causa contemplada en la ley por la que se pone término al contrato de salud ya sea por parte del afiliado(a) o la Institución Aseguradora. Los valores posibles a informar son: 0 = No Aplica término de contrato. 1 = Desahucio Voluntario. 2 = Desahucio por parte de la Isapre de acuerdo a lo siguiente: 21= Por falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud. 22= Por no pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes. 23= Por impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan. 24= Por omitir del contrato a algún familiar beneficiario. 25= Por pérdida de la relación laboral cuando constituya una condición esencial para pertenecer a la Isapre. 26= Por fallecimiento del afiliado. 3 = Desahucio por Mutuo Acuerdo. En caso que no se haya puesto término al contrato de salud en el periodo que se informa, deberá informarse el valor 0 (No Aplica término de contrato). <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 21, 22, 23, 24, 25, 26 ó 3. ▪ Debe informarse siempre <u>Validadores Consistencia con otros campos:</u>[45] ▪ Si en el campo 19 (Tipo movimiento) se informa valor 2 (Término de Contrato), en este campo se debe registrar un valor distinto de 0 (cero). ▪ Si en el campo 19 (Tipo movimiento) se informa un valor distinto de 2 (Término de Contrato), en este campo se debe registrar valor 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Si en este campo se registra el valor 22 (Por no pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes), el campo 09 (Tipo de trabajador) debe contener los valores D o I.
25	RUT del Agente de Ventas	Corresponde al Rut del Agente de Ventas asociado al último movimiento registrado. Si no ha habido participación de Agente de Ventas en el movimiento efectuado, o bien no se cuenta con este dato dada la antigüedad del registro, debe informarse cero (0). <u>Validadores Técnicos de campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles.

[45] Incorporados por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
26	DV del RUT del Agente Ventas	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número informado del RUT del Agente de Ventas (campo 25). Si no corresponde informar el Rut del agente de ventas, por las circunstancias señaladas en el campo (25), deberá registrarse una X. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K o X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia: ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en este campo con lo informado en el campo (25) RUT del Agente Ventas por medio de la rutina Módulo 11, si el campo 25 registra valor distinto de 0 (cero). Validadores Consistencia con otros campos:[46] ▪ Si el campo 25 (RUT del Agente de Ventas), registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 25 (RUT del Agente de Ventas), registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11

[46] Incorporados por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
27	Número de Entidades Pagadoras Declaradas o ente pagador	Corresponde indicar el número total de entidades declaradas formalmente que concurren al pago de la cotización, en relación al período en que se informa. Debe obtenerse de la sección C del FUN. En este campo también corresponderá informar al cotizante voluntario o independiente como ente pagador. Esta información debe registrarse siempre, incluso si el Cotizante tuvo un término de contrato y se encuentra en el último periodo de vigencia de beneficios.[47] Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor que 0.

[47] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
28	Modalidad de financiamiento de la Cotización Pactada	Corresponde a la unidad en que se encuentra expresada la cotización pactada. Debe obtenerse de la sección D del FUN. Campo de tipo numérico, con valor 1, 2 y 3, según corresponda, donde: 1 =U.F. 2 = $ 3 = 7 % En el caso que existan combinaciones que incluyan más de una de las categorizaciones señaladas, por ejemplo 7%+UF, $+UF, etc., se deberán informar en este campo multivalor, en el orden que establezca la aseguradora. *La posibilidad de registrar combinaciones de categorización se permite para informar los precios GES, CAEC y beneficios adicionales. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3 y las distintas combinaciones numéricas posibles.[48] ▪ Debe informarse siempre.

[48] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
29	Tipo de Relación con empleador	Corresponde informar -sólo cuando se trate de isapres cerradas- el código del tipo de relación que el cotizante tiene con el empleador. Los valores posibles son: 0 = No aplica (isapre abierta). 1 = Activo; trabajador perteneciente a la empresa que constituyó la isapre. 2 = Pensionado; ex trabajador de la empresa que constituyó la isapre. 3 = Individual; trabajador con contrato vigente en un plan individual y que no trabaja en la empresa que constituyó la isapre. 4 = Grupal o Individual compensado (matrimonial); trabajador con contrato vigente en un plan grupal y que no trabaja en la empresa que constituyó la isapre. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3 ó 4. Validadores Consistencia con otros campos:[49] ▪ Si la isapre que informa es de tipo abierta, este campo debe registrar valor 0 (cero). ▪ Si la isapre que informa es de tipo cerrada, este campo de registrar valor 1, 2, 3 ó 4.

[49] Incorporados por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
30[50]	Precio Base del Plan Contratado	Corresponde al precio base que el o la cotizante tiene asignado para el plan de salud contratado en el período que se informa, expresado en UF utilizando un máximo de dos decimales. Debe informarse el precio base que el o la cotizante tiene vigente en su contrato y no el precio base actual del plan, en el período que se informa[51]. Se obtiene de la Sección D del FUN tipo 1 o 9, según corresponda. Para expresar en UF el precio base de un plan de salud cuyo precio se encuentre establecido en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Se informa con valor 0 (cero) si el precio del plan contratado se encuentra expresado al 7% de la renta imponible. Validadores Técnicos: ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.

[50] Campo insertado por Circular IF N° 423, de 2 de febrero de 2023.
[51] Producto de los fallos de las Cortes y de esta Superintendencia en respuesta a los reclamos que pudieron haber presentado algunos cotizantes en contra de los sucesivos procesos de adecuación, el precio base vigente para el plan de salud contratado puede ser distinto del precio base actual del plan de salud en el período que se informa.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
31[52]	Sumatoria Factores de Riesgo	Corresponde a la suma de los factores de riesgo que las personas beneficiarias del contrato vinculado al o la cotizante, tienen asignados en el período que se informa. Este valor corresponde a la suma de los factores de riesgo que la Isapre se encuentra utilizando en el respectivo contrato de salud en el periodo que se informa (que podría ser distinto a los factores asociados a la edad actual de las personas del contrato).[53] Este valor se obtiene de la sección D del FUN tipo 1, 6, 7 o 9 según corresponda. Se informa con valor Z si el precio del plan contratado se encuentra expresado al 7% de la renta imponible o si no tiene una tabla de factores vinculada. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo alfanumérico ▪ Si el valor es numérico, se informa con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. ▪ Debe informarse siempre.

[52] Campo insertado por Circular IF N° 423, de 2 de febrero de 2023.
[53] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
32[54]	Precio Plan Complementario	Corresponde al precio total en pesos -asociado al período que se informa- que la Isapre cobra por el Plan Complementario de Salud, el que corresponde al resultado de la multiplicación del valor del Precio Base del Plan Contratado (campo 30) por el Factor de Riesgo del Grupo Familiar campo (31). Se obtiene de la sección D del FUN. Debe informarse el valor en pesos, considerando el precio base y factor del grupo familiar que la isapre se encuentra utilizando en el respectivo contrato de salud en el periodo que se informa, los que podrían ser distintos al precio base actual del plan y/o a los factores de riesgo asociados a la edad actual de las personas del contrato, producto de fallos de las Cortes y/o de esta Superintendencia. Para expresar en pesos el Precio Plan Complementario que se haya establecido en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Se informará con valor 0 (cero) si el precio del plan contratado se encuentra expresado al 7% de la renta imponible. <u>Validadores técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Debe ser mayor o igual a 0 (cero).

[54] Incorporado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

33[55]	Total Prima Extraordinaria Ley 21.647	Corresponde al monto total en pesos, que cobra la isapre por contrato -asociado al periodo que se informa- por el valor extraordinario en UF que se aplica conforme a la Ley 21.647. Debe informarse el monto total del grupo familiar y debe obtenerse de la sección D del FUN. Cabe mencionar que este valor extraordinario se cobra mensualmente a todos los precios finales de los contratos vigentes, por cada persona beneficiaria de edad mayor o igual a dos años y menor de 65 años, adscrita a planes individuales o grupales, que tengan tabla de factores y que su modalidad de financiamiento del plan no sea al 7%, a fin de financiar las cargas nonatas o menores de dos años, por las cuales no se produce dicho cobro. Para expresar en pesos este monto total fijado en Unidades de Fomento (UF), se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Se debe informar cero (0) en el caso de personas cotizantes a quienes no les corresponda pagar la Prima Extraordinaria Ley 21.647. Por ejemplo, en el caso de que la Isapre no cobre la prima extraordinaria, o en el caso de que ningún integrante del contrato cumpla con el requisito de edad establecido en la ley, o en el caso de que el contrato se haya suscrito en un período posterior a marzo 2024. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin decimales. • Debe informarse siempre. <u>Validadores de Consistencia del campo:</u> • El valor que se informe debe ser igual a la suma de los valores individuales informados en el campo 23 “Prima Extraordinaria individual Ley 21.647” del Archivo Maestro de Beneficiarios, para cada Cotizante.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		• Si el campo 06 (Fecha de suscripción del contrato) es mayor a 31032024, este campo debe registrar valor 0 (cero). • Si el campo 28 (Modalidad de financiamiento de la cotización pactada) es igual a 3, este campo debe registrar valor 0 (cero).
34 [56]	Diferencia Fallo E. Corte Suprema	Corresponde al monto en pesos asociado a la diferencia negativa que se produce cuando el precio del Plan Complementario -que resulta de la aplicación de la Tabla de Factores Única- es superior al precio que el Cotizante tenía anteriormente, en virtud de lo señalado en la Ley 21.674. Debe obtenerse de la sección D del FUN. Para expresar en pesos el monto que se haya establecido en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Se informará valor 0 (cero) si luego de la aplicación de la Tabla de Factores Única se obtiene un Precio del Plan Complementario igual o menor al que el Cotizante tenía anteriormente; si el precio del Plan contratado por el Cotizante ya consideraba la Tabla de Factores Única (por lo que no se realizó la adecuación a la TFU) o si el precio del Plan contratado del Cotizante se encuentra expresado al 7% de la Renta Imponible. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Debe informarse un valor igual o menor a 0 (cero). <u>Validadores de consistencia del campo:</u> ▪ Si el campo 28 (Modalidad de financiamiento de la Cotización Pactada) es informado con valor 3, este campo debe informarse con valor 0 (cero).

[55] Campo insertado por CIF 467, de 9.5.24.
[56] Campos 34, 35 y 36 insertados por Crcular IF/N°484 de 15.10.24

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
35	Ajuste al 7%	Corresponde al monto en pesos que la Isapre cobra por contrato, asociado al periodo que se informa, en virtud del ajuste efectuado de la Cotización Pactada del Contrato a la Cotización Legal Obligatoria, según lo establecido en la Ley 21.674. Debe obtenerse de la sección D del FUN. Para expresar en pesos el monto que se haya establecido en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Se informará valor 0 (cero) si luego de la aplicación de la Tabla de Factores Única el monto de Cotización Pactada es igual o superior a la Cotización Legal determinada conforme a lo establecido en la Ley 21.674 o en otras situaciones en que no corresponda aplicar el ajuste al 7%. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Debe informarse un valor igual o mayor a 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
36	Total Prima Extraordinaria PPA	Corresponde al monto total en pesos que la Isapre cobra por contrato, por la prima extraordinaria por beneficiario establecida en el artículo 3° de la Ley 21.674, asociado al periodo que se informa. Debe informarse el monto total del grupo familiar y debe obtenerse de la sección D del FUN. Para expresar en pesos el monto que se haya establecido en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Se informará valor 0 (cero) si el contrato fue suscrito en un período posterior a la fijación de la prima; si la isapre decidió no aplicar una prima extraordinaria por beneficiario o en otras situaciones en que no corresponda el cobro de dicha prima. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Debe informarse un valor igual o mayor a 0 (cero). <u>Validadores de consistencia del campo:</u> ▪ El valor que se informe debe ser igual a la suma de los valores individuales informados en el campo 24 “Prima Extraordinaria PPA Individual” del Archivo Maestro de Cotizantes y Cargas de Isapres, para cada Cotizante.

4. Validadores Adicionales de Consistencia

4.1. Consistencia con el mismo archivo

- Se validará que la combinación de campos (03) RUN de la Persona Cotizante; (05) Identificación Alternativa cotizante, (06) Fecha de suscripción del contrato y (11) Identificación única del plan, sea única.

- Para los planes con modalidad de financiamiento al 7% se validará que la suma de los campos (13) Precio GES, (14) Precio CAEC y (15) Precio beneficio adicional, no sea mayor al campo (16) Cotización Pactada.[57]

[57] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

- Para los planes con modalidad de financiamiento en UF se validará que la suma de los campos (13) Precio GES, (14) Precio CAEC, (15) Precio beneficio adicional, (32) Precio Plan Complementario, (33) Total Prima Extraordinaria Ley 21.647, (34) Diferencia Fallo E. Corte Suprema, (35) Ajuste al 7% y (36) Total Prima Extraordinaria PPA, sea igual al campo (16) Cotización Pactada.[58]

- Si el campo (19) Tipo movimiento registra valor 2 "Término de Contrato", entonces los campos (22) Fecha Término Contrato, (23) Fecha Término de beneficios y (24) Causa término contrato, deberán consignar valores.[59]

4.2. Consistencia con otros archivos

- Se verificará que el campo (11) Identificación Única del Plan, dependiendo del período de que se trate, sea consistente con el campo (03) Identificación Única del Plan del Archivo Maestro de Planes, contenido en el Título III "Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas" del Capítulo II "Archivos Maestros" del Compendio de Información o el que lo reemplace.
- Se verificará que lo informado en el campo (12) Tipo de Plan, dependiendo del período que se trate, sea consistente con los valores I= Individual y G= Grupal del Archivo Maestro de Planes citado precedentemente, para el plan asociado al registro que se informa.

4.3. Representatividad de valores por campo

Se definirá del total de registros informados en el período, un mínimo de representatividad aceptable respecto de los campos que se detallan a continuación.

Los valores mínimos de representatividad serán calculados en relación a la información histórica reportada por la Isapre. Los registros serán validados de acuerdo a dichos porcentajes.[60]

- Para el campo (09) Tipo de Trabajador se validarán los valores posibles: como D: Dependiente, I: Independiente, P: Pensionado y V: Voluntario.[61]

- Para el campo (07) Tipo de suscripción se validarán los valores posibles: M: Manual y E: Electrónica.[62]

---

[58] Modificado por Circular IF/N°484 de 15 de octubre de 2024.
[59] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[60] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[61] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[62] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

- Para el campo (12) Tipo de Plan se validarán los valores posibles: I: Individual, G: Grupal y C: Individual Compensado.[63]

- Para el campo (20) Renuncia al excedente se validarán los valores posibles: 1: Si y 2: No.[64]

- Para el campo (24) Causa Término Contrato se validarán los valores posibles: 1: Desahucio Voluntario, 2: Desahucio por parte de la isapre y 3: Desahucio por mutuo acuerdo.[65]

- Para el campo (24) Causa Término Contrato, categoría 2 “Desahucio por parte de la Isapre”, se validarán los valores posibles:[66]

  21= Por falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud
  22= Por no pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes.
  23= Por impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan.
  24= Por omitir del contrato a algún familiar beneficiario.
  25= Por pérdida de la relación laboral cuando constituya una condición esencial para pertenecer a la Isapre.
  26= Por fallecimiento del afiliado.

- El número de suscripciones como desahucios informados, independientemente de la causal de término de contrato.[67]

[63] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[64] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[65] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[66] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.
[67] Modificado por la Circular IF/N°440, de 04 de agosto de 2023.

Título II: Cotizantes y Cargas de Isapres[68]

Este archivo contiene los datos correspondientes a la cartera de cotizantes y cargas de una isapre.

1. Características Generales del Archivo Maestro.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Archivo de Cotizantes y Cargas de Isapres.
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 065
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	Este archivo contiene los datos que la isapre mantiene respecto a la cartera de cotizantes y cargas de una isapre, al último día o fecha de cierre del mes que se informa, independientemente del número de movimientos que se hayan registrado en dicho mes. La información que se entregue comprenderá a todos los cotizantes y cargas con contrato vigente (suscrito), tengan o no beneficios vigentes en el período que se informa[69].
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del archivo corresponderá a los datos personales y características demográficas de la cartera, desagregados por cotizante y/o carga y que deriven de un contrato vigente o cuyos beneficios entrarán en vigencia en el periodo informado.
Período de la información contenida en el Archivo	La información que se entregue comprenderá a todos

[68] Título y archivo reemplazado por la Circular IF/N° 159, de 12 de octubre de 2011.
[69] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	los cotizantes y cargas con contrato vigente (suscrito), tengan o no beneficios vigentes en el período que se informa.[70]
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.[71]
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, a más tardar el día 10 del mes siguiente al que se informa[72].
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar los datos de todos los[73] cotizantes y cargas que registre la Isapre al último día del mes que se informa.

2. Estructura del Archivo Maestro.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Periodo de Información	Numérico
02	Código de la Aseguradora	Numérico
03	RUN de la persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la persona Cotizante	Alfanumérico
05	Identificación alternativa cotizante	Alfanumérico
06	RUN del Beneficiario	Numérico
07	DV del RUN del Beneficiario	Alfanumérico
08	Identificación alternativa beneficiario	Alfanumérico
09	Primer Apellido del Beneficiario[74]	Alfabético
10	Segundo Apellido del Beneficiario[75]	Alfabético
11	Nombres del Beneficiario	Alfabético
12	Fecha Nacimiento Beneficiario	Numérico

[70] Descripción reemplazada por la Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023.
[71] Descripción modificada por la Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023
[72] Descripción modificada por la Circular IF/Nº398, de 29 de noviembre de 2021.
[73] Descripción modificada por la Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023.
[74] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.
[75] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

13	Fecha Fallecimiento del Cotizante	Numérico
14	Sexo del Beneficiario	Alfabético
15	Estado Civil del Cotizante	Numérico
16	Nacionalidad del Cotizante	Numérico
17	Comuna del Cotizante	Numérico
18	Región del Cotizante	Numérico
19	Código de Relación	Numérico
20	Tipo Beneficiario	Numérico
21	Estado de Vigencia[76]	Alfabético
22	Factor de Riesgo de la Persona Beneficiaria	Alfanumérico[77]
23	Prima Extraordinaria individual Ley 21.647[78]	
24	Prima Extraordinaria PPA Individual [79]	

[76] Campo incorporado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.
[77] Campo incorporado por la Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023
[78] Campo 23, agregado por CIF 467, de 9.5.24
[79] Campo 24 agregado por CIF 484, de 15.10.24.

3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
01	Periodo de Información	Corresponde al mes y año al que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre no podrá ser distinto al mes y año que se informa.
02	Código de la 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.
03	RUN de la persona Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) del afiliado, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI). En caso que el Cotizante no tenga RUN por ser extranjero, deberá registrarse valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa. (campo 05). Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI) (provisorio o definitivo)[80], deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN.

[80] Modificado por Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos:[81] ▪ El valor de este campo debe ser distinto al valor asignado al campo (05) Identificación alternativa Cotizante
04	DV del RUN de la persona Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante (campo 3) aplicando la rutina denominada Módulo 11. Debe obtenerse desde la sección B del F.U.N. En caso que la persona Cotizante no tenga RUN, deberá informarse en este campo el valor X.[82] Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN entregado por el Servicio de Registro Civile Identificación (SRCel) (provisorio o definitivo), deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN.[83] Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X.[84] ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos:[85] ▪ Si el campo 03 (RUN de la persona Cotizante) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 03 (RUN de la persona Cotizante) registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.

[81] Validador incorporado por la Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023.
[82] Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023.
[83] Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023.
[84] Valores modificados por la Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023.
[85] Validadores modificados por la Circular IF/N° 439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
05	Identificación alternativa Cotizante	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona Cotizante, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 03), manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si al cotizante se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al cotizante nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero). ▪ Si el campo 03 (RUN de la persona Cotizante) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar un valor distinto de 0 (cero).[86]
06	RUN del Beneficiario	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) del beneficiario, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI)[87].

[86] Validador agregado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[87] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		Cuando el RUN del Beneficiario corresponda al RUN del cotizante, el valor del campo debe ser el mismo valor que el RUN del cotizante. En caso de aquellos beneficiarios que no posean RUN (extranjeros o Nonatos[88]), deberá informarse en este campo el valor 0 (cero). Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel) (provisorio o definitivo),[89] deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN. Debe obtenerse desde la sección B del F.U.N. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos:[90] ▪ Si el campo 19 (Código de Relación) registra valor O(Cotizante), este campo debe registrar un valor igual al campo (03) RUN de la persona Cotizante. ▪ El valor de este campo debe ser distinto al valor asignado al campo 08 (Identificación alternativa beneficiario)."
07	DV del RUN del Beneficiario	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario (campo 06) aplicando la rutina denominada Módulo 11.

[88] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[89] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[90] Validadores modificados por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		En caso de aquellos beneficiarios que no posean RUN (incluidos los Nonatos), deberá informarse en este campo el valor X. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI) (provisorio o definitivo),[91] deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN. Debe obtenerse desde la sección B del F.U.N. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X.[92] ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 06 (RUN del Beneficiario[93]) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 06 (RUN del Beneficiario)[94] registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
08	Identificación alternativa beneficiario	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona beneficiaria, en los casos en que ésta no tenga RUN[95]. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. Esta Identificación debe asignarse en todos los casos en que el beneficiario no tenga RUN, incluidos los beneficiarios Nonatos[96].

[91] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[92] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[93] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[94] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[95] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[96] Párrafo agregado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 06), manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Beneficiario nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Cuando la Identificación alternativa del Beneficiario corresponda a la del cotizante, el valor de este campo debe ser el mismo que el del cotizante (campo 05).[97] Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si al beneficiario se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al beneficiario nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero). ▪ Si el campo 06 (RUN del Beneficiario) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar un valor distinto de 0 (cero).[98] ▪ Si el campo 19 (Código de Relación) registra valor 0 (Cotizante), este campo debe registrar

[97] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[98] Validador incorporado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		un valor igual al campo (05) Identificación alternativa Cotizante.[99]
09	Primer Apellido del Beneficiario[100]	Corresponde al primer apellido del beneficiario que la aseguradora tiene registrado. Debe obtenerse de la sección B del FUN.[101] Para beneficiarios Nonatos debe informarse un valor X, a menos que se cuente con este dato. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <u>Validadores Consistencia con otros campos:</u> ▪ Si el beneficiario es Nonato se validará su consistencia con lo informado en el campo sexo del beneficiario, cuyo valor deber ser X.
10	Segundo Apellido del Beneficiario[102]	Corresponde al segundo apellido del beneficiario que la aseguradora tiene registrado. Debe obtenerse de la sección B del FUN.[103] Para beneficiarios Nonatos debe informarse un valor X, a menos que se cuente con este dato. De tratarse de situaciones especiales y diferentes a los Nonatos, se aceptará cero (0) en aquellos casos que no se registre segundo apellido.[104]

[99] Validador incorporado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[100] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.
[101] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.
[102] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.
[103] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.
[104] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: Si el beneficiario es Nonato se validará su consistencia con lo informado en el campo sexo del beneficiario, cuyo valor deber ser X.
11	Nombres del Beneficiario	Corresponde al o los nombres del beneficiario que la aseguradora tiene registrado. Debe obtenerse de la sección B del FUN. Para beneficiarios Nonatos debe informarse un valor X. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: Si el beneficiario es Nonato se validará su consistencia con lo informado en el campo sexo del beneficiario, cuyo valor deber ser X.
12	Fecha Nacimiento Beneficiario	Corresponde a la fecha de nacimiento del beneficiario. Debe obtenerse de la sección B del FUN correspondiente. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía. ▪ En caso de beneficiario Nonato deberá informarse 01011800.
13	Fecha Fallecimiento del Cotizante	Corresponde a la fecha de fallecimiento del Cotizante. Debe informarse cuando la aseguradora tome conocimiento del fallecimiento del cotizante o beneficiario. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No podrá ser menor a la fecha de nacimiento del beneficiario (campo 12)[105]. ▪ No podrá ser mayor a la fecha que se está informando. ▪ En el caso de no conocer la fecha de fallecimiento del cotizante o bien no se haya producido el fallecimiento de este último, se deberá informar en el campo el valor 01011800. ▪ También corresponderá informar valor 01011800 cuando el registro que se informe corresponda a una carga (Campo 19 (Código Relación) con valor distinto de 0 (Cotizante).[106]
14	Sexo del Beneficiario	Corresponde a la identificación del sexo del beneficiario. Debe obtenerse de la sección B del FUN. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación: F = Femenino

[105] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[106] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		M = Masculino X = Carga Nonato Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: F, M, X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos[107]: ▪ Cuando se informe valor “X”, el valor del campo Código de Relación (19) debe ser distinto del valor 0 (Cotizante). ▪ Si el campo 12 (Fecha Nacimiento Beneficiario) registra valor 01011800, este campo debe registrar valor "X".[108] ▪ Si el campo 12 (Fecha Nacimiento Beneficiario) registra valor distinto a 01011800, este campo debe registrar valor "F" o "M".[109]
15	Estado Civil del Cotizante	Corresponde al estado civil del cotizante. La aseguradora debe informarlo siempre que posea la información. Los valores posibles son: 0 = Sin Información 1 = Casada (o) 2 = Soltera (o) 3 = Divorciada (o) 4 = Viuda (o) 5 = Conviviente Civil[110]. En caso que el registro que se informe corresponda a una carga deberá informarse el valor 0.

[107] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[108] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[109] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[110] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4 ó 5.[111] ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos:[112] ▪ Si el campo 19 (Código Relación) registra valor 0 (Cotizante), este campo debe registrar valor 0, 1, 2, 3, 4 ó 5. ▪ Si el campo 19 (Código Relación) registra valor distinto a 0 (Cotizante), este campo debe registrar valor 0 (Sin Información).
16	Nacionalidad del Cotizante	Corresponde a la nacionalidad del cotizante. La aseguradora debe informarla siempre que posea la información. Los valores posibles son: 0 = Sin Información 1 = Chilena 2 = Extranjera En caso que el registro que se informe corresponda a una carga deberá informarse el valor 0. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 0, 1 ó 2. Validadores Consistencia con otros campos:[113] ▪ Si el campo 19 (Código Relación) registra valor 0 (Cotizante), este campo debe registrar valor 0, 1 ó 2. ▪ Si el campo 19 (Código Relación) registra valor distinto a 0 (Cotizante), este campo debe registrar valor 0 (Sin Información)

[111] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[112] Incorporados por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[113] Incorporados por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
17	Comuna del Cotizante	Corresponde a la comuna informada por el titular del contrato y debe obtenerse de la sección B del FUN correspondiente. Si el afiliado efectuó un cambio de domicilio (independiente de la vía por la cual efectuó esta modificación), la Isapre deberá actualizar la información de este campo.[114] En caso que el registro que se informe corresponda a una carga, deberá informarse el mismo valor del cotizante del contrato respectivo.[115] Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe registrarse según los códigos dispuestos y vigentes por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). ▪ Será validado según lo informado en el campo 18 (Región del Beneficiario). ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos:[116] ▪ Si el campo 19 (CódigoRelación) registra valor distinto de 0 (Cotizante), este campo debe registrar el mismo valor asignado al Cotizante del Contrato.
18	Región del Cotizante	Corresponde a la región informada por el titular del contrato y debe obtenerse de la sección B del FUN correspondiente. Si el afiliado efectuó un cambio de domicilio (independiente de la vía por la cual efectuó esta modificación), la Isapre deberá actualizar la información de este campo.[117] En caso que el registro que se informe corresponda a una carga, deberá informarse el mismo valor del cotizante del contrato respectivo.[118] Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico.

[114] Incorporado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

[115] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[116] Incorporados por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[117] Incorporado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[118] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		▪ Debe registrarse según los códigos dispuestos y vigentes por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos:[119] ▪ Si el campo 19 (Código Relación) registra valor distinto de 0 (Cotizante), este campo debe registrar el mismo valor asignado al Cotizante del Contrato.
19	Código de Relación	Identifica el parentesco del afiliado con cada una de sus cargas beneficiarias. Debe obtenerse de la sección B "Identificación de los Beneficiarios" del FUN. Para efectos de informar a la Superintendencia los valores posibles son: 0 = Cotizante 1 = Cónyuge 2 = Persona Progenitora 1[120] 3 = Persona Progenitora 2[121] 4 = Hijo 5 = Otros 6= Conviviente Civil[122] Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles son: 0, 1, 2, 3, 4, 5 ó 6. Validadores Consistencia con otros campos:[123] ▪ Si el campo 20 (Tipo Beneficiario) registra valor 1 (Cotizante Titular), este campo debe registrar valor "0".

[119] Incorporados por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[120] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.
[121] Modificado por Circular IF/N°477, de 05/08/2024.
[122] Incorporado por Circular IF N° 250, de 2015
[123] Incorporados por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		▪ Si el campo 20 (Tipo Beneficiario) registra valor distinto de 1 (Cotizante Titular), este campo debe registrar valor distinto de "0".
20	Tipo Beneficiario	Corresponde a la categorización que se da al beneficiario que se informa. Debe obtenerse de las secciones A y B del FUN. Para efectos de informar a la Superintendencia los valores posibles son: 1 = Cotizante titular 2 = Beneficiario Cotizante. 3 = Carga Legal 4 = Carga Médica En el caso que los valores posibles sean más de una combinación de las categorías señaladas, como podría ocurrir en la situación del beneficiario cotizante, se deberán informar en este campo multivalor, en el orden que establezca la aseguradora. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3, 4. y las distintas combinaciones numéricas de las categorías definidas. Validadores Consistencia con otros campos:[124] ▪ Si el campo 19 (Código de Relación) registra valor 0 (Cotizante), este campo debe registrar valor "1". ▪ Si el campo 19 (Código de Relación) registra valor distinto de 0 (Cotizante), este campo debe registrar valor distinto de "1".
21	Estado de Vigencia[125]	Corresponde a la situación de vigencia de beneficios de la persona beneficiaria, de acuerdo a

[124] Incorporados por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[125] Campo incorporado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		la información que se encuentra registrada en la base de datos de la isapre y respecto del último FUN vigente que posea la Institución de salud al período que se informa. Lo señalado, de acuerdo a los siguientes valores: S: Sí **(cuando el beneficiario tiene vigencia de beneficios)** N: No **(cuando el beneficiario aún no tiene vigencia de beneficios)** <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: S y N.[126] ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
22[127]	Factor de Riesgo de la Persona Beneficiaria	Corresponde al factor de riesgo que la persona beneficiaria tiene asignado en el período que se informa según la tabla de factores vinculada al plan de salud al que se encuentra adscrita. Este valor corresponde al factor de riesgo que la Isapre se encuentra utilizando en el respectivo contrato de salud en el periodo que se informa (y que podría ser distinto al factor asociado a la edad de la persona, por fallos de las Cortes y/o de esta Superintendencia).[128] Se informa con valor Z si el plan contratado no tiene una tabla de factores vinculada. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo alfanumérico.

[126] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[127] Campo insertado por Circular IF N° 423, de 2 de febrero de 2023.
[128] Incorporado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		▪ Si el valor es numérico, se informa con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. ▪ Debe informarse siempre.
23[129]	Prima Extraordinaria individual Ley 21.647	Corresponde al valor en pesos que la isapre cobra a la persona beneficiaria –asociado al periodo que se informa- por el valor extraordinario en UF que se aplica conforme a la Ley 21.647. Cabe mencionar que este valor extraordinario se cobra mensualmente por cada persona beneficiaria de edad mayor o igual a dos años y menor de 65 años, adscrita a planes individuales o grupales, que tengan tabla de factores y que su modalidad de financiamiento del plan no sea al 7%, a fin de financiar en parte las cargas nonatas o menores de dos años, por las cuales no se produce dicho cobro. La edad de cada persona beneficiaria se debe determinar al último día del mes que se informa. Para expresar en pesos este valor fijado en Unidades de Fomento (UF), se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Se debe informar cero (0) en el caso de personas beneficiarias que no tengan asociada Prima Extraordinaria Ley 21.647, sea, por ejemplo, porque la Isapre no cobra esta prima, porque la persona no cumple el requisito de edad

[129] Campo insertado por CIF 467, de 9.5.24

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		establecido en la ley, o porque se incorporó al contrato en un período posterior a marzo 2024. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, sin decimales. • Debe informarse siempre. <u>Validadores de Consistencia del campo:</u> • El valor que se informe debe ser equivalente al establecido por la isapre y verificado por esta Superintendencia mediante Resolución Exenta correspondiente. • Debe ser cero (0) para las personas beneficiarias menores de 2 años y con edad mayor o igual a 65 años, según la edad que el beneficiario tiene al último día del periodo que se informa. • Debe ser cero (0) para las personas beneficiarias que se incorporan al contrato después del mes de marzo 2024.
24 [130]	Prima Extraordinaria PPA Individual	Corresponde al monto en pesos que la Isapre cobra por beneficiario, por la prima extraordinaria establecida en el artículo 3° de la Ley 21.674, asociado al periodo que se informa. Este monto se obtiene del valor efectivamente cobrado a nivel de contrato (considerando el tope establecido en la referida ley) y para efectos de informarlo, debe dividirse en los beneficiarios a los cuales se les aplica la referida prima. Para expresar en pesos el monto que se haya establecido en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa.

[130] Campo agregado por Circular IF/N°484 de 15.10.2024

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		Se informará valor 0 (cero) en aquellos casos en que la Isapre no cobre el valor de esta prima, al beneficiario, en el periodo que se informa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Debe informarse un valor igual o mayor a 0 (cero).

4. Validadores Adicionales de Consistencia.

4.1 Consistencia con el mismo archivo.

- Se validará que la combinación de campos (01) Período de Información, (02) Código Aseguradora, (03) RUN de la Persona Cotizante, (05) Identificación alternativa Cotizante, (06) RUN del Beneficiario, (08) Identificación alternativa beneficiario y (21) Estado de Vigencia sea única.[131]

4.2 Consistencia con otros archivos.

- Se verificará que cada RUN de persona cotizante informado en este archivo, se encuentre en el Archivo Maestro de Contratos remitido a esta Superintendencia, para el periodo en que se está informando. Para ello, se verificará que la combinación de campos (03) RUN de la Persona Cotizante y (05) Identificación alternativa Cotizante, esté informado en el referido Archivo Maestro de Contratos en los campos (03) y (05), para el mismo periodo (mes y año) del campo (01) Periodo de Información.[132]

- Se verificará que el código informado en el campo (17) Comuna del Cotizante exista efectivamente en la codificación de comunas definidas por el INE.

  Adicionalmente, se validará que la cantidad de códigos informados en un periodo no varíe significativamente en relación a la cantidad de códigos informados en el periodo inmediatamente anterior al que se informa.

- Se verificará que el promedio de edad de la cartera de cotizantes y de la cartera de cargas que se deriva del campo (12) Fecha de Nacimiento Beneficiario que se informa para el periodo, no difiera significativamente del promedio de edad informado en el periodo inmediatamente anterior.

4.3 Representatividad de valores por campo.

Se definirá del total de registros informados en el período, un mínimo de representatividad aceptable respecto de los campos que se detallan a continuación.

Los valores mínimos de representatividad serán calculados en relación a la información histórica reportada por la Isapre. Los registros serán validados de acuerdo a dichos porcentajes.[133]

[131] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[132] Modificado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[133] Reemplazado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

- Para el campo (19) Código de Relación, se validarán los valores posibles: O"Cotizante"; 1 "Cónyuge"; 2 "Persona Progenitora 1"; 3 " Persona Progenitora 2"; 4 "Hijo"; 5 "Otros" y 6 "Conviviente Civil".[134][135]

- Para el campo (14) Sexo Beneficiario se validarán los valores posibles: F "Femenino": M 'Masculino" y X"Beneficiarios Nonatos".[136]

- Para el campo (16) Nacionalidad del Cotizante s e validará el valor posible: 1 "Chilena".[137]

- La cantidad cotizantes cuya edad sea menor a 17 años que se deriva del campo (12) Fecha de Nacimiento Beneficiario.[138]

- El promedio de edad de la cartera de cotizantes y de la cartera de cargas que se deriva del campo (12) Fecha de Nacimiento Beneficiario.[139]

[134] Reemplazado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[135] Modificado por Circular IF/N°477, de 05 de agosto de 2024.
[136] Reemplazado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[137] Reemplazado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[138] Reemplazado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.
[139] Agregado por la Circular IF/N°439, de 04 de agosto de 2023.

Título III: Planes Complementarios de Salud [140] [141]

1. Información y periodicidad

Los archivos se deberán enviar en una misma oportunidad y en forma mensual, y deberán estar referidos a los planes complementarios que se encuentren vigentes y/o en comercialización al último día del mes que se informa.

2. Plazo de envío

Las isapres deberán enviar la información mensual, a más tardar el día 10 del mes siguiente al que se informa[142][143]. (Ver el punto 1, "Características Generales del Archivo Maestro de Planes").

3. Proceso de validación de la información

Previo al envío de los archivos y con la finalidad de contribuir a la calidad de la información que contienen, cada isapre deberá aplicar los validadores que se indican para cada campo, contabilizando, corrigiendo y justificando, si procede, los errores e inconsistencias que se detecten.

La Intendencia fijará los rangos de aceptabilidad de cada archivo y fiscalizará los procesos de generación y validación de los mismos.

4. Eliminado[144]

[140] Modificado por Circular IF/Nº424, de 17 de febrero de 2023. El Anexo sobre Selección de Prestaciones Valorizadas (Circular IF/N°13, de 2.2.2006), que reemplazó al Anexo de la Circular N°63, fue eliminado por la Circular IF/N°207, de 17.12.2013
[141] Nombre del título modificado por Circular IF/N°484 de octubre de 2024
[142] Modificado por la Circular IF/N° 149, de 11 de mayo de 2011.
[143] Descripción modificada por la Circular IF/Nº398, de 29 de noviembre de 2021.
[144] Numeral eliminado por Circular IF/Nº424, de 17 de febrero de 2023.

Anexo: Especificaciones Computacionales y Definiciones[145]

1. Características Generales del Archivo Maestro de Planes Complementarios

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Planes Complementarios
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato, sCCCAAAAMMEEE 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 011
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 campo
Información contenida en el Archivo	Contiene información de todos los planes complementarios vigentes y/o en comercialización a la fecha solicitada. Se entiende por plan complementario vigente aquel que tenga, a lo menos, un cotizante con beneficios vigentes en el mes que se informa, independientemente de si se está comercializando. Asimismo, se entiende por plan complementario en comercialización aquel que se encuentra a la venta en el mes que se informa aunque no tenga cotizantes adscritos.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del archivo corresponde a un plan complementario más sus datos asociados.

[145] Anexo modificado por la Circular IF/N° 207, de 17 de diciembre de 2013.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Período de la información contenida en el Archivo	Planes complementarios vigentes y/o en comercialización durante el mes que se informa. Párrafo eliminado[146]
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, al día 10 del mes siguiente al que se informa.[147] Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.
Fecha de cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar los planes complementarios vigentes y/o en comercialización al último día hábil del mes que se informa.

2. **Estructura del Archivo Maestro de Planes Complementarios[148]**

CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	PERÍODO DE LA INFORMACIÓN	Numérico
02	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
03	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	Alfanumérico
04	NOMBRE DEL PLAN	Alfanumérico
05	IDENTIFICACIÓN DE LA LÍNEA DEL PLAN	Alfanumérico
06	FECHA INICIO PLAN	Numérico
07	GRUPO OBJETIVO	Numérico
08	GRUPO SOCIOECONÓMICO	Numérico
09	COMERCIALIZACIÓN	Alfabético

[146] Párrafo eliminado por Circular IF/Nº424, de 17 de febrero de 2023.
[147] Párrafo reemplazado por Circular IF/Nº424, de 17 de febrero de 2023.
[148] Modificado por la Circular IF/N° 205, de 5 de diciembre de 2013.

10	REGIÓN(ES) DONDE SE COMERCIALIZA	Alfabético
11	TIPO DE PLAN	Alfabético
12	MODALIDAD DE ATENCION	Numérico
13	AMPLITUD DE LA COBERTURA	Alfabético
14	PRESTACIONES RESTRINGIDAS	Numérico
15	MODALIDAD DEL PRECIO	Numérico
16	PRECIO BASE	Numérico
17	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES	Alfanumérico
18	FECHA DE LA ÚLTIMA ADECUACION	Numérico
19	TIPO DE ADECUACIÓN	Numérico
20	VARIACIÓN DEL PRECIO BASE	Numérico
21[149]	APLICACIÓN DE LA VARIACIÓN DEL PRECIO	Alfabético
22	REAJUSTE CONTRACTUAL ANUAL	Numérico
23	FECHA APLICACIÓN REAJUSTE CONTRACTUAL	Numérico
24	PRECIO BASE FINAL	Numérico
25	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL	Alfanumérico
26	MODALIDAD DEL ARANCEL	Numérico
27	PORCENTAJE BONIFICACIÓN AMBULATORIAS	Numérico
28	PORCENTAJE BONIFICACIÓN HOSPITALARIAS	Numérico
29	COPAGO FIJO	Alfabético
30	MODALIDAD DEL TOPE ANUAL	Numérico
31	TOPE ANUAL	Numérico

3. Definición de campos del Archivo Maestro de Planes Complementarios

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	PERÍODO DE LA INFORMACIÓN	Corresponde al mes y año de la información que se envía. El archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiere la información.

[149] Número corregido por Circular IF/Nº424, de 17 de febrero de 2023.

		Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12) <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.
02	CÓDIGO ASEGURADORA	Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se acepta un valor distinto al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
03	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	Corresponde a la codificación técnica del nombre del plan complementario informado, que la isapre utiliza para identificarlo de manera única. En caso que la Isapre no disponga de un código de identificación para el plan, deberá asignarle uno que permita identificarlo de manera única[150].

[150] Por lo general las isapres utilizan, además del nombre, un código para identificar a cada uno de los planes complementarios en los distintos procesos internos. En este campo debe informarse dicho código. Las adecuaciones del precio base del plan no podrán implicar un cambio en la denominación de éste.

		Para efectos de informar a esta Superintendencia deberán omitirse las expresiones “plan” o “plan de salud” como prefijo de la identificación única del plan informado. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. ▪ No se acepta prefijo “plan” o “plan de salud” en la identificación única del plan. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ El nombre identificador del plan debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en toda estructura de datos requerida por esta Superintendencia, particularmente, en los Archivos Maestros referidos a Coberturas, Contratos y Prestaciones Bonificadas. ▪ La cantidad de planes informados debe ser mayor o igual a la contenida en el Archivo Maestro de Contratos correspondiente al mismo período. ▪ El Archivo de Planes Complementarios debe contener todos los planes informados en el Archivo de Contratos correspondiente al mismo período.
04	NOMBRE DEL PLAN	Corresponde al nombre de fantasía o comercial que la isapre ha asignado el plan complementario que se informa, el cual se encuentra impreso en su carátula (no debe informarse el código adicional en caso que también se encuentre impreso en la carátula). Si el nombre del Plan coincide con la Identificación Única informada en el campo 03

		se deberá repetir en este campo la información consignada en el referido campo 03. Para efectos de informar a esta Superintendencia deberán omitirse las expresiones “plan” o “plan de salud” como prefijo del nombre informado. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. ▪ No se acepta prefijo “plan” o “plan de salud” en el nombre del plan.
05	IDENTIFICACIÓN DE LA LÍNEA DEL PLAN	Corresponde al nombre que permite identificar la línea de planes a la que pertenece el plan complementario que se informa[151]. Si el plan que se informa es independiente, es decir, no se encuentra asociado a ninguna línea, debe informarse con valor “Z” <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero.
06	FECHA INICIO PLAN	Corresponde al mes y año en que se comenzó a comercializar el plan complementario informado.

[151] Por lo general, las isapres utilizan un nombre para vincular los planes de una misma familia o que han sido diseñados en función de características comunes (línea de planes). En este campo se debe señalar ese nombre, siempre que exista.

		Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12) <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Debe ser posterior a la fecha de creación del Sistema Isapre (1981). ▪ Debe ser anterior o igual a la fecha que se está informando en el campo 01 (Período de la Información). ▪ Si el plan tiene una fecha de inicio anterior a la del campo 01 (Período de la Información), el valor de este campo debe ser igual al informado para el plan en el período anterior.
07	GRUPO OBJETIVO[152]	Corresponde al segmento de beneficiarios hacia el cual se encuentra orientado el plan complementario que se informa[153]. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores, señalando aquel que mejor represente al grupo objetivo del plan:

[152] Mediante la Circular IF/N° 424, de 17 de febrero de 2023 se reemplaza la tabla, a partir del campo 07 y hasta el campo 24.
[153] Se deja sin efecto por aplicación de la Circular IF/N°276, de 22 de noviembre de 2017, vigente desde el 2 de enero de 2017, en la que se establece que "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, edad, número de cargas, patologías o condición de salud, condición laboral, etnia, preferencia sexual u otras discriminaciones arbitrarias. Lo anterior sin perjuicio de la situación descrita en el artículo 200 del DFL N°1, de 2005, de Salud.

		1 = Familia emergente o en formación 2 = Familia consolidada 3 = Hombres sin cargas 4 = Mujeres sin cargas 5 = Tercera edad 6 = Médicos 7 = Trabajadores de una misma empresa 8 = Otro grupo objetivo no especificado 9 = Sin grupo objetivo específico <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. No se aceptan valores 1,2,3,4,5 cuando el campo 06 (Fecha Inicio Plan) es >=201701.
08	GRUPO SOCIOECONÓMICO	Corresponde al segmento socioeconómico hacia el cual está dirigido el plan complementario que se informa[154]. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los valores empleados por el sistema tradicional de clasificación socioeconómica utilizada en Chile, informando aquel que mejor represente al grupo socioeconómico del plan. Los valores son los siguientes: 1 = ABC1 2 = ABC1 – C2 3 = C2 4 = C2 y C3 5 = C3 6 = Sin grupo socioeconómico específico

[154] Id.

		Validadores Técnicos del Campo: ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. No se aceptan valores 1,2,3,4,5 cuando el campo 06 (Fecha Inicio Plan) es >=201701
09	COMERCIALIZACIÓN	Identifica si el plan complementario se está comercializando en el período informado. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: S = Si N = No Validadores Técnicos del Campo: ▪ Campo alfabético ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. Validadores de Consistencia: ▪ No se acepta N, en planes que no informen cotizantes adscritos en el Archivo de Contratos correspondiente al mismo período.
10	REGIÓN(ES) DONDE SE COMERCIALIZA EL PLAN	Identifica las regiones donde se comercializa el plan de salud que se informa. Cuando el plan no esté a la venta debe informarse la o las regiones donde se comercializó por última vez. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores para cada uno de los caracteres del campo según corresponda. S = Si se comercializa (comercializó) N = No se comercializa (comercializó)

		Cada uno de los caracteres del campo corresponde a una región, donde el primero, de izquierda a derecha, representa a la "I Región", el segundo a la "II Región" y así sucesivamente. El campo deberá tener tantos caracteres como regiones vigentes existan al mes que se informa. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados.
11	TIPO DE PLAN	Corresponde a la categoría individual o grupal del plan complementario que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: I = Individual G = Grupal <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
12	MODALIDAD DE ATENCIÓN	Corresponde a la modalidad para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios, que se encuentra asociada al plan complementario que se informa.

		Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = Libre Elección 2 = Prestador Preferente 3 = Plan Cerrado <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
13	AMPLITUD DE LA COBERTURA	Indica si la cobertura que otorga el plan complementario que se informa, es general o reducida para prestaciones de parto u honorarios médicos. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: G=Cobertura general. P=Cobertura reducida para el parto[155]. H=Cobertura reducida para honorarios médicos. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo alfabético.

[155] Conforme a las instrucciones de la Circular IF/N°334, del 16-09-2019, "A contar del 1 de diciembre de 2019, las isapres no podrán comercializar y/o suscribir planes complementarios de salud que contemplen para las prestaciones relacionadas con el parto una cobertura inferior a la convenida para el resto de las prestaciones del plan o inferior a la que da el Libro II para los beneficiarios del sistema público, la que comprende asistencia médica curativa que contiene consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamiento, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud que se establezcan

		▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan. ▪ No se acepta P cuando el valor del campo 06 (Fecha Inicio Plan) es >= 201912.
14	PRESTACIONES RESTRINGIDAS	Identifica las prestaciones o grupo de ellas que presentan una cobertura restringida en el plan complementario que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = parto, neonatología y obstetricia. 2 = psiquiatría y/o psicología.[156] 3 = cirugía bariátrica. 4 = cirugía refractiva. 5 = otras prestaciones restringidas. 6 = sin prestaciones restringidas. En el caso que un plan presente restricciones de cobertura para más de un grupo de prestaciones, se deberán informar en este campo multivalor todos los valores que correspondan al plan que se informa, en el orden que establezca la aseguradora. Por ejemplo, parto y psiquiatría deben informarse como 12, psiquiatría, cirugía bariátrica y refractiva, deben informarse como 234. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico.

[156] Conforme a las instrucciones de la Circular IF/N°396, desde el 1 de marzo de 2022, en virtud de la Ley 21.331, las isapres no podrán comercializar planes de salud que restrinjan la cobertura para las prestaciones de salud relacionadas con enfermedades mentales, discapacidades psíquicas o salud mental.

		▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan. ▪ No se acepta 6 cuando se informe con multivalor. ▪ No se acepta 1 cuando el campo 06 (Fecha Inicio Plan) es >= 201912. ▪ No se acepta 2 cuando el campo 06 (Fecha Inicio Plan) es >= 202203.
15	MODALIDAD DEL PRECIO	Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el precio del plan complementario informado[157]. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = UF 2 = $ 3 = 7% <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ No se acepta 3 en planes individuales con fecha de inicio igual o posterior a julio de

[157] No considera la modalidad del precio de la CAEC cuando ésta se cobre en forma separada.

		2005, es decir, cuando el campo 11 (Tipo de Plan) sea igual a I (Individual) y el campo 06 (Fecha Inicio Plan) <= 200507, salvo que se trate de una Isapre a las que alude el artículo 200 del DFL 1, de 2005, de Salud. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
16	PRECIO BASE	Corresponde al precio asignado por la Isapre al plan complementario que se informa, expresado en unidades de fomento (UF), utilizando dos decimales. Debe informarse el precio base que el plan tiene vigente en el período que se informa. Para expresar en UF el precio base de los planes de salud que se encuentren establecidos en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Debe ser cero en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 3 (7%). ▪ No se acepta cero cuando el precio del plan se encuentre expresado en UF o pesos, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 1 (UF) ó 2 ($).

17 [158]	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES	En virtud de la Ley 21.674, que señala la adecuación de todos los contratos de salud que empleaban una tabla de riesgo distinta a la Tabla de Factores Única, a ésta última, se establecen los siguientes valores posibles: T: Si corresponde a la Tabla de Factores Única. Z: si el precio del Plan se encuentra expresado al 7% de la Cotización Legal de Salud. <u>Validadores Técnicos del Campo</u>: ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ Valores posibles: T y Z. ▪ Debe informarse con una "Z", en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 3. ▪ Se acepta Z para planes grupales que no utilicen tabla de factores.
18	FECHA DE LA ÚLTIMA ADECUACIÓN	Corresponde a la fecha en la cual se aplicó la adecuación señalada en el campo 19 siguiente (Tipo de Adecuación). Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12). <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

[158] Modificado por Circular IF/N°484 de 15.10.2024

		Validadores de Consistencia: ▪ No se acepta cero en planes que informan algún tipo de adecuación, es decir, cuando el campo 19 (Tipo de Adecuación) sea igual a 1, 2, 3 ó 4. ▪ Se acepta cero sólo en el caso que el plan nunca haya sido adecuado. ▪ Debe ser posterior a la Fecha Inicio Plan (campo 06) y anterior o igual al Período de la Información (campo 01).
19	TIPO DE ADECUACIÓN	Indica el tipo de modificación aplicada al plan de salud en el período que se informa. Si el plan no ha sido modificado en el mes que se informa debe conservarse el valor que corresponde a la última adecuación realizada. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 0 = sin adecuación. 1 = adecuación del artículo 197 (precios base). 2 = revisión del plan grupal. 3 = adecuación del artículo 189 (beneficios). 4 = adecuaciones 1 y 3 juntas. Validadores Técnicos del Campo: ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. Validadores de Consistencia: ▪ Se acepta cero sólo en el caso que el plan nunca haya sido adecuado. ▪ No se acepta cero en planes que informan la existencia de una fecha de adecuación, es decir, cuando el campo 18 (Fecha de la Última Adecuación) es distinto de cero.

		▪ No se acepta 1 ni 4 cuando el valor del campo 11 (Tipo de Plan) es igual a G (Grupal). ▪ No se acepta 1 ni 4 cuando el valor del campo 15 (Modalidad del Precio) es igual a 3 (7%)
20	VARIACIÓN DEL PRECIO BASE	Informa la variación porcentual anual que la isapre proyectó para el precio base del plan informado, en el marco de aplicación del artículo 197 del DFL 1 (referido a planes individuales). La variación deberá expresarse en porcentaje, con un solo decimal y sin el signo porcentual. Si la variación es negativa debe anteponerse un signo menos. La variación del precio base deberá informarse en el mes en que sea notificada a las personas afectadas (marzo) y mantenerse constante en los meses siguientes hasta el mes previo a su aplicación a los contratos respectivos (junio). En períodos sucesivos debe informarse con valor 0 (cero) hasta marzo del siguiente año cuando se informe la variación correspondiente al nuevo proceso anual de adecuación de precios. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico con un solo decimal. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Debe ser cero en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 3 (7%).

		▪ Debe ser cero en caso que el plan sea de tipo grupal, es decir, cuando el Campo 11 (Tipo de Plan) sea igual a G (Grupal). ▪ Debe ser cero cuando el período informado sea distinto a los meses de marzo, abril y mayo de cada año. ▪ Debe ser cero en caso que el plan de salud no tenga doce meses de vigencia al momento de aplicar la adecuación del precio base. ▪ Se acepta cero en caso que el plan no presente cotizantes con beneficios vigentes en el mes que se informa. ▪ Se acepta cero en caso que la isapre no haya proyectado una variación del precio base para el plan informado.
21	APLICACIÓN DE LA VARIACIÓN	Indica si la variación del precio base informada en el campo 20 (variación del precio base) va a ser aplicada o no por la isapre[159]. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: S = Si se aplica N = No se aplica <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ No se acepta valor S.

[159] De acuerdo a lo señalado en el numeral 4 del artículo 198 del DFL 1, de 2005, de Salud, la isapre ya no tiene la opción de no ajustar el precio base de aquellos planes en que la variación proyectada sea igual o inferior a 2%, por tanto, en este campo la isapre deberá informar sólo el valor "N".

22	REAJUSTE CONTRACTUAL ANUAL	Informa el reajuste porcentual anual estipulado en el contrato, que debe aplicarse al precio base del plan informado cuando éste se encuentra expresado en pesos. Debe informarse en el mes en que se aplica el reajuste y mantenerse constante en los sucesivos períodos hasta el mismo mes del año siguiente. Debe expresarse en porcentaje, con un decimal y sin el signo porcentual. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico con un decimal. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Debe ser cero en caso que el precio base del plan se encuentre expresado en UF o, 7%, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 1 ó 3. ▪ Se acepta cero sólo en caso que el plan expresado en pesos no contemple un reajuste contractual anual.
23	FECHA APLICACIÓN REAJUSTE CONTRACTUAL	Corresponde a la fecha en que la isapre aplicó o debe aplicar el reajuste contractual anual informado en el campo 22 (Reajuste Contractual Anual). Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12) <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

		Validadores de Consistencia: ▪ Debe ser cero en caso que el plan no establezca un reajuste contractual anual. ▪ No se acepta cero en planes que informan la existencia de un reajuste contractual anual, es decir, cuando el campo 22 (Reajuste Contractual Anual) es distinto de cero. ▪
24	PRECIO BASE FINAL	Corresponde al precio base del plan de salud informado, que se obtiene luego de aplicar la variación porcentual informada en el campo 20 (Variación del Precio Base). Debe informarse expresado en unidades de fomento con dos decimales. Para expresar en UF el precio base final de un plan que se encuentre establecido en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Validadores Técnicos del Campo: ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. Validadores de Consistencia: ▪ Debe ser cero en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 3 (7%). ▪ No se acepta cero cuando el precio del plan se encuentre expresado en UF o $, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 1 (UF) ó 2 ($). ▪ Se acepta cero cuando el campo 16 (Precio Base) sea igual a 0 (cero).

		▪ Se acepta igual al campo 16 (Precio Base) en caso que el campo 20 (Variación del Precio Base) sea igual a 0 (cero) o cuando el período a informar sea distinto a los meses de marzo, abril o mayo de cada año.
25	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL DE REFERENCIA	Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al arancel asociado al plan de salud informado, con el objeto de identificarlo de manera única. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ El nombre identificador del arancel informado, debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados, en particular, en el Archivo de Aranceles. ▪ Debe estar contenido en el Archivo de Aranceles vigente en el período al que corresponde la información. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
26	MODALIDAD DEL ARANCEL	Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el arancel del plan de salud informado.

		Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = UF 2 = $ <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ No se acepta un valor distinto al informado en el Archivo de Aranceles vigente para el período que se informa. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
27	PORCENTAJE BONIFICACIÓN AMBULATORIAS	Corresponde al porcentaje de bonificación genérico que otorga el plan a las prestaciones ambulatorias. Debe informarse el porcentaje que corresponde a la modalidad de atención informada para el plan en el campo 12 (Modalidad de Atención), es decir, la que se otorga con el prestador preferente en los casos que el plan tenga esa modalidad o sea cerrado. Si el plan contempla cobertura con varios prestadores preferentes debe informarse la que se asocia al prestador con el cual se obtiene la

		mayor bonificación. Debe informarse en porcentaje, sin decimales y sin el signo porcentual[160]. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Se acepta cero sólo en el evento que el plan informe copago fijo, es decir, cuando el campo 29 (Copago Fijo) sea igual a S. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan. ▪
28	PORCENTAJE BONIFICACIÓN HOSPITALARIAS	Corresponde al porcentaje de bonificación genérico que otorga el plan a las prestaciones hospitalarias. Debe informarse el porcentaje que corresponde a la modalidad de atención informada para el plan en el campo 12 (modalidad de Atención), es decir, la que se otorga con el prestador preferente en los casos que el plan tenga esa modalidad o sea cerrado. Si el plan contempla cobertura con varios prestadores preferentes debe informarse la que se asocia al prestador con el cual se obtiene la mayor bonificación. Debe informarse en porcentaje, sin decimales y sin el signo porcentual[161].

[160] Por ejemplo, si el plan otorga cobertura de 80% a la mayoría de las prestaciones ambulatorias, en este campo deberá informarse el valor 80.
[161] Por ejemplo, si el plan otorga cobertura de 100% a la mayoría de las prestaciones hospitalarias, en este campo deberá informarse el valor 100.

		Validadores Técnicos del Campo: ▪ Campo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. Validadores de Consistencia: ▪ Se acepta cero sólo en el evento que el plan informe copago fijo, es decir, cuando el campo 29 (Copago Fijo) sea igual a S. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
29	COPAGO FIJO	Informa si el plan contempla una modalidad de copago fijo para alguna o todas las prestaciones. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: S = Sí tiene copago fijo N = No tiene copago fijo Validadores Técnicos del Campo: ▪ Campo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. Validadores de Consistencia: ▪ No se acepta S en planes de libre elección, es decir, cuando el campo 12 (Modalidad de Atención) sea igual a 1.

		▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
30	MODALIDAD DEL TOPE ANUAL	Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el tope anual por beneficiario establecido en el plan informado. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = UF 2 = $ 3 = Sin tope <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
31	TOPE ANUAL	Corresponde al monto del tope anual por beneficiario establecido en el plan informado, expresado en unidades de fomento (UF) utilizando un máximo de dos decimales. Para expresar en UF el tope anual establecido en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad

		monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Validadores Técnicos del Campo: ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. Validadores de Consistencia: ▪ Debe ser cero sólo cuando el plan de salud no considere un tope anual, es decir, cuando el Campo 30 (Modalidad del Tope Anual) sea igual a 3. ▪ No se acepta cero en planes que establecen un tope anual por beneficiario, es decir, cuando el campo 30 (Modalidad del Tope Anual) sea igual a 1 ó 2.

El Anexo sobre Selección de Prestaciones Valorizadas (Circular IF N° 13, 2.2.2006.), que a su vez reemplazó el Anexo de la Circular N°63, fue eliminado por la Circular IF N°207 de, 17.12.2013

1. Características Generales del Archivo Maestro de Tablas de Factores [162]

Título IV: Coberturas de los Planes de Salud

1. Información requerida

Las isapres deberán confeccionar y remitir el Archivo Maestro de Coberturas de Planes de Salud, según las especificaciones técnicas señaladas en el Anexo que forma parte de estas instrucciones.

En este archivo debe informarse la cobertura de libre elección, tanto ambulatoria como hospitalaria, asignada a cada una de las prestaciones contenidas en el Arancel Fonasa de Libre Elección vigente a la fecha a que se refiere la información, para cada uno de los planes de salud individuales que la isapre tenga en comercialización. [163]

2. Proceso de validación de la información

Previo al envío del archivo y con la finalidad de contribuir a la calidad de la información que contiene, cada isapre deberá aplicar los validadores que se indican para cada campo, contabilizando, corrigiendo y justificando, si procede, los errores e inconsistencias que se detecten.

Esta Intendencia fijará los rangos de aceptabilidad de cada archivo y fiscalizará los procesos de generación y validación de los mismos.

3. Envío de la información a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales

Semestralmente y en la misma oportunidad en que se remita el Archivo Maestro de Planes de Salud regulado en instrucciones de esta Superintendencia,[164] es decir, antes del 31 de marzo y del 30 de septiembre de cada año[165], la isapre deberá enviar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales el archivo maestro regulado en este Título.

---

[162] Archivo Maestro eliminado por Circular IF/N°484, de 15 de octubre de 2024.
[163] El texto original de la Circular IF N° 74 precisó que “no se debe informar la cobertura preferente asociada a planes cerrados o planes con prestador preferente, ni la cobertura asociada a planes que no se encuentren a la venta.”
[164] Las mencionadas instrucciones se contienen en el Capítulo II de este Compendio.
[165] La Circular IF/275, de 2016, reemplazó la expresión “a más tardar último día hábil de los meses de marzo y septiembre” por “antes del 31 de marzo y del 30 de septiembre de cada año”.

Anexo N° 1: Estructura Computacional, Características y Definiciones del Archivo Maestro de Cobertura de los Planes de Salud [166]

1. Estructura Computacional

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código aseguradora	Numérico
02	Fecha de la información	Numérico
03	Identificación única del plan	Alfanumérico
04	Código de la prestación	Numérico
	Libre Elección en Atención Ambulatoria	
05	Porcentaje de cobertura	Numérico
06	Existencia de tope de bonificación	Alfabético
07	Tope en pesos	Numérico
08	Tope en UF	Numérico
09	Tope en veces arancel	Numérico
	Libre Elección en Atención Hospitalaria	
10	Porcentaje de cobertura	Numérico
11	Existencia de tope de bonificación	Alfabético
12	Tope en pesos	Numérico
13	Tope en UF	Numérico
14	Tope en veces arancel	Numérico

2. Características Generales

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	**Archivo Maestro de Coberturas de Planes de Salud**
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 “035”
Características del Archivo	▪ Archivo plano

[166] La Circular IF N° 74, fuente de las instrucciones de este Título, tiene un “Anexo N° 2”, que contiene “Ejemplos de llenado en situaciones especiales de cobertura” y que puede consultarse en el sitio web de la Superintendencia de Salud. Dicho Anexo es incorporado a continuación de este por Circular IF/275, de 2016.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe | ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	En este archivo debe informarse la cobertura de libre elección, tanto ambulatoria como hospitalaria, asignada a cada una de las prestaciones contenidas en el Arancel Fonasa de Libre Elección, vigente a la fecha a que se refiere la información, para cada uno de los planes de salud individuales que la isapre tenga en comercialización, en términos de porcentaje y tope expresado en pesos, UF o veces el arancel asociado al plan en el Archivo Maestro de Planes de Salud.
Información contenida en los registros del Archivo	**Situación general:** Cada registro contiene la cobertura de libre elección, tanto ambulatoria como hospitalaria, para el código de prestación respectivo del Arancel Fonasa, en el plan de salud indicado en el mismo registro. **Situación especial:** Sólo en aquellos casos en que el plan presente **coberturas diferenciadas por alguna condición de referencia**, como por ejemplo: nivel de precios de un prestador o grupo de prestadores; prestación o grupo de prestaciones, se debe: • Ingresar un registro por cada cobertura diferente asociada al mismo código de prestación e identificación de plan. • Si la cobertura diferenciada se presenta sin tope, indicar en el campo “Existencia de tope de bonificación” el valor “N” y en el campo “tope en pesos” el valor que resulte de aplicar el porcentaje de cobertura al precio máximo de la prestación de acuerdo a la condición de referencia.
Período de la información contenida en el Archivo	Este archivo debe ser enviado semestralmente con la información referida al último día del mes de enero o julio, según corresponda.

3. Definiciones

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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Debe informarse siempre. No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Fecha de la información	Corresponde al mes y año a que se refiere la información, es decir, enero o julio de cada año. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM= mes y AAAA= año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. Debe informarse siempre.
03	Identificación única del plan	Corresponde a la denominación que la Aseguradora ha otorgado al plan complementario informado, con el objeto de identificarlo de manera única. Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos, apóstrofes, puntos ni comas. Validadores Técnicos: ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. Validadores de Consistencia: ▪ El nombre identificador del plan, debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados. ▪ Deben estar contenidos todos los planes individuales en comercialización informados en el Archivo Maestro de Planes.
04	Código de la prestación	Corresponde al código definido en el Arancel Fonasa de Libre Elección, vigente a la fecha a que se refiere la información. El código informado debe ser idéntico al utilizado por el Fonasa, aunque la isapre utilice códigos propios. Los pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberán informarse a continuación de las prestaciones de salud con los códigos definidos en el Arancel del Fonasa, por ejemplo:

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		0000001 = Derecho de Pabellón 1 0000002 = Derecho de Pabellón 2 0000014 = Derecho de Pabellón 14. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico de 7 posiciones ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validador de Consistencia: ▪ Deben informarse todas las prestaciones contenidas en el arancel Fonasa vigente a la fecha que se informa.
05	Porcentaje de cobertura Libre Elección en Atención Ambulatoria	Corresponde al porcentaje de bonificación para la prestación en modalidad Libre Elección y Atención Ambulatoria. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico sin puntos o comas. ▪ Rango de valores posibles es de 1 al 100. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
06	Existencia de tope de bonificación para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Indica si la prestación presenta tope de bonificación en el plan de salud respectivo. Debe informarse con valores “S” o “N”, según corresponda: S= Con Tope N= Sin Tope Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfabético ▪ Debe informase siempre, no se aceptan valores distintos a los indicados. Validadores de Consistencia: ▪ Si el valor es “S”, debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro. ▪ Si el valor es “N”, los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria deben venir en blanco o vacíos, salvo en las situaciones especiales mencionadas en “Información contenida en los registros del Archivo”.
07	Tope en pesos para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Ambulatoria está expresada en pesos, debe informar el monto en pesos establecido en el plan, en este campo.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico sin puntos o comas (cifra entera). ▪ Si el tope no está expresado en pesos o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío. Validador de Consistencia: ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro.
08	Tope en UF para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Ambulatoria está expresada en UF, debe informar el monto en UF establecido en el plan, en este campo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales. ▪ Si el tope no está expresado en UF o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío. Validador de Consistencia: ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro.
09	Tope en veces arancel para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Ambulatoria está expresada en veces arancel, debe informar el número de veces establecido en el plan, en este campo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales. ▪ Si el tope no está expresado en veces arancel o no existe, debe ir en blanco o vacío. Validadores de Consistencia: ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro. ▪ Se considerará como arancel de referencia el indicado para el plan en el Archivo Maestro de Planes de Salud enviado a esta Superintendencia según lo indican las instrucciones sobre Archivo Maestro de Planes Complementarios.
10	Porcentaje de cobertura Libre Elección en Atención Hospitalaria	Corresponde al porcentaje de bonificación para la prestación en modalidad Libre Elección y Atención Hospitalaria. Validadores Técnicos:

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Campo de tipo numérico sin puntos o comas. ▪ Rango de valores posibles es de 1 al 100. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
11	Existencia de tope de bonificación para Libre Elección en Atención Hospitalaria	Indica si la prestación presenta tope de bonificación en el plan de salud respectivo. Debe informarse con valores “S” o “N”, según corresponda: S= Con Tope N= Sin Tope <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo alfabético ▪ Debe informarse siempre, no se aceptan valores distintos a los indicados. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Si el valor es “S”, debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro. ▪ Si el valor es “N”, los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria deben venir en blanco o vacíos, salvo en las situaciones especiales mencionadas en “Información contenida en los registros del Archivo”.
12	Tope en pesos para Libre Elección en Atención Hospitalaria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Hospitalaria está expresada en pesos, debe informar el monto en pesos establecido en el plan, en este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico sin puntos o comas (cifra entera). ▪ Si el tope no está expresado en pesos o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío. <u>Validador de Consistencia:</u> ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro.
13	Tope en UF para Libre Elección en Atención Hospitalaria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Hospitalaria está expresada en UF, debe informar el monto en UF establecido en el plan, en este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales. ▪ Si el tope no está expresado en UF o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validador de Consistencia: ▪ Debe informase a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro.
14	Tope en veces arancel para Libre Elección en Atención Hospitalaria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Hospitalaria está expresada en veces arancel, debe informar el número de veces establecido en el plan, en este campo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales. ▪ Si el tope no está expresado en veces arancel o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío. Validadores de Consistencia: ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro. ▪ Se considera como arancel de referencia el indicado para el plan en el Archivo Maestro de Planes de Salud enviado a esta Superintendencia según lo indican las instrucciones sobre Archivo Maestro de Planes Complementarios.

Anexo N°2[167] Ejemplos de Llenado en Situaciones Especiales de Cobertura

1. Para el caso de un plan que presenta cobertura diferenciada según el valor del día cama, por ejemplo:

Porcentaje de cobertura	Tope de bonificación (sin tope)	Condición de referencia (CR)	Precio máximo (PM) de la prestación según condición de referencia
90 %	Sin tope	Si día cama es < ó = a 5 UF	PM1
80 %	Sin tope	Si día cama es > a 5 UF	PM2

Se deben informar dos registros con la siguiente información:
Primer registro

- En el campo “Porcentaje de cobertura”: 90
- En el campo “Existencia de tope de bonificación”: N
- En el campo “Tope en pesos”: 90% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 1 (PM1)

Segundo registro

- En el campo “Porcentaje de cobertura”: 80
- En el campo “Existencia de tope de bonificación”: N
- En el campo “Tope en pesos”: 80% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 2 (PM2)

2. Para el caso de un plan que presenta cobertura diferenciada para grupos de prestadores determinados, por ejemplo:

Porcentaje de cobertura	Tope de bonificación (sin tope	Condición de referencia (CR)	Precio máximo (PM) de la prestación según condición de referencia
90 %	Sin tope	Si se atiende en prestadores del grupo “A”	PM1
80 %	Sin tope	Si se atiende en prestadores del grupo “B”	PM2

Se deben informar dos registros con la siguiente información:

[167] Incorporado por Circular IF/275, de 2016.

Primer registro

- En el campo “Porcentaje de cobertura”: 90
- En el campo “Existencia de tope de bonificación”: N
- En el campo “Tope en pesos”: 90% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 1 (PM1)

Segundo registro

- En el campo “Porcentaje de cobertura”: 80
- En el campo “Existencia de tope de bonificación”: N
- En el campo “Tope en pesos”: 80% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 2 (PM2)

Título V: Prestaciones de Salud

1. Información y periodicidad

Las Instituciones de Salud Previsional, deberán confeccionar los Archivos Maestros de Prestaciones de Salud, para proporcionar información detallada mensualmente respecto de aquellas prestaciones que hayan sido bonificadas y otorgadas a los beneficiarios.

Para tales efectos, se deberán llenar los campos que se presentan en los Anexos N° 1 y 2, conforme a las instrucciones y especificaciones técnicas que se definen en el Anexo N° 3 de este Título.

Información contenida en el archivo relacionada con las GES[168]

Respecto a la información de las prestaciones bonificadas que se remita sobre el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), se deberá utilizar como base para su codificación aquellos caracteres que estén asociados al Listado de Prestaciones Específicas (LEP) anexo al Decreto Supremo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud que se encuentre vigente a la fecha de la bonificación, respetando su orden y estructura, sin el sufijo GES. Sobre este punto, es de importancia señalar que, dicho listado estará conformado tanto por códigos asignados por el MINSAL, como por codificaciones referenciales, generadas por la Superintendencia de Salud -sólo para fines de carácter informativo y uso propio- respecto de aquellas prestaciones relacionados con medicamentos; insumos; materiales clínicos; alimentos y otros a fin, a los cuales el Ministerio de Salud no asigna un código determinado.

Este Listado Específico de Prestaciones codificado, será puesto a disposición de las isapres, mediante la Extranet, con posterioridad a la publicación del Decreto Supremo vigente, que rige las GES, dado que requiere, en primer lugar, de la codificación del MINSAL y seguidamente, de la asignación de códigos que genere la Superintendencia de Salud. En este sentido, la validación del campo 18 “Código de Prestación”, respecto de este tipo de prestaciones, se aplicará una vez que se publique el listado codificado para estos efectos, lo que será notificado a los administradores de cada isapre, encargados de realizar la transferencia del citado archivo maestro, de acuerdo a lo instruido 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”, Títulos I y II, del Compendio de Información o bien, mediante oficio informativo sobre la materia.

2. Plazo de envío

Las isapres deberán remitir en forma regular los archivos mensualmente, a más tardar el día 10 del mes siguiente al que se informa. No obstante el Archivo Maestro de Reliquidaciones de Prestaciones Bonificadas deberá ser enviado de forma trimestral, a más tardar el día 10 del mes siguiente al trimestre que se informa. En ambos casos, si los plazos vencen en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.[169] [170]

---

[168] Subtítulo agregado por la Circular IF/N433, de 26.05.2023
[169] Descripción modificada por la Circular IF/Nº398, de 29 de noviembre de 2021.
[170] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°489, de 18 de diciembre de 2024.

3. Información sobre prestaciones de salud Bonificadas y Otorgadas

3.1. En el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas se deberán incluir todas las prestaciones efectivamente bonificadas a cada beneficiario, en un determinado periodo, independientemente de la fecha en que éstas se otorguen. Se debe señalar, que se entenderá por prestaciones bonificadas aquellas en las cuales el bono o reembolso respectivo fue emitido.

Aquellas aseguradoras que registren en sus sistemas prestaciones con bonificación igual a cero (0), deberán informarlas en este archivo empleando los campos correspondientes.

3.2. Cuando el asegurador obtenga la fecha en que el beneficiario recibió efectivamente la prestación, ella deberá ser registrada en el Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas relacionándola con el bono de atención o reembolso informado en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

De esta manera, se podrá conocer tanto la fecha de emisión y/o bonificación de la prestación como la de su otorgamiento. Para tales efectos, las isapres deberán ajustar sus procedimientos de manera de capturar los datos requeridos.

Es importante precisar que la exigencia de completar la información referida a la fecha de otorgamiento de la prestación, se circunscribirá a aquellas cubiertas por las GES, aquellas derivadas de programas médicos y las generadas de transacciones emitidas bajo la modalidad de bono electrónico, en cuyo caso la fecha de dicha transacción se considerará como la oportunidad en que se otorgó la atención.

Aquellas prestaciones cuyas fechas de otorgamiento son conocidas por el asegurador, al momento de la bonificación, deberán ser informadas simultáneamente en ambos archivos, de acuerdo al detalle de campos que éstos presentan.

La información que se requiere mediante los citados archivos, es complementaria entre sí, por lo que los datos contenidos en ellos deben ser consistentes. El criterio general que deberá primar para el registro de datos en ellos es la fecha de bonificación de la o las prestaciones que se informen.

4. Envío de la información

La transferencia de ambos archivos, se realizará a través de la red privada denominada Extranet SIS, que permite la remisión de archivos computacionales mediante un protocolo seguro de transferencia.

Es importante señalar que, si tras la validación de cada archivo enviado, éstos acusan fallas o errores, la Institución afectada deberá corregirlos y reenviarlos hasta que se apruebe definitivamente el proceso.

5. Porcentajes de error permitido[171]

Se definirá expresamente, del total de registros informados en el período para el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, un mínimo de error aceptable. Los valores mínimos que se determinen, así como la metodología utilizada para calcular los porcentajes de error, serán publicados en la Extranet de esta Superintendencia, de modo que, los registros serán validados de acuerdo a los porcentajes y metodología allí establecidos. Estos últimos serán previamente

[171] Subtítulo agregado por la Circular IF/N°433, de 26.05.2023

notificados a los administradores de cada isapre y a los encargados de realizar la transferencia del citado archivo maestro, de acuerdo a lo instruido 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”, Títulos I y II, del Compendio de Información o bien, mediante oficio informativo sobre la materia.

6. Guía de Generación de Datos[172]

Corresponde al documento elaborado por esta Superintendencia, que se crea en base a los resultados de los procesos de la validación y de revisión de los archivos remitidos por las isapres, el cual resume tanto consultas atingentes efectuadas por las instituciones de salud, respecto de la conformación de los archivos, como también ciertos ejemplos explicativos relacionados con el tratamiento de algunas definiciones de campos, para el correcto envío de la información.

Tanto la eventual creación de la Guía de Generación de Datos del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, como sus posibles modificaciones o actualizaciones será notificada en su oportunidad, a los administradores de cada isapre y a los encargados de realizar la transferencia del citado archivo maestro, de acuerdo a lo instruido 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”, Títulos I y II, del Compendio de Información o bien, mediante oficio informativo sobre la materia.

Dicho documento, se encontrará publicado para su consulta en la Extranet Institucional.

[172] Subtítulo agregado por la Circular IF/N°433, de 26.05.2023

Anexo N° 1: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas

1. Estructura Computacional[173] [174] [175]

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
02	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
03	TIPO DE REGISTRO	Numérico
04	RUN BENEFICIARIO	Numérico
05	DV BENEFICIARIO	Alfanumérico
06	SEXO BENEFICIARIO	Alfabético
07	EDAD BENEFICIARIO	Numérico
08	TIPO DE BENEFICIARIO	Numérico
09	RUT DEL PRESTADOR	Numérico
10	DV DEL PRESTADOR	Alfanumérico
11	REGIÓN DEL PRESTADOR	Numérico
12	COMUNA DEL PRESTADOR	Numérico
13	PRESTADOR PREFERENTE	Numérico
14	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO PRINCIPAL (PAM)	Numérico
15	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO COMPLEMENTARIO	Numérico
16	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	Alfanumérico
17	NÚMERO DE REEMBOLSO	Alfanumérico
18	CÓDIGO PRESTACIÓN	Alfanumérico
19	PERTENENCIA DEL CÓDIGO	Numérico
20	COBERTURA/ FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Numérico
21	FECHA DE LA BONIFICACIÓN	Numérico
22	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Alfanumérico

[173] Estructura modificada por la Circular IF N° 308, de 01.02.2018
[174] Estructura modificada por la Circular IF N°427, de 30.03.2023. Se agregan campos del 36 al 39.
[175] Estructura modificada por la Circular IF N°433, de 26.05.2023. Se agregan campos del 40 al 44.

23	TIPO DE PRESTADOR	Numérico
24	TIPO ATENCIÓN	Numérico
25	FRECUENCIA	Numérico
26	VALOR FACTURADO	Numérico
27	VALOR BONIFICADO	Numérico
28	MONTO COPAGO	Numérico
29	BONIFICACIÓN RESTRINGIDA	Numérico
30	TIPO DE PLAN	Numérico
31	HORARIO DE OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Numérico
32	MODALIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Numérico
33	LEY DE URGENCIA VITAL	Numérico
34	CÓDIGO GRUPO PRESTACIÓN PRINCIPAL (GPP) GES	Alfanumérico
35	IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES	Alfanumérico
36	IDENTIFICACIÓN ALTERNATIVA BENEFICIARIO	Alfanumérico
37	RUN COTIZANTE	Numérico
38	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUN COTIZANTE	Alfanumérico
39	IDENTIFICACIÓN ALTERNATIVA COTIZANTE	Alfanumérico [176]

[176] Los campos 40, 41, 42, 43 y 44 fueron eliminados por la Circular IF/N°489, de 18 de diciembre de 2024.

2. Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Bonificadas[177] [178] [179] [180]

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.
(02)	FECHA INFORMACIÓN	Corresponde al mes y año en que se bonificó la prestación(es) que se informa. La información que se remita corresponderá a un detalle de las prestaciones de salud bonificadas**,** en el mes que se informa**.** Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente al mes que se informa. Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia:

[177] Validaciones modificadas por la Circular IF/N° 144, de 3 de febrero de 2011.
[178] Definiciones modificadas por la Circular IF N°/308, de 01.02.2018
[179] Definiciones agregadas para campos del 36 al 39 y definiciones modificadas sólo en ciertos aspectos para los campos 04 y 05, según Circular IF 427, de 30.03.2023.
[180] Definiciones agregadas para campos del 40 al 44 y definiciones modificadas sólo en ciertos aspectos para los campos 18, 27 y 28, según Circular IF 433, de 26.05.2023.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ El valor no podrá ser mayor al mes y año en que se informa, ni menor que 012007.
(03)	TIPO DE REGISTRO	Corresponde a la categorización o clasificación de la Prestación informada. Los valores a emplear son los siguientes: 1: Curativa 2: Examen de Medicina Preventiva 3: Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo 4: Control del niño sano (Recién Nacido hasta los seis años de edad). Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ✓ Valores posibles: 1, 2, 3, 4. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará su consistencia con el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación). Cuando dicho campo registre valor 1, 2 ó 3, el campo Tipo de Registro sólo podrá consignar un 1. Cuando el campo Tipo de Registro registre valor 2, 3 ò 4, el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación), deberá registrar valor 4.
(04)	RUN BENEFICIARIO	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona beneficiaria - cotizante o carga - entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI) a quien se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n). Cuando el RUN del Beneficiario/ria corresponda al RUN de la persona cotizante, el valor del campo debe ser el mismo valor que el campo “RUN del cotizante”.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		En caso de aquellas personas beneficiarias que no posean RUN (incluidos los Nonatos), deberá informarse en este campo el valor 0 (cero). Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN. Además, debe continuar informando el valor asignado en el campo "Identificación Alternativa Beneficiario" (campo 36). Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de miles. • Debe informarse siempre.
(05)	DV BENEFICIARIO	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario/ria, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de aquellas personas beneficiarias que no posean RUN (incluidos los Nonatos), deberá informarse en este campo el valor X. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K, y X. • Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: • Si el campo "RUN Beneficiario" registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. • Si el campo "RUN Beneficiario" registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
(06)	SEXO BENEFICIARIO	Identifica el sexo del beneficiario objeto de la prestación Bonificada. En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, deberá Informarse la letra X. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: F= Femenino, M=Masculino, X=Nonato. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Se debe validar consistencia contra el archivo de beneficiarios.
(07)	EDAD BENEFICIARIO	Corresponde a la edad del beneficiario al momento en que fue o fueron bonificadas la(s) prestación(es) de salud que se informa (n). La edad debe estar expresada en años, debiendo considerarse para ello los años cumplidos a la fecha de bonificación. En caso de aquellos beneficiarios Nonatos y aquellos que tengan menos de un año de vida, deberá informarse como edad el valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Se debe validar consistencia contra el archivo de beneficiarios.
(08)	TIPO DE BENEFICIARIO	Identifica si el beneficiario tiene la calidad de Cotizante o Carga. Para este efecto, la Isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del beneficiario a la fecha de bonificación de la prestación: 1: Cotizante 2: Carga Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores posibles: 1,2. ▪ Se debe validar consistencia contra el archivo de beneficiarios.
(09)	RUT DEL PRESTADOR	Corresponde al RUT del prestador asociado a la(s) prestación(es) de salud bonificada(s). Se deberá informar en este campo el RUT del prestador institucional, aun cuando la prestación haya sido efectivamente otorgada por un profesional. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará su consistencia con el campo (10) Dígito verificador del Prestador.
(10)	DV DEL PRESTADOR	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador (campo 09) aplicando la rutina denominada Módulo 11. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará su consistencia con el campo (09) RUT del Prestador.
(11)	REGIÓN DEL PRESTADOR	Corresponde al código de la región -del 1 al 16- en que se encuentra el prestador que efectuó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s). Dicha codificación se modificará en relación directa con las variaciones que adopte la división territorial del país, como por ejemplo cuando ocurra la incorporación de dos nuevas regiones al territorio nacional, motivo por el cual el código de la región se modificará del 1 al 16. En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) al 16 o en conformidad con la división territorial que se adopte en el país.
(12)	COMUNA DEL PRESTADOR	Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el prestador, que otorgó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s). En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores de Consistencia: ▪ Se validará que la comuna pertenezca a la región informada en el campo 11 (Región del prestador).
(13)	PRESTADOR PREFERENTE	Indica si la(s) prestación(es) bonificada(s) fue otorgada por un prestador preferente. Para este efecto, la Isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del prestador a la fecha de bonificación de la prestación: 1: Sí 2: No Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. Sin punto, coma decimal o guión. ▪ Valores posibles: 1,2.
(14)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO PRINCIPAL (PAM)	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico relacionado con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s). En el caso que las prestaciones bonificadas se encuentren en varios programas médicos, como podría ser en una hospitalización, se registrará como Programa Médico Principal a aquél en que se detalle la prestación Día(s) cama. Si la(s) prestación(es) bonificada(s) que se informa no es parte de un Programa Médico, como por ejemplo Consulta Médica ambulatoria, corresponderá informar valor 0 (cero) en este campo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: ▪ Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) o Número de Bono (16) deberá registrar valor distinto de cero 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5. ▪ Cuando el campo Tipo de Atención sea igual a 2 (Hospitalario), entonces este campo deberá contener valor distinto de 0 (cero).
(15)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO COMPLEMENTARIO	Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal para la cobranza de prestaciones.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		En caso que la cobranza de prestaciones se realice en un solo programa médico, en este campo se registrará valor 0 (cero). Asimismo, si el asegurador asigna como correlativo al PAM complementario, el mismo folio con el que se identifica el PAM principal, deberá repetirse dicho valor en este campo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) o Número de Bono (16) deberá registrar valor 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.
(16)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: ▪ Cuando el campo (17) Número de Reembolso registre valor distinto de 0 (cero), en este campo deberá registrarse un 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.
(17)	NÚMERO DE REEMBOLSO	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: ▪ Cuando el campo (16) Número de Bono de Atención registre valor distinto de 0 (cero), en este campo deberá registrarse 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(18)	CÓDIGO PRESTACIÓN[181]	Corresponde al código que identifica la o las prestaciones de salud bonificadas a la persona beneficiaria, sea este cotizante o carga, en el mes y año que se informa. La información de las prestaciones bonificadas que se envíe deberá utilizar como base para su codificación el Arancel de FONASA de la Modalidad Libre Elección que se encuentre vigente a la fecha de bonificación, respetando su orden y estructura, como asimismo, la codificación asignada al Listado de Prestaciones Específicas anexo al Decreto Supremo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud que se encuentre vigente a la fecha de la bonificación, respetando su orden y estructura, sin el sufijo GES. ([182]como se indica en el punto 1 introductorio "Información contenida en el archivo relacionada con las GES"). Tal codificación será puesta a disposición por la Superintendencia mediante su publicación en la Extranet. Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente: ▪ Las prestaciones que hayan sido desagregadas por las Isapres, para una mejor gestión, deberán ser agrupadas tomando como base los códigos presentados en el Arancel FONASA. Por ejemplo: 01-01-029 Consulta médica oftalmológica especialista iris XX-YY-LLL Consulta médica oftalmológica especialista iris Debe informarse como: 01-01-204 Consulta Médica de Especialidad en Oftalmología ▪ Las prestaciones relacionadas con el Examen de Medicina Preventiva (EMP) deberán informarse complementariamente en este archivo, empleando los códigos definidos de acuerdo a los "Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva" contenidos en el Anexo del Título IX "Prestaciones Examen de Medicina Preventiva" del Capítulo II "Archivos Maestros" del Compendio de Información o el que lo reemplace. ▪ Asimismo, las prestaciones unitarias vinculadas con las Garantías Explícitas en Salud (GES), corresponderán al código que identifica la prestación de salud unitaria GES

[181] Definición de campo modificada por la Circular IF N°339, 07.10.2019
[182] Especificación agregada mediante la Circular IF N°433, de 26.05.2023

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		bonificada a la [183]persona beneficiaria, sea este cotizante o carga, en el mes y año que se informa. Debe informarse como, por ejemplo: 0101101: corresponde a Consulta o control médico integral 0101111: corresponde a Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología. Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente. En caso de tratase de prestaciones sin codificación, [184]en el Arancel Fonasa MLE vigente a la fecha y, para efectos de informarlas se deben considerar los códigos propios de las Isapres y aquellos definidos por esta Superintendencia de Salud para las prestaciones siguientes: ▪ El uso de pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberá informarse con los códigos adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo: 0000001 = Sala de Procedimientos 1. 0000002 = Sala de Procedimientos 2. 0000014 = Derecho de Pabellón 14. ▪ Los insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000. ▪ Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000. • Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000. • Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000. • Las Drogas inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles:

[183] Término modificado por la Circular IF 433, de 26.05.2023
[184] Especificación agregada por la Circular IF N°433, de 26.05.2023

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ los códigos indicados en el Arancel Fonasa de la Modalidad de Libre Elección, los Aranceles de Prestaciones de las Isapres informados a la Superintendencia, los códigos asignados al Listado de Prestaciones Específicas del GES [185]publicado por la Superintendencia en la Extranet y los códigos identificados en forma taxativa en esta definición: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000 y 6400000. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Se validará su consistencia con el campo 19 (Pertenencia del Código). Cuando dicho campo registre valor 1, este campo deberá consignar como valor algún código del Arancel Fonasa de la Modalidad Libre Elección. Si el campo 19 (Pertenencia del Código) registra valor 2, este campo deberá registrar algún código del Arancel de la Isapre. Si el campo 19 (Pertenencia del Código) registra valor 3, este campo deberá registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000. Si el campo 19 (Pertenencia del Código) registra valor 4, este campo deberá registrar alguno de los códigos del Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES codificado y puesto a disposición por esta Superintendencia en la Extranet.[186]
(19)	PERTENENCIA DEL CÓDIGO	Indica si el código de la prestación bonificada pertenece al Arancel Fonasa, es propio de la Isapre, ha sido definido especialmente por esta Superintendencia o pertenece al Listado de Prestaciones Específicas del GES. Se utilizará la siguiente codificación: 1: Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA 2: Código de la Prestación es propio del Asegurador 3: Código de la Prestación definido por la Superintendencia 4: Código de la Prestación pertenece al Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES

[185] Especificación agregada por la Circular IF N°433, de 26.05.2023

[186] Especificación agregada por la Circular IF N°433, de 26.05.2023

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3 y 4. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Validar consistencia contra los archivos de aranceles.
(20)	COBERTURA/ FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Identifica si la prestación que se informa ha(n) sido o no cubierta (s) al beneficiario. Lo anterior, de acuerdo a los siguientes valores: 1: GES 2: CAEC 3: GES-CAEC 4: Plan Complementario (se excluye CAEC y GES-CAEC) 5: No bonificado 6: Otro (Ej. beneficios complementarios o especiales) Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. Valores posibles: 1, 2, 3, 4, 5, 6. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco Validadores de Consistencia: ▪ Cuando el campo (3) Tipo de Registro consigne el valor 2, 3 ó 4, este campo deberá registrar valor 4. ▪ Si el campo (19) Pertenencia del Código es igual a 1 ó 2 entonces este campo deberá registrar el valor 2, 3 ó 4. Si el valor registrado en este campo es igual a 5, el campo 27 Valor Bonificado deberá ser igual a cero.
(21)	FECHA DE LA BONIFICACIÓN	Corresponde a la fecha (día, mes y año) de bonificación de la(s) prestación(es) que se informa(n), independientemente de la fecha en que se otorgó la prestación. Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia:

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ La fecha deberá corresponder al mismo período que se está informando mediante el campo (02) Fecha Información.
(22)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Corresponde a la denominación que la Isapre ha otorgado al plan de salud, suscrito por el cotizante, y vigente a la fecha de bonificación de la(s) prestación(es). Para estos efectos, la Isapre deberá usar el mismo código de identificación que el informado en el Archivo Maestro de Planes Complementarios, contenido en el Título III "Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas" del Capítulo II "Archivos Maestros" del Compendio de Información. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de consistencia: ▪ Se validará su consistencia con el campo 03 (Identificación Única del Plan) del Archivo de Planes según la Circular IF/N° 13/2006.
(23)	TIPO DE PRESTADOR	Identifica la característica del prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas, en cuanto a si pertenece al Sistema Público de Salud o al Sistema Privado, donde: 1: Prestador Institucional perteneciente al Sistema Público de Salud 2: Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud Si el prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas corresponde a una persona natural, corresponderá informar el código 2. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Valores Posibles: 1,2.
(24)	TIPO ATENCIÓN	Identifica la modalidad de atención en que se otorgó u otorgará la prestación, conforme haya sido bonificada por el asegurador. Se utilizará la siguiente codificación: 1: Atención Ambulatoria

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		2: Atención Hospitalaria Para estos efectos se entenderá por: ▪ Prestación de Atención ambulatoria: aquella realizada a un beneficiario, por un prestador, sin que requiera, complementariamente, de prestaciones de días cama. ▪ Prestación de Atención hospitalaria: aquella realizada a un beneficiario y que requiere o requirió que se haya efectuado con el paciente hospitalizado. La hospitalización no necesariamente requiere que el paciente pernocte en el establecimiento, por lo tanto, el alcance de la atención hospitalaria deberá definirse de acuerdo a la jurisprudencia establecida por esta Superintendencia en la normativa que regula la materia. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1, 2. Verificar consistencia de acuerdo a código de pabellón y código de prestación.
(25)	FRECUENCIA	Corresponde al número de veces que se bonificó la prestación respecto del bono de atención o el reembolso informado. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: ▪ Para la combinación de campos (04) RUN Beneficiario, (14) Número Programa Médico Principal (PAM) y (18) Código Prestación, la suma de valores informados en este campo no podrá ser mayor a 1 cuando en el campo (18) Código Prestación se informen procedimientos o cirugías.
(26)	VALOR FACTURADO	Corresponde al monto total en pesos que el prestador ha facturado o facturará por cada prestación de salud bonificada al beneficiario. En caso que la prestación que se informe corresponda a un examen preventivo, corresponde al costo total en pesos asumido por el asegurador. Validadores Técnicos:

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco.
(27)	VALOR BONIFICADO	Corresponde al monto total en pesos bonificado por el asegurador, por cada prestación de salud respecto del bono de atención o el reembolso informado. **En este campo No se deben incluir los valores informados en los campos (41) VALOR BONIFICADO POR BENEFICIO ADICIONAL y (42) VALOR BONIFICACIÓN EXTRACONTRACTUAL.**[187] Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ En el caso que la prestación no sea bonificable, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). ▪ Si el valor es bonificable debe ser mayor que cero. Validadores de Consistencia: ▪ Si el valor registrado en el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es igual a 5, este campo deberá ser igual a cero. ▪ Se verificará que si el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es 2, 3, 4 y 6, el valor registrado en este campo deberá ser distinto de 0 (cero).
(28)	MONTO COPAGO	Corresponde a la contribución que deberá efectuar el beneficiario -cotizante o carga- respecto de la prestación que se informa. Se obtiene de la diferencia entre el campo (26) Valor Facturado y el campo (27) Valor Bonificado.[188] **En este campo, No se debe incluir el valor informado en el campo (43) "MONTO DEL COPAGO DESPUÉS DE LA BONIFICACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL Y/O BONIFICACIÓN EXTRACONTRACTUAL".**[189] En caso que la prestación haya sido bonificada como consecuencia de un reembolso, corresponderá informar - en este campo- la diferencia entre el valor cobrado por el prestador,

[187] Especificación agregada por la Circular IF N°433, de 26.05.2023

[188] Especificación agregada por la Circular IF N°433, de 26.05.2023
[189] Especificación agregada por la Circular IF N°433, de 26.05.2023

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		registrado en la boleta o factura y la bonificación que la Isapre haya efectuado. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ En caso que el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registre un valor 1 (GES) y en el campo 18 (Código Prestación) se registra cualquiera de los códigos vinculados [190]con la codificación publicada por la Superintendencia en la Extranet respecto del Listado de Prestaciones Específicas anexo al Decreto Supremo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud que se encuentre vigente a la fecha de la bonificación GES, deberá informarse 0 (cero). ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Si el campo (3) Tipo de Registro es igual 2, 3 ó 4, este campo debe ser igual a (0) cero.
(29)	BONIFICACIÓN RESTRINGIDA	Indica si la prestación fue bonificada una vez consumidos los topes establecidos en el plan de salud, corresponde a preexistencias declaradas (18 meses) o embarazo en curso, y por ende se ha utilizado una bonificación proporcional. A efectos de informar a la Superintendencia, la Isapre deberá considerar los siguientes valores: 1: Sí 2: No Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1 y 2. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(30)	TIPO DE PLAN	Indica si el plan asociado al beneficiario objeto de la prestación contempla cobertura general o reducida. A efectos de informar a la Superintendencia, la Isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = Plan con cobertura General 2 = Plan con cobertura Reducida Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico.

[190] Especificación agregada por la Circular IF N°433, de 26.05.2023

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores Posibles 1 y 2.
(31)	HORARIO DE OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Indica el horario en que fue bonificada la prestación que se informa. Para efectos de informar a la Superintendencia, las Isapres deberán usar los siguientes valores: 1: Horario Hábil 2: Horario Inhábil 3: Sin Información, el que corresponderá en los casos en que la aseguradora no cuente con la información que se requiere. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1,2 y 3. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(32)	MODALIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Identifica si la intervención quirúrgica, bonificada al beneficiario, se realizó en forma simultánea o sucesiva a otra en el mismo acto quirúrgico correspondiente. Para tales efectos se utilizará la siguiente codificación: 1 = Si 2 = No 3 = No Aplicable En caso que la prestación que se informe en el campo 18 (Código de Prestación), no corresponda a una intervención quirúrgica, se registrará el valor 3 (No Aplicable). En caso que se realice sólo una prestación de tipo quirúrgica al beneficiario, corresponderá informar en este campo valor 2. Corresponderá informar valor 1, para todas las prestaciones quirúrgicas que cumplan con la condición de haberse efectuado en forma simultánea o sucesiva, no importando, para efectos de este archivo, su orden. Con todo, se entenderá que una prestación es de tipo quirúrgica cuando tenga asociada una Sala de Procedimientos o un Pabellón Quirúrgico. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Valores posibles 1, 2 y 3. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará su consistencia con lo informado en el campo (18) Código de Prestación, para los valores que registren en el campo (19) Pertenencia del código el valor 1 “Código de la Prestación pertenece al Arancel Fonasa”. ▪ Si el campo (18) registra valores cuyos 2 primeros dígitos están entre 01 y 10 (Prestaciones No Quirúrgicas), en este campo se registrará valor 3 “No Aplicable”. ▪ Para los códigos cuyos dos primeros dígitos sean distintos del rango 01 al 10, entonces este campo podrá registra los valores 1 ó 2.
(33)	LEY DE URGENCIA VITAL	Indica si la prestación de salud que se informa, deriva de una atención médica que implique riesgo vital o secuela funcional grave (urgencia o emergencia) conforme a la Ley N°19.650. Para efectos de informar a la Superintendencia, las Isapres deberán usar los siguientes valores: 1: Si 2: No Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1 y 2. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Ver si es posible validar contra archivo de urgencia vital GES.
(34)	CÓDIGO GRUPO PRESTACIÓN PRINCIPAL (GPP) GES[191]	Corresponde a la codificación del grupo de prestación que se informa para identificar el Problema de Salud, la Intervención Sanitaria y el Grupo de Prestación, conjuntamente. La prestación o grupo de prestaciones asociadas a un problema de salud incluido en el Decreto Supremo del MINSAL que fija las Garantías Explícitas en Salud (GES) a que se refiere la Ley N°19.966, y que se encuentre vigente, deberá informarse complementariamente en este archivo, empleando el Anexo N°6 “Codificación de Intervención Sanitaria y grupo de prestaciones”, en conformidad con el decreto vigente. Dicho

[191] Definición de campo modificada por la Circular IF N°339, 07.10.2019

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Anexo se encontrará disponible en la Extranet de esta Superintendencia. Por ejemplo: 7D3 = Confirmación de Pacientes con DM Tipo 2 25T2 = Implantación Marcapasos Unicameral VVI Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: Los códigos definidos en el Anexo N° 6 "Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones" ▪ Debe informarse siempre cuando el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registre un valor 1 (GES), en caso contrario se debe informar con una X.
(35)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES	Corresponde a la identificación única que le otorga la aseguradora a un caso GES. Corresponderá registrar las identificaciones asociadas a solicitudes de acceso aprobadas por la Isapre y que registren prestaciones o grupo de prestaciones derivados del problema de salud GES. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre cuando el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registre un valor 1 (GES), en caso contrario se debe informar con una X. Validadores de Consistencia: ▪ Debe existir en el Archivo Solicitudes Acceso GES.
(36)	IDENTIFICACIÓN ALTERNATIVA BENEFICIARIO	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona beneficiaria, en los casos en que ella no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. En este sentido, el valor (identificación) asignado, debe ser el mismo que se

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		emplee para identificar a la persona beneficiaria en otros archivos maestros que requieran este mismo campo o información, de manera que, se favorezca el cruce de datos entre tablas. Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo (04) RUN BENEFICIARIO, manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero), solamente en los casos en que al Beneficiario/ria nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Cuando la Identificación alternativa del Beneficiario/ria corresponda a la misma del o la cotizante, el valor del campo debe ser el mismo valor que el del o la cotizante. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: • Si a la persona beneficiaria se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). • Si a la persona beneficiaria nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
(37)	RUN COTIZANTE	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación, del o la cotizante, asociado a la persona beneficiaria a la que se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n). Por lo anterior, en el caso de informarse una carga que haya hecho uso de prestaciones, se deberá registrar (informar) en este campo, el RUN del o la Cotizante titular del contrato de salud, vigente al momento en que dicha carga se realizó la prestación. En caso que el o la Cotizante no tenga RUN por ser extranjero, deberá registrarse valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa (campo 39).

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN. Además, debe continuar informando el valor asignado en el campo 39, “Identificación Alternativa Cotizante”. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de miles. • Debe informarse siempre.
(38)	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUN COTIZANTE	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del o la cotizante (campo 37) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso que la persona cotizante no posea RUN, deberá registrarse valor X. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. • Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: • Si el campo “RUN Cotizante”, registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. • Si el campo “RUN Cotizante”, registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo, por medio de la rutina Módulo 11.
(39)	IDENTIFICACIÓN ALTERNATIVA COTIZANTE	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona Cotizante, en los casos en que ésta no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. En este sentido, el valor (identificación) asignado, debe ser el mismo que se emplee para identificar a el o la cotizante en otros archivos maestros que requieran este mismo campo o información, de manera que, se favorezca el cruce de datos entre tablas. Si la identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 37), manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que a la persona cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: • Si a la persona cotizante se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). • Si a la persona cotizante nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).[192]

1. Validadores Adicionales de Consistencia[193]

1.1. Consistencia con el mismo archivo

- Se validará que la combinación de campos (02) Fecha Información, (18) Código Prestación, (04) Run Beneficiario, (14) Número Programa Médico Principal (PAM), (16) Número de Bono de Atención y (17) Número de Reembolso, sea única.

1.2. Consistencia con otros archivos [194]

- Se verificará que cada RUN del beneficiario o beneficiaria informado en este archivo, se encuentre en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitida a esta Superintendencia, del periodo en que se realizó la prestación de salud. Para ello, se verificará que cada valor del campo (04) RUN Beneficiario, esté informado en la Base de Cotizantes y Cargas del periodo (mes y año) del campo (02) Fecha Información. Se exceptuarán de esta validación los beneficiarios Nonatos para el período informado.
- Se verificará que la identificación del sexo del beneficiario o beneficiaria informada en este archivo, corresponda a la información contenida en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitido a esta Superintendencia. Para ello, se verificará que cada valor del campo (06)

[192] Las definiciones de los campos 40,41,42,43 y 44 fueron eliminadas por la Circular IF/N°489 de 18 de diciembre de 2024.
[193] Validaciones modificadas por la Circular IF/N° 144, de 3 de febrero de 2011.
[194] Se modifican y agregan validaciones según la Circular IF N°/308, de 01.02.2018

Sexo Beneficiario, asociado a su respectivo RUN, sea igual al informado en la Base de Cotizantes y Cargas del periodo (mes y año) del campo (02) Fecha Información. Se exceptuarán de esta validación los beneficiarios Nonatos para el período informado.

- Se verificará que la edad del beneficiario o beneficiaria informada en este archivo, corresponda a la información contenida en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitido a esta Superintendencia, del periodo en que se realizó la prestación de salud. Para ello, se verificará que cada valor del campo (07) Edad Beneficiario, asociado a su respectivo RUN, sea igual al informado en la Base de Cotizantes y Cargas del periodo (mes y año) del campo (02) Fecha de Información. Se exceptuarán de esta validación los beneficiarios nonatos para el período informado.
- Se verificará que la condición de cotizante o carga informada en este archivo, corresponda a la información contenida en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitido a esta Superintendencia, del periodo en que se realizó la prestación de salud. Para ello, se verificará que cada valor del campo (08) Tipo de Beneficiario, sea coherente con dicha base del periodo (mes y año) del campo (02) Fecha Información.

Se verificará para el campo (18) Código Prestación lo siguiente:

- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 1 “Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA”, este campo deberá consignar como valor algún código del Arancel Fonasa de la Modalidad Libre Elección.

- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 2 “Código de la prestación es propio del Asegurador”, este campo deberá registrar algún código del Arancel de la Isapre, que en el campo (11) Código de Pertenencia correspondiente al Archivo Maestro de Aranceles -Contenido en el Título VII “Arancel de Prestaciones de Salud” del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información- registre valor 3 “Prestación adicional”.

- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 “Código de la Prestación definido por la Superintendencia”, este campo deberá registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000, o los del Anexo del Título IX “Prestaciones Examen de Medicina Preventiva”, del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información -o el que lo reemplace-.

- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 “Código de la Prestación definido por la Superintendencia”, y el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra valor 1 “GES”, debe registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000.

- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 4 “Código de la Prestación pertenece al Listado de Prestaciones Específicas (LPE) vigente del GES, y el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra valor 1 “GES”, debe registrar alguno de los códigos del LPE.

- Si el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra cualquier otro valor, distinto de 1 “GES”, este campo podrá registrar cualquiera de los valores posibles, con excepción de los códigos del Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES.

- Se verificará que el campo (22) Identificación del Plan, sea consistente con el campo (03) Identificación Única del Plan del Archivo Maestro de Planes, contenido en el Título III “Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas” del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información o aquella que la reemplace.
- Se verificará que lo informado en el campo (30) Tipo de Plan, sea consistente con el Archivo Maestro de Planes citado precedentemente, para el plan asociado al registro que se informa. Si el valor que se informa en este campo es 2 “Plan con Cobertura Reducida” en el archivo de Planes deberá consignarse el valor “Cobertura Reducida del Parto” o “Cobertura Reducida de Honorarios Médicos”.

1.3. Representatividad de valores por campo

Se definirá del total de registros informados en el período, un mínimo de representatividad aceptable respecto de los campos que se detallan a continuación.

- Los valores mínimos de representatividad serán publicados en la Extranet de esta Superintendencia con un mes de antelación a la fecha de entrega del respectivo archivo. Los registros serán validados de acuerdo a los porcentajes allí establecidos.
- Para el campo (03) Tipo de Registro se validará que los valores posibles: 1 “Curativa”; 2 “Examen de Medicina Preventiva”; 3 “Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo” y 4 “Control del niño sano”, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia
- Para el campo (06) Sexo Beneficiario se validará que los valores posibles: F “Femenino” y M “Masculino”, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (08) Tipo de Beneficiario se validará que los valores posibles: 1 ”Cotizante” y 2 “Carga”, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia
- Para los registros que en el campo (19) Pertenencia del Código- registren valor 1 “Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA”- se harán las validaciones que se indican a continuación, a partir del campo (18) Código de Prestación:
    - Se validará que los Grupos de Prestación del Arancel Fonasa se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia. Para ello se considerarán los 2 primeros dígitos de los valores indicados en el campo (18) Código Prestación.
    - Se validará que los Subgrupos de Prestación del Arancel Fonasa se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la

Superintendencia. Para ello se considerarán los 4 primeros dígitos de los valores indicados en el campo (18) Código Prestación.

- Se validará que los Códigos de Prestación del Arancel Fonasa se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia. Para ello se considerarán todos los dígitos de los valores indicados en el campo (18) Código Prestación.

- Para el campo (20) Cobertura Financiamiento de la Prestación, se validará que los valores posibles: 4 “Plan Complementario” y 1 “GES”, siempre estén representados, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (23) Tipo de Prestador, se validará que los valores posibles: 1 “Prestador Institucional” y 2 “Prestador perteneciente al sistema privado” siempre estén representados, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (24) Tipo Atención, se validará que los valores posibles: 1 “Atención Ambulatoria” y 2 “Atención Hospitalaria” siempre estén representados, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (29) Bonificación Restringida, se validará que los valores posibles: 1 “Sí” y 2 “No”, siempre estén representados cuando corresponda y en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (30) Tipo de Plan, se validará que los valores posibles: 1 “Plan con Cobertura General” y 2 “Plan con Cobertura Reducida”, siempre estén representados cuando corresponda y en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

- Se verificará para el campo (34) CÓDIGO GRUPO PRESTACIÓN PRINCIPAL (GPP) GES lo siguiente:

- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 “Código de la Prestación definido por la Superintendencia”, y el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra valor 1 “GES”, este campo deberá registrar alguno de los valores señalados en el Anexo N° 6 “Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones”, de acuerdo al Decreto que se encuentre vigente. El citado anexo, se encontrará disponible en la extranet de esta Superintendencia [195]

- Se verificará que el valor para el campo (35) IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES exista en el Archivo de Solicitudes de Acceso a la GES.

1.4. Validadores Sanitarios y Validadores de Frecuencia de Prestaciones

Para efectos de obtener datos de consistencia en la elaboración de estudios y estadísticas del sistema, se definirá para el total de registros informados, un grupo de validaciones efectuadas por un profesional de la Superintendencia en su calidad de experto y que se relacionan con las prestaciones otorgadas y sus características propias, como por ejemplo mecanismos evaluadores

[195] Definición de la Validación modificada por la Circular IF N°339, 07.10.2019

para aquellas prestaciones que por su naturaleza, corresponde otorgar a ciertos rangos de edad y a un sexo en particular. Asimismo, se incorporarán validadores que permitan medir la coherencia en la frecuencia de otorgamiento de prestaciones, a través de comparaciones entre distintos períodos (mensual, trimestral, semestral, anual). Efectuado este análisis, dicho profesional comunicará las posibles desviaciones a la isapre en particular, para que proceda a su evaluación y corrección, si correspondiese.

Anexo N° 2 : Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas [196]

1. Estructura Computacional

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
(02)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	Alfanumérico
(04)	NÚMERO DE REEMBOLSO	Alfanumérico
(05)	FECHA DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Numérico

2. Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Otorgadas

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.
(02)	FECHA INFORMACIÓN	Corresponde al mes y año de envío de la información. La información que se remita corresponderá a un detalle mensual de las prestaciones de salud efectivamente **otorgadas**.

[196] Archivo Maestro modificado en ciertos aspectos por la Circular IF 432, de 26.05.2023

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente que se informa. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ El valor no podrá ser mayor al mes y año en que se informa, ni menor que 012007.
(03)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la(s) prestación(es) de salud de la cual se informa su fecha de otorgamiento. En caso que la prestación que se informe sea bonificada a través de un reembolso, en este campo se informará valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Cuando el campo Número de Reembolso (04) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrarse un 0 (cero). ▪ El valor que se informe en este campo deberá existir en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, ya sea en el periodo que se informa o en otro anterior.
(04)	NÚMERO DE REEMBOLSO	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso al beneficiario, relacionado con la(s) prestación(es) de salud de la cual se informa su fecha de otorgamiento.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		En caso que la prestación que se informe sea bonificada a través de un Bono de Atención, en este campo se informará valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Cuando el campo Número de Bono de Atención (03) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrarse 0 (cero). ▪ El valor que se informe en este campo debe haber sido informado en el Archivo Maestro de Prestaciones bonificadas, ya sea en el periodo que se informa o en otro anterior.
(05)	FECHA DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Corresponde a la fecha (día, mes, año) en que el beneficiario recibió efectivamente la prestación a la que se refiere el Bono de Atención o el Reembolso que se informa. Se deberá registrar obligatoriamente información en este campo cuando: • Esté comprendida en un Programa de Atención Médica (PAM) • Corresponda una prestación garantizada o incluida en las GES • Haya sido emitida bajo la modalidad de bono electrónico • Haya transcurrido el plazo de vigencia del bono emitido, en la sucursal virtual o sucursal física,[197] conforme al plazo establecido por la isapre (**igual o superior a 30 días corridos contado desde la fecha de su emisión)**, según el artículo 11 “Modalidades de pago de las Atenciones Médicas -o el que lo reemplace- de las Condiciones de los

[197] Frase agregada a continuación del término “bono emitido” por la Resolución Exenta IF 394, de 20.07.2023

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Instrumentos Contractuales Uniformes, normado en el Capítulo I, Título II del Compendio de Contratos. **En este caso puntual, se deberá registrar como fecha 01011800.** Lo señalado, sólo con fines informativos para esta Superintendencia (e independiente al plazo de prescripción contenido en el Capítulo I, Título I, del Compendio de Beneficios). [198] • Haya transcurrido el plazo de vigencia para solicitar el reembolso, conforme al plazo establecido por la isapre (**igual o superior a 60 días corridos contado desde la fecha de emisión de la boleta o factura)**, según el artículo 11 "Modalidades de pago de las Atenciones Médicas -o el que lo reemplace- de las Condiciones de los Instrumentos Contractuales Uniformes, normado en el Capítulo I, Título II del Compendio de Contratos. **En este caso puntual, se deberá registrar como fecha 01011800**. Lo señalado, sólo con fines informativos para esta Superintendencia (e independiente al plazo de prescripción contenido en el Capítulo I, Título I, del Compendio de Beneficios).[199] Formato DDMMAAAA, donde: DD=día, MM=mes y AAAA=año. A efectos de informar a la Superintendencia, deberán considerarse los siguientes criterios: • En caso que la prestación haya sido otorgada cuando el paciente esté hospitalizado, se registrará la fecha de inicio de la hospitalización. • De Igual manera y tratándose de prestaciones ambulatorias que sean indicadas por el médico tratante en forma de ciclos, tal como la Kinesiterapia o Psicoterapia, se registrará la fecha de inicio de cada ciclo. • Por su parte, en caso de prestaciones asociadas a las GES y que se informen de acuerdo al Arancel GES, se informará la fecha de otorgamiento de la

[198] Especificación agregada por la Circular IF N°432, de 26.05.2023
[199] Especificación agregada por la Circular IF N°432, de 26.05.2023

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		primera prestación de cada “Prestación o Grupo de Prestaciones GES”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.

Anexo N°3 Archivo Maestro de Reliquidaciones de Prestaciones Bonificadas[200]

Características Generales del Archivo:

Característica	Descripción
Nombre Archivo	Archivo Maestro de Reliquidaciones de Prestaciones Bonificadas.
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato, sCCCAAAATT.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. • TT: trimestre que se informa. • EEE: extensión que identifica el archivo, en este caso debe informarse 140.
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 campo.
Información contenida en el archivo	Contiene información de todas las reliquidaciones de prestaciones de salud bonificadas, realizadas por las aseguradoras en el periodo que se informa. Se entenderá por reliquidación el proceso mediante el cual se recalcula el monto bonificado de una prestación de salud, previamente informada en el archivo maestro de Prestaciones Bonificadas. Los datos que se reportan en este archivo maestro no deben ser informados en el archivo de Prestaciones Bonificadas.
Información contenida en los registros del archivo	Cada registro del archivo corresponde al detalle de las reliquidaciones efectuadas a las personas beneficiarias de prestaciones de salud, informando el monto asociado a cada reliquidación, en el periodo que se informa.

[200] Anexo incorporado por la Circular IF/N°489, de 18 de diciembre de 2024.

Periodo de la información contenida en el archivo	Se informan únicamente las reliquidaciones efectuadas durante el trimestre que se informa.
Periodicidad de envío	Trimestral. Las aseguradoras deberán informar el día 10 del mes siguiente al trimestre que se informa. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

Estructura computacional:

N° CAMPO	NOMBRE CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Fecha Información	Numérico
03	RUN Beneficiario	Numérico
04	Dígito Verificador del RUN Beneficiario	Alfanumérico
05	Identificación Alternativa Beneficiario	Alfanumérico
06	RUN Cotizante	Numérico
07	Dígito Verificador del RUN Cotizante	Alfanumérico
08	Identificación Alternativa Cotizante	Alfanumérico
09	Tipo de Reliquidación	Numérico
10	Número Programa Médico Principal original	Numérico
11	Número Programa Médico Complementario original	Numérico
12	Número Bono Atención original	Alfanumérico
13	Número Reembolso original	Alfanumérico
14	Código Prestación Original	Alfanumérico
15	Fecha Bonificación original	Numérico
16	Fecha Reliquidación	Numérico
17	Tipo de Atención	Numérico

18	Número Bono Reliquidación	Alfanumérico
19	Número Reembolso Reliquidación	Alfanumérico
20	Monto Reliquidación	Numérico
21	Medio de pago Reliquidación	Numérico

Definiciones:

N° CAMPO	CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. • No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora. Validadores de Consistencia: • Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.
02	Fecha Información	Corresponde al mes y año en que se reliquidó la prestación que se informa. Se debe informar utilizando el formato MMAAAA, donde MM=mes y AAAA=año. Esta información deberá remitirse trimestralmente, pero con detalle mensual. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: • El valor informado en este campo debe estar contenido en el trimestre que se informa.

03	RUN Beneficiario	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), del beneficiario - cotizante o carga – al que se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n), tal como se informa en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas. En caso de aquellos beneficiarios Nonatos o beneficiarios sin RUN, deberá informarse el valor 0 (cero). Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de miles. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • En el caso de informar un valor mayor a cero, se validará que el valor registrado esté informado en el Archivo de Prestaciones Bonificadas.
04	Dígito Verificador del RUN Beneficiario	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario (campo 03), tal como se informa en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas. En caso de nonatos o beneficiarios sin RUN, deberá informarse el valor X. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. • Valores posibles: 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9, K y X. Validadores de Consistencia: • Si el campo RUN Beneficiario (03) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. • Si el campo RUN Beneficiario (campo 03) registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado por medio de la rutina Módulo 11.

05	Identificación Alternativa Beneficiario	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona beneficiaria, en los casos en que ésta no tenga RUN, al momento en que se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n). Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. En este sentido, el valor (identificación) asignado, debe ser el mismo que se emplee para identificar a la persona beneficiaria en otros archivos maestros que requieran este mismo campo o información, de manera que, se favorezca el cruce de datos entre tablas. Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Si, posteriormente, la aseguradora conoce el RUN del Beneficiario, éste debe ser incluido en el campo 03, manteniendo la Identificación Alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero), solamente en los casos en que al Beneficiario/ria nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Cuando la Identificación Alternativa del Beneficiario/ria corresponda a la misma del o la cotizante, el valor del campo debe ser el mismo valor que el del o la cotizante. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Si el campo RUN Beneficiario (03) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar un valor distinto de 0 (cero). • Si al momento de efectuar la reliquidación, el beneficiario cuenta con RUN, este campo debe registrar la identificación alternativa que tenía el beneficiario al momento de la bonificación de la prestación realizada.

06	RUN Cotizante	Corresponde al RUN titular del contrato de salud del cual es carga el beneficiario, al momento de la bonificación. Si el beneficiario es el mismo que el cotizante, se debe repetir el RUN beneficiario. En el caso de cotizantes sin RUN, se debe registrar valor 0 (cero). Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de miles. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • En el caso de informar un valor mayor a cero, se validará que el valor registrado esté informado en el Archivo de Prestaciones Bonificadas.
07	Dígito Verificador del RUN Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante (campo 06). Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. • Valores posibles: 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9, K y X. Validadores de Consistencia: • Si el campo RUN Cotizante (06) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. • Si el campo RUN Cotizante (06) registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado por medio de la rutina Modulo 11.
08	Identificación Alternativa Cotizante	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona cotizante, en los casos en que ésta no tenga RUN, al momento en que se le bonificó la prestación que se informa. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. En este sentido, el valor (identificación) asignado, debe ser el mismo que se emplee para identificar a la o el cotizante en otros archivos maestros que requieran este mismo campo

		o información, de manera que, se favorezca el cruce de datos entre tablas. Si la identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. Si, posteriormente, la aseguradora conoce el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo 06, manteniendo la Identificación Alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero), solamente en los casos en que a la persona cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Si el campo RUN Cotizante (06) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar un valor distinto de 0 (cero). • Si al momento de efectuar la reliquidación, el o la cotizante cuenta con RUN, este campo debe registrar la identificación alternativa que tenía la persona cotizante al momento de la bonificación de la prestación realizada.
09	Tipo de Reliquidación	Corresponde al tipo de reliquidación realizada por la institución de salud. Para efectos de informar, se deben utilizar los siguientes valores: 1=Reliquidación fallo judicial. 2=Reliquidación fallo arbitral. 3= Reliquidación por examen de medicina preventiva (EMP). 4= Reliquidación por fiscalización. 5= Otros motivos. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico.

		• Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. • Valores posibles: 1,2,3,4 o 5.
10	Número Programa Médico Principal original	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico relacionado con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s), que da origen a la reliquidación. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. • Valor mayor o igual a cero.
11	Número Programa Médico Complementario original	Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal para la cobranza de prestaciones, que da origen a la reliquidación. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. • Valor mayor o igual a cero. Validadores de Consistencia: • Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número Programa Médico Principal original (10) debe ser distinto de cero.
12	Número Bono Atención original	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s), que da origen a la reliquidación. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Cuando el campo Número Reembolso original (13) registre valor distinto de 0 (cero), este campo debe registrar valor 0 (cero).

13	Número Reembolso original	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario, que da origen a la reliquidación. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Cuando el campo Número Bono Atención original (12) registre valor distinto de 0 (cero), este campo debe registrar valor 0 (cero).
14	Código Prestación Original	Corresponde al código que identifica la prestación de salud bonificada al beneficiario, que da origen a la reliquidación. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
15	Fecha Bonificación original	Corresponde a la fecha de bonificación original de la prestación que se informa, independientemente de la fecha en que se otorgó la prestación. Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA =año. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: • La fecha deberá corresponder a un valor menor o igual al valor registrado en el campo Fecha Reliquidación (16).
16	Fecha Reliquidación	Corresponde a la fecha de reliquidación de la prestación original que se informa, independientemente de la fecha en que se otorgó la prestación.

		Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA =año. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: • La fecha deberá pertenecer al mismo mes que se está informando en el campo Fecha información (02).
17	Tipo de Atención	Corresponde a la modalidad de atención de la prestación a la cual se otorgó bonificación, que da origen a la reliquidación. Se utilizará la siguiente codificación: 1: Atención Ambulatoria. 2: Atención Hospitalaria. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. • Valores posibles:1 o 2. Validadores de Consistencia: • Cuando se registre en este campo el valor 2 (Atención Hospitalaria), se debe reportar un valor distinto de cero en el campo Número Programa Médico Principal original (10).
18	Número Bono Reliquidación	Corresponde al número de bono mediante el cual se realiza la reliquidación. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Cuando el campo Número Reembolso Reliquidación (19) registre valor distinto de 0 (cero), este campo debe registrar valor 0 (cero).

		• Este campo no debe ser igual al Número Bono original (12), cuando sea distinto de cero.
19	Número Reembolso Reliquidación	Corresponde al número de reembolso mediante el cual se realiza la reliquidación. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Cuando el campo Número Bono Reliquidación (18) registre valor distinto de 0 (cero), este campo debe registrar valor 0 (cero). • Este campo no debe ser igual al Número Reembolso original (13) cuando sea distinto de cero.
20	Monto Reliquidación	Corresponde al monto total en pesos, de la bonificación adicional realizada por la Isapre producto de una reliquidación de la prestación bonificada originalmente. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. • Valor mayor a cero.
21	Medio de pago Reliquidación	Corresponde al medio con el cual se reliquidó la prestación. Valores posibles: 1= Transferencia bancaria. 2= Abono a excedentes. 3= Vale vista. 4= Otro. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. • Valores posibles: 1,2,3 o 4.

Validadores Adicionales de Consistencia:

1) Se validará que la siguiente combinación de campos haya sido informada en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, en el mismo periodo de información o en periodos anteriores: Código Aseguradora (01), RUN Beneficiario (03), RUN Cotizante (06), Número Bono Atención (12), Número Reembolso original (13), Código Prestación original (14), Fecha Bonificación original (15), Tipo de Atención (17).

2) Si el campo Tipo de Reliquidación (09), registra valor 3 (Reliquidación por examen de medicina preventiva (EMP)), el valor registrado en el campo Código de Prestación original (14), deberá registrar algunos de los valores posibles definidos como EMP MINSAL o a los códigos de prestaciones trazadoras para la evaluación del cumplimiento de metas del Examen de Medicina Preventiva.

3) Se validará que la suma de los valores informados en el campo Monto Reliquidación (20) no sea mayor que el Monto Copago informado en el archivo maestro de Prestaciones Bonificadas asociado a la prestación que se ha reliquidado.

Anexo N° 4 Definición Computacional Archivos Maestros Prestaciones Bonificadas y Prestaciones Otorgadas [201]

MODALIDAD DE ALMACENAMIENTO

Característica del archivo:

- Archivo plano
- Código ASCII
- Un registro por línea
- Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
- Separador de campo “pipe” (|).

Nombre del archivo:

Deberá utilizarse el siguiente formato sCCCAAAAPP.XXX, donde para cada archivo se tiene lo siguiente:

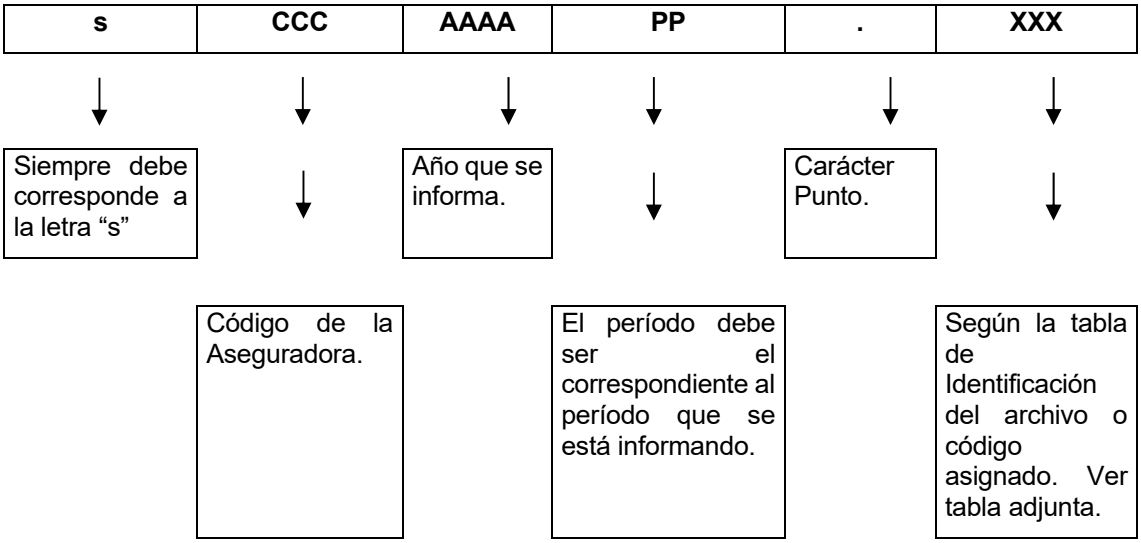


Tabla de identificación y codificación de archivos	
Archivo	Identificación del archivo
Prestaciones Bonificadas	031
Prestaciones Otorgadas	032

Porcentajes de error permitido [202]

[201] Número de anexo modificado por la Circular IF/N°489, de 18 de diciembre de 2024.
[202] Subtítulo agregado por la Circular IF N°432, de 26.05.2023

Se definirá expresamente, del total de registros informados en el período para el Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas, un mínimo de error aceptable. Los valores mínimos que se determinen, así como la metodología utilizada para calcular los porcentajes de error, serán publicados en la Extranet de esta Superintendencia, de modo que, los registros serán validados de acuerdo a los porcentajes y metodología allí establecidos. Estos últimos serán previamente notificados a los administradores de cada isapre y a los encargados de realizar la transferencia del citado archivo maestro, de acuerdo a lo instruido 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", Títulos I y II, del Compendio de Información o bien, mediante correo u oficio informativo sobre la materia.

Guía de Generación de Datos [203]

Corresponde al documento elaborado por esta Superintendencia, que se crea en base a los resultados de los procesos de la validación y de revisión de los archivos remitidos por las isapres, el cual resume tanto consultas atingentes efectuadas por las instituciones de salud, respecto de la conformación de los archivos, como también ciertos ejemplos explicativos relacionados con el tratamiento de algunas definiciones de campos, para el correcto envío de la información.

Tanto la eventual creación de la Guía de Generación de Datos del Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas, como sus posibles modificaciones o actualizaciones será notificada en su oportunidad, a los administradores de cada isapre y a los encargados de realizar la transferencia del citado archivo maestro, de acuerdo a lo instruido 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", Títulos I y II, del Compendio de Información o bien, mediante oficio informativo sobre la materia.

Dicho documento, se encontrará publicado para su consulta en la Extranet Institucional.

[203] Subtítulo agregado por la Circular IF N°432, de 26.05.2023

Título VI: Egresos Hospitalarios

1. Información y periodicidad

Las Instituciones de Salud Previsional, deberán confeccionar los Archivos Maestros de Egresos Hospitalarios, para proporcionar información detallada mensualmente.

Para tales efectos, se deberán llenar los campos que se presentan en el Anexo N° 1 de este Título, conforme a las instrucciones y especificaciones técnicas que se definen en el Anexo N° 2 de este Título.

Respecto al Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios, se han incorporado campos -como el RUN del beneficiario y el folio del programa médico- que permitirán establecer asociaciones entre las distintas tablas que mantiene la Superintendencia.

Este archivo deberá contener la información mensual de los egresos hospitalarios individuales y únicos, que correspondan a la/s alta/s médica/s por la/s cual/es, un beneficiario estuvo hospitalizado por alguna enfermedad y/o condición de salud principal y/o secundaria.

Además, se deberá incluir el registro de aquellos egresos hospitalarios que incluye a los pacientes fallecidos durante la hospitalización. La enfermedad principal y secundaria -si corresponde- debe registrarse conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedad en su versión número 10 (CIE-10).

2. Plazo de envío

Las aseguradoras deberán remitir en forma regular los archivos mensualmente, a más tardar el día 20 del mes siguiente al que se informa.

Los plazos que venzan en sábado, domingo o festivo, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

Anexo N° 1 Estructura Computacional del Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios

Cada registro del Archivo de Egresos Hospitalarios debe estar referido a un egreso individual y único, por el cual un beneficiario estuvo hospitalizado por alguna enfermedad y/o condición de salud. Este Archivo deberá incluir, además, el registro de aquellos egresos hospitalarios que incluye a los pacientes fallecidos durante la hospitalización, es decir, el egreso se informará en forma independiente de la condición de egreso del paciente.

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
(02)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	RUN BENEFICIARIO	Numérico
(04)	DV BENEFICIARIO	Alfanumérico
(05)	SEXO BENEFICIARIO	Alfabético
(06)	EDAD BENEFICIARIO	Numérico
(07)	TIPO DE BENEFICIARIO	Numérico
(08)	RUT DEL PRESTADOR	Numérico
(09)	DV DEL PRESTADOR	Alfanumérico
(10)	COMUNA DEL PRESTADOR	Numérico
(11)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO (PAM)	Numérico
(12)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Alfanumérico
(13)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	Alfanumérico
(14)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Numérico
(15)	FECHA DE INGRESO	Numérico
(16)	FECHA DE EGRESO	Numérico
(17)	CONDICIÓN AL EGRESO	Numérico
(18)	NÚMERO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	Numérico
(19)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Alfanumérico
(20)	TIPO DE PRESTADOR	Numérico

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.
(02)	FECHA INFORMACIÓN	Corresponde al mes y año de envío de la información. La información que se remita corresponderá a un detalle mensual de los egresos hospitalarios que hayan sido bonificados por la aseguradora al beneficiario, sea éste cotizante o carga. Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente al mes que se informa. Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ El valor no podrá ser mayor al mes y año en que se informa, ni menor que 012007.
(03)	RUN BENEFICIARIO	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), del beneficiario - cotizante o carga – asociado al egreso hospitalario que se informa.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		En caso de aquellos beneficiarios No Natos, en lugar del RUN deberá informarse el valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará su consistencia con el campo 04 (Dígito verificador beneficiario). ▪ Deberá existir en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud, con excepción de los beneficiarios No Natos.
(04)	DV BENEFICIARIO	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario (campo 03) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de aquellos beneficiarios No Natos, deberá informarse la letra X. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará su consistencia con el campo 03 (RUN beneficiario).
(05)	SEXO BENEFICIARIO	Identifica el sexo del beneficiario asociado al egreso hospitalario que se informa. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: F= Femenino y M=Masculino

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(06)	EDAD BENEFICIARIO	Corresponde a la edad del beneficiario asociada al egreso hospitalario que se informa. La edad debe estar expresada en años, debiendo considerarse para ello los años cumplidos a la fecha de bonificación. En caso de aquellos beneficiarios No Natos y aquellos que tengan menos de un año de vida, deberá informarse como edad el valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(07)	TIPO DE BENEFICIARIO	Identifica si el beneficiario tiene la calidad de Cotizante o Carga. Para este efecto, la isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del beneficiario a la fecha de bonificación del egreso: 1: Cotizante 2: Carga Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Valores Posibles: 1 y 2. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(08)	RUT DEL PRESTADOR	Corresponde al Rut del prestador donde ocurre el ingreso y egreso de la hospitalización del beneficiario. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores de Consistencia: ▪ Se validará su consistencia con el campo 09 (DV del Prestador).
(09)	DV DEL PRESTADOR	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del prestador (campo 08) aplicando la rutina denominada Módulo 11. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará su consistencia con el campo 08 (RUT del Prestador)
(10)	COMUNA DEL PRESTADOR	Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el prestador donde se produjo el ingreso y posterior egreso de la hospitalización del beneficiario. En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE. ▪ Debe informarse siempre. No se acepta vacío o blanco.
(11)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO (PAM)	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico asociado al egreso hospitalario que se informa. Tratándose de egresos hospitalarios asociados a varios programas médicos, se informará en este campo el folio del PAM en que se hayan registrado las prestaciones de Días Cama.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ El valor que se informe en este campo deberá existir en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, ya sea en el periodo que se informa o en otro anterior.
(12)	CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Corresponde al código del diagnóstico que identifica a la enfermedad principal, en relación al egreso hospitalario que se informa. Se deberá informar de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: los incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10). ▪ Debe informarse con todos los caracteres definidos en dicha clasificación, incluyendo puntos o símbolos especiales.
(13)	CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	Corresponde al código del diagnóstico que identifica a la enfermedad secundaria, en relación al egreso hospitalario que se informa. Se deberá informar de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10). En caso que la aseguradora sólo cuente con el código diagnóstico principal, se podrá informar en este campo el valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo Alfanumérico.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Debe informarse siempre. No se acepta blanco, ni vacío. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y los incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10). ▪ Debe informarse con todos los caracteres definidos en dicha clasificación, incluyendo puntos o símbolos especiales.
(14)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Indica si el beneficiario -cotizante o carga- fue sometido a una intervención quirúrgica durante la hospitalización o egreso que se informa. Los valores posibles son los siguientes: 1: Sí 2: No 3: No existe información Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3.
(15)	FECHA DE INGRESO	Corresponde al día, mes y año en que el beneficiario ingresó al recinto hospitalario, en relación al egreso hospitalario que se informa. Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.
(16)	FECHA DE EGRESO	Corresponde al día, mes y año en que el beneficiario egresó desde el recinto hospitalario, en relación al egreso hospitalario que se informa.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará su consistencia con el campo 15 (Fecha de ingreso). La fecha informada en este campo debe ser igual o posterior a la informada en el campo 15 (Fecha de ingreso).
(17)	CONDICIÓN AL EGRESO	Indica el estado del paciente al egreso, en cuanto a su condición vital. Los valores posibles son: 1: Vivo 2: Muerto 3: Sin información Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2 y 3. Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(18)	NÚMERO DE DÍAS HOSPITALIZACIÓN	Corresponde al número de días que el beneficiario permaneció hospitalizado. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(19) (	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan de salud suscrito por el cotizante y vigente a la fecha de bonificación del egreso hospitalario que se informa. Para estos efectos, la isapre deberá usar el mismo código de identificación que el informado en el Archivo de Planes según Circular IF N° 13/2006. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará su consistencia con el campo 03 (Identificación Única del Plan) del Archivo de Planes según la Circular IF/N° 13/2006.
(20) (	TIPO DE PRESTADOR	Identifica la característica del prestador, asociado al egreso hospitalario que se informa, en cuanto a si pertenece al Sistema Público de Salud o al Sistema Privado, donde: 1: Prestador perteneciente al Sistema Público de Salud 2: Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores posibles: 1 y 2.

Anexo N° 2 Especificaciones Técnicas

Definición Computacional Archivo Maestro Egresos Hospitalarios

MODALIDAD DE ALMACENAMIENTO

Característica del archivo:

- Archivo plano
- Código ASCII
- Un registro por línea
- Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
- Separador de campo “pipe” (|).

Nombre del archivo:

Deberá utilizarse el siguiente formato sCCCAAAAPP.XXX, donde para cada archivo se tiene lo siguiente:

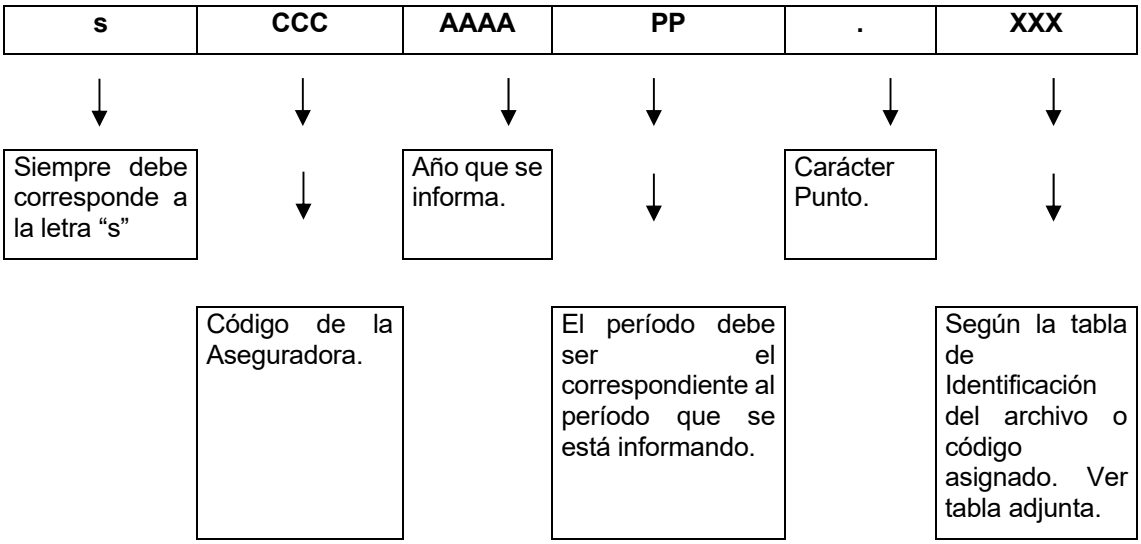


Tabla de identificación y codificación de archivos	
Archivo	Identificación del archivo
Egresos Hospitalarios	005

Título VII: Arancel de Prestaciones de Salud

Las Instituciones de Salud Previsional deberán confeccionar el "Archivo Maestro del Arancel de Prestaciones de Salud", de acuerdo a la estructura del archivo que se detalla en el Anexo de este Título.

En este archivo, deberán informarse todos los aranceles que la isapre tenga vigentes a la fecha de envío del mismo.

El Arancel informado deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud, o el que lo reemplace en la modalidad de libre elección. Cada código de prestación del Arancel de la isapre, deberá corresponder exactamente al mismo código e igual denominación o glosa de la prestación del Arancel Fonasa, salvo las prestaciones adicionales, no contempladas en el Arancel del Fonasa, las que deberán sujetarse en cuanto a forma y valorización a lo señalado en el Anexo de este Título.[204]

1. Valorización y reajuste[205] del arancel

Todas las prestaciones contempladas en el Arancel informado deberán estar expresadas en una misma unidad monetaria, esto es, en pesos ($) o en unidades de fomento (U.F.).

Cada prestación de salud incluida en el Arancel deberá tener asignado un valor arancelario único. En el caso de las intervenciones quirúrgicas, deberá informarse el valor total (o suma) asignado a los honorarios médico quirúrgicos, independientemente de la conformación del equipo médico, en el cual se incluirá al anestesista y a la arsenalera cuando esta última tenga bonificación.

El valor de cada una de las prestaciones de salud contenidas en los aranceles expresados en pesos deberá ser reajustado a lo menos una vez al año. Dicho reajuste no podrá ser inferior al 100% de la variación porcentual acumulada que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.), entre el mes precedente a aquél en que se efectuó el último reajuste y el mes anteprecedente a aquél en que se aplique el nuevo reajuste, ambos inclusive.

2. Prestaciones Adicionales[206]

Las prestaciones adicionales son prestaciones incorporadas en forma voluntaria por la isapre en su arancel para efectos de otorgar cobertura, distintas a las codificadas y contenidas en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección.

La isapre está facultada para incorporar prestaciones adicionales en la oportunidad que estime conveniente.

Las prestaciones adicionales deben clasificarse en los mismos grupos definidos por el Fonasa en su Arancel Modalidad Libre Elección.

Siempre prevalecerá la definición de las prestaciones del Arancel Fonasa por sobre la clasificación dispuesta por la isapre para las prestaciones adicionales, por tanto, en el evento

---

[204] Frase reemplazada por Circular IF/N° 256 de 2016.
[205] Modificado por Circular IF/N° 284 de 2017.
[206] Número reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

que una prestación incorporada por el Fonasa a su Arancel coincida con el código de la prestación adicional, creada por la Isapre, se deberá modificar el código de la prestación adicional, a fin de incluir la nueva prestación del Fonasa.

Asimismo, si la prestación adicional es incorporada por el Fonasa a su Arancel con un código distinto, la isapre deberá adoptar el código definido por dicho Fondo, de manera que tanto el código como la denominación de la prestación concuerden exactamente con la nueva prestación del Arancel Fonasa.

3. Envío del arancel

Las isapres deberán remitir anualmente a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud sus Aranceles de Prestaciones vigentes, dentro de los treinta días posteriores a la fecha de vigencia del Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección, de acuerdo a la estructura de archivo definida en el anexo de este Título. Dicho Arancel deberá contener todas las prestaciones que se hayan incorporado al referido Arancel el mismo año que se informa.

Con la finalidad de contar con los Aranceles de Prestaciones de Salud vigentes, cada vez que la isapre lo modifique, es decir, cuando incorpore una prestación, la elimine previa autorización de esta Superintendencia o reajuste el valor de las mismas, deberá enviar a esta Intendencia el archivo completo actualizado, dentro de los diez días hábiles siguientes contado desde la fecha de la respectiva modificación.[207]

La transferencia de este archivo se realizará a través de la red privada denominada Extranet Superintendencia de Salud, disponible en el Portal Web de esta Superintendencia, según las instrucciones relativas a la transmisión de información y remisión de los archivos maestros que se contienen en el Capítulo I de este Compendio.

Si tras la validación del archivo enviado, éste acusa fallas o errores, la Institución afectada deberá corregirlos y reenviarlos hasta que se apruebe definitivamente el proceso.

4. Incorporación de nuevas prestaciones en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección

La Institución de Salud Previsional está obligada a otorgar las nuevas prestaciones que se incorporen al Arancel del Fonasa desde el momento en que éste entra en vigencia, sin perjuicio de la posterior formalización de su Arancel y envío a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de acuerdo a las normas establecidas en estas instrucciones.

Segundo párrafo eliminado

5. Eliminación de prestaciones del Arancel de la isapre[208]

La isapre no puede eliminar prestaciones de su arancel.

No obstante lo anterior, si la isapre estima necesario eliminar una prestación de su arancel -que no sea de aquéllas contenidas en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección- en forma previa

[207] Párrafo intercalado por Circular IF/N° 256 de 2016.
[208] Número agregado por Circular IF/N° 256 de 2016.

deberá efectuar una solicitud formal a esta Superintendencia, argumentando la razón de dicha decisión.

Anexo Estructura Computacional, Características, Definiciones y Validadores Adicionales del Arancel de Prestaciones de Salud

1. Estructura Computacional[209]

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código de Aseguradora	Numérico
02	Fecha de Envío	Numérico
03	Identificación Única del Arancel	Alfanumérico
04	Fecha de Vigencia del Arancel	Numérico
05	Modalidad del Arancel	Numérico
06	Código de Prestación	Alfanumérico
07	Eliminado	
08	Eliminado	
09	Derecho de Pabellón	Numérico
10	Denominación de la Prestación	Alfanumérico
11	Código de Pertenencia	Numérico
12	Valor de Prestación	Numérico

2. Características Generales

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Arancel de Prestaciones de Salud.
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAAMM.EEE, donde: ▪ s: el nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la aseguradora ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: período que se informa, en este caso debe informarse “a1” ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse “034”

[209] Recuadro reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

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 Archivo	Deberán informarse todos los aranceles que la aseguradora tenga vigentes a la fecha de envío del mismo
Información contenida en un registro del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al detalle de una prestación asociada a un arancel
Periodicidad de envío del Archivo	Anual y cada vez que se modifique
Fecha de Envío de la información	▪ Las isapres deberán remitir anualmente a esta Intendencia su Arancel de Prestaciones vigente, dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia del Arancel Fonasa MLE. ▪ Cada vez que la isapre modifique su Arancel deberá enviar su archivo actualizado, dentro de los diez días hábiles siguientes contado desde la entrada en vigencia del mismo.

3. Definiciones

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código de 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	Fecha de Envío	Corresponde al mes y año que la aseguradora envía el archivo maestro del arancel a esta Superintendencia. Para efectos de informar, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA=año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
03	Identificación Única del Arancel	Corresponde a la denominación que la aseguradora ha otorgado al arancel que se está informando, con el objeto de identificarlo de manera única. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre. ▪ La denominación que se indique debe ser la misma para todas las prestaciones contenidas en el arancel que se está informando. Validador Consistencia con otros archivos: ▪ El nombre identificador del arancel informado debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.
04	Fecha de Vigencia del Arancel	Corresponde al mes y año a partir del cual entra en vigencia la versión del arancel que se está informando. Para efectos de informar, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA=año. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validador de Consistencia: ▪ Debe ser posterior a la fecha de publicación del Arancel Fonasa correspondiente al mismo año.
05	Modalidad del Arancel	Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el arancel que se informa. Debe informarse con valores 1 o 2, según corresponda, donde: 1 = UF 2 = $ Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 1, 2. ▪ La modalidad informada debe ser la misma para todas las prestaciones contenidas en el arancel que se está informando.
06[210]	Código de Prestación	Corresponde al código que identifica a la prestación de salud señalada en el arancel vigente de la isapre. Deben registrarse todos los códigos de las prestaciones incluidas en el arancel de la isapre que se informa, esto

[210] Campo reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		es, todos los códigos de las prestaciones incluidas en el Arancel del Fonasa Modalidad de Libre Elección y todos los códigos de las prestaciones adicionales. Las prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa modalidad libre elección deberán informarse con el código utilizado en el Arancel del Fonasa que se encuentre vigente. El código de la prestación adicional debe tener la misma estructura de la codificación del Arancel Fonasa, es decir, el primer y segundo dígito del código de la prestación debe corresponder al código de Grupo, el tercer y cuarto dígito del código de la prestación debe corresponder al código de Sub-Grupo y el quinto, sexto y séptimo dígito debe corresponder al código específico de la prestación dentro de cada Sub-Grupo. La prestación adicional deberá clasificarse en uno de los grupos contenidos en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección. · Los insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000. · Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000. · Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000, exceptuando las contenidas en el Arancel Fonasa Modalidad de Libre Elección. · Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000. · Las Drogas inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000. Los pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberán informarse a continuación de las prestaciones de salud con los códigos definidos en el Arancel del Fonasa, por ejemplo: 0000001 = Derecho de Pabellón 1 0000002 = Derecho de Pabellón 2 0000014 = Derecho de Pabellón 14.

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre. Validador de Consistencia con otros archivos: • Deben informarse, a lo menos, el total de códigos de prestaciones incluidos en el Arancel del Fonasa Modalidad Libre Elección que se encuentre vigente.
07	Eliminado	
08	Eliminado[211]	
09	Derecho de Pabellón	Corresponde al pabellón que tiene asociado el código de la prestación que se informa en el campo 06 (Código de Prestación). Si la prestación informada no considera derecho de pabellón o sala de procedimiento, este campo debe informarse con valor cero. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. Validador de Consistencia con otros campos: ▪ Para prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa, sólo se aceptarán valores entre 1 y 14.
10	Denominación de la Prestación	Corresponde a la glosa que se encuentra asociada al código de la prestación que se informa. Para prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa, la denominación de la prestación que se informe debe corresponder a la indicada en dicho arancel. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre.

[211] Campos eliminados por Circular IF/N° 256 de 2016.

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validador de Consistencia con otros archivos: ▪ Para prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa se verificará la coincidencia de la denominación.
11[212]	Código de Pertenencia	Identifica si la prestación informada se encuentra incluida en el Arancel del Fonasa Modalidad Libre Elección vigente o si es una prestación adicional de la isapre. Se considerará Prestación Adicional aquélla que la isapre incorpora en su arancel que no está contenida en el Arancel Fonasa. Debe informarse con valores 1 ó 3, según corresponda, donde: 1 = Prestación incluida en el Arancel Fonasa Eliminado 3 = Prestación adicional Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Valores posibles: 1 y 3. Validador de Consistencia con otros archivos: Para las prestaciones incluidas en el Arancel del Fonasa, sólo se aceptará el valor 1.
12	Valor de Prestación	Corresponde al monto único asignado a la prestación que se informa, expresado en pesos o UF, según corresponda al arancel que se está informando. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Si el monto informado se encuentra expresado en pesos, el valor de la prestación debe informarse sin puntos o comas (cifra entera).

[212] Campo reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Si el monto informado se encuentra expresado en UF, el valor de la prestación debe informarse con dos decimales, utilizando el punto como separador de decimales. Formato: 9999.99 Validadores de Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 05 (Modalidad del Arancel) registra valor 1, se verificará que el valor registrado en este campo contenga dos decimales y punto como separador decimal. ▪ Si el campo 05 registra valor 2, este campo deberá registrar un valor entero, sin punto ni parte decimal.

4. Validaciones Adicionales de Consistencia

Cada registro del archivo corresponde a una única prestación de un arancel. Para estos efectos se entenderá como prestación de un arancel a la combinación de los campos 01, 03 y 06 (Código de Aseguradora, Identificación Única del Arancel y Código de Prestación, respectivamente). En otras palabras, la combinación de los campos Código de Aseguradora, Identificación Única del Arancel y Código de Prestación no puede estar informado en más de un registro.

Título VIII: Información para el control y fiscalización de las GES en el Fonasa[213]

1. Del Control y Fiscalización de las GES[214]

En el marco del Control y Fiscalización del Régimen de Garantías en Salud y en concordancia con el artículo 29 de la Ley N°19.966, esta Superintendencia requerirá acceder a la información relacionada con aquellos beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, que han hecho uso del derecho a las Garantías Explícitas en Salud, teniendo en consideración que ese organismo cuenta con mecanismos de captura y registro de datos para su función de monitoreo y gestión de dichas garantías.

En efecto, el Fonasa deberá disponer de los mecanismos que permitan a esta Superintendencia acceder y obtener la información que comprende el Sistema de Gestión Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) que registra de forma individualizada los datos de los pacientes que solicitan atención y cumplen con los criterios de inclusión de las GES, conjuntamente con el seguimiento de sus atenciones, a lo largo de todo el ciclo de atención curativa.

Por lo anterior, y mediante la plataforma SIGGES -almacenada en la base de datos (Data-Mars)- la Superintendencia deberá tener acceso al mencionado sistema con el fin de obtener información de todos aquellos beneficiarios que han solicitado y/o requerido atención en un prestador de la red asistencial por un problema de salud garantizado, independiente de la etapa del ciclo de atención en que se encuentren o del estado del caso GES (Activo/Cerrado). Asimismo, se considerarán en el análisis, los eventos, prestaciones o grupo de prestaciones que sean hitos que marcan el inicio o término del plazo establecido en la garantía de oportunidad a las que tiene derecho el beneficiario, según el problema de salud por el cual ha requerido prestaciones, además de sus fechas y/u horas de otorgamiento respectivas, entre otros datos relevantes.

En otro ámbito, se analizará además, información relacionada con el prestador que otorgó las prestaciones o grupo de prestaciones derivadas de un problema de salud garantizado, así como el respectivo copago efectuado por estas últimas, hayan sido cubiertas o no por las GES.

En aquellos casos en que no se otorgue la prestación requerida, esta Superintendencia indagará sobre la información relacionada con la causal invocada al efecto y los fundamentos que motivaron tal decisión.

Con la asignación de las claves respectivas que ha entregado el Fonasa a este Organismo de Control, para el acceso a su sistema y/o repositorio de datos, se procederá a la captura de la información respecto de las materias que se han definido para efectos de fiscalización y control de las Garantías Explícitas en Salud en el Fonasa, en conformidad con la publicación del decreto, la Ley N°19.966 y sus reglamentos.

De acuerdo a lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá designar uno o más funcionarios encargados de la administración del SIGGES y el repositorio Data- Mart, que estén disponibles para recibir consultas que puedan surgir respecto de la información de ese sistema y la base de

---

[213] Título modificado por la Circular IF/N° 268, de 17 de junio de 2016.

[214] Modificado por la Circular IF N°303, del 21 de diciembre de 2017 que, además, deroga Circular 268/16

datos. La identificación del o los encargados deberá ser informada formalmente con a lo menos 7 días corridos de antelación a la entrada en vigencia del respectivo Decreto Supremo, a los correos electrónicos sarmijo@superdesalud.gob.cl, fsoto@superdesalud.gob.cl y Croman@superdesalud.gob.cl. [215]

[215] Modificado por Circular IF 335, 01.10.2019

Título IX: Prestaciones del Examen de Medicina Preventiva[216] [217]

1. Información requerida

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales ha resuelto controlar el cumplimiento de metas asociado al Examen de Medicina Preventiva, empleando para ello la información contenida en el Archivo Maestro de Prestaciones de Salud y de Egresos Hospitalarios, que es remitido regularmente a esta Superintendencia, conforme a las instrucciones dictadas a través de la Circular IF/35, de 02 de febrero de 2007, modificada por la Circular IF/62, de 19 de febrero de 2008, contenidas en el Título V del Capítulo II "Archivos Maestros" del Compendio de Información.

En este sentido, las isapre deberán emplear el Anexo denominado "CÓDIGOS REFERENCIALES DE PRESTACIONES EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA", ajustado a las nuevas disposiciones instruidas en la citada Resolución Exenta N°1.236, y que forma parte de este Título. Este último servirá de base para completar el campo (18) "Código Prestación" del Archivo de Prestaciones Bonificadas.

2. Envío de la información

La información relacionada con el Examen de Medicina Preventiva, será capturada mediante el Archivo Maestro de Prestaciones de Salud, cuyas características de envío, periodicidad y estructura se encuentran establecidas en la referida Circular IF/N°35/2007.

[216] Atendido que a contar del 1 de julio de 2013 tiene vigencia el Decreto GES, N°4, de febrero de 2013, de los Ministerios de Salud y Hacienda, mediante Circular IF N° 185, 15.4.2013, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales impartió instrucciones a las isapres y al Fonasa, a objeto de que informen a sus afiliados y afiliadas sobre la incorporación de nuevas condiciones de salud garantizadas y el derecho a realizarse gratuitamente el examen de medicina preventivo.
[217] Modificado por la Circular IF/N° 187, de 2 de mayo de 2013.

Anexo: Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva[218]

GRUPOS ETARIOS Y CICLO VITAL	PROBLEMA DE SALUD A PREVENIR	DESCRIPCIÓN EXAMEN	CÓDIGO EXAMEN
Embarazadas	Diabetes Mellitus Gestacional, Prevención en Embarazadas	Glicemia en ayunas	0302347
	VIH/SIDA, Prevención en Embarazadas	Examen diagnóstico[219] de Infección por VIH en sangre, previa información sobre infección, de acuerdo a la normativa vigente	0306369
	Sífilis, Prevención en Embarazadas	VDRL o RPR en sangre	0306342
	Infección Urinaria, Prevención en Embarazadas	Urocultivo	0306311
	Sobrepeso y Obesidad, Prevención en Embarazadas	Medición de peso y talla	0108124
	Hipertensión Arterial, Prevención en Embarazadas	Medición estandarizada de Presión Arterial	0108112
	Bebedor Problema, Prevención en Embarazadas	Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el uso de Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada	0108111
	Tabaquismo, Prevención en Embarazadas	Aplicación del instrumento Estrategia 5A´s	0108113
Recién Nacidos	Fenilcetonuria, Prevención en Recién Nacidos	Determinación de Fenilalanina en sangre	0302336
	Hipotiroidismo Congénito, Prevención en Recién Nacidos	TSH en sangre	0303324
	Displasia del desarrollo de caderas, Prevención en Recién Nacidos	Maniobra de Ortolani o Barlow	0108106

[218] Modificado por la Circular IF/N° 187, de 2 de mayo de 2013.
[219] Descripción modificada por la Circular IF N°339, 07.10.2019

GRUPOS ETARIOS Y CICLO VITAL	PROBLEMA DE SALUD A PREVENIR	DESCRIPCIÓN EXAMEN	CÓDIGO EXAMEN
Lactantes	Displasia del desarrollo de caderas, Prevención en Lactantes	Radiografía de pelvis	0401351
Niños y Niñas a los 4 años	Sobrepeso y Obesidad, Prevención en Niños y Niñas de 4 años	Medición de peso y talla	0108114
	Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual, Prevención en Niños y Niñas de 4 años	Aplicación de Cartilla LEA	0108107
	Malos hábitos bucales, Prevención en Niños y Niñas de 4 años	Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales	0108108
Personas de 15 y más años	Beber problema, Prevención en Personas de 15 años y más	Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el uso de Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada	0108101
	Tabaquismo, Prevención en Personas de 15 años y más	Aplicación del instrumento Estrategia 5A´s	0108103
	Sobrepeso y Obesidad, Prevención en Personas de 15 años y más	Medición de peso y talla y circunferencia de cintura	0108104
	Hipertensión Arterial, Prevención en Personas de 15 años y más	Medición estandarizada de Presión Arterial	0108102
	Diabetes Mellitus, Prevención en Personas de 15 años y más	Glicemia en ayunas	0302447
	Sífilis, Prevención en Personas con riesgo de 15 años y más	VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) en sangre	0306442
	Tuberculosis, Prevención en Personas de 15 años y más con síntomas respiratorios	Baciloscopía a personas con tos productiva por 15 días o más	0306301
Mujeres de 25 a 64 años	Cáncer Cervicouterino, Prevención en Mujeres de 25 a 64 años	Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical	0308309

GRUPOS ETARIOS Y CICLO VITAL	PROBLEMA DE SALUD A PREVENIR	DESCRIPCIÓN EXAMEN	CÓDIGO EXAMEN
Personas de 40 y más años	Dislipidemia, Prevención en Personas de 40 años y más	Medición de colesterol total	0302367
Mujeres de 50 a 59 años	Cáncer de Mama, Prevención en Mujeres de 50 a 59 años	Mamografía cada 3 años	0401310
Adultos de 65 y más años	Autonomía Funcional en Personas de 65 años y más	Cuestionario estandarizado, Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM)	0108105

Título X: Instrucciones de envío de información sobre redes de prestadores[220] GES

Las isapres deberán informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales acerca de los prestadores con que han celebrado convenios para brindar las atenciones relacionadas con las Garantías Explícitas en Salud.

Información de Prestadores

Cada isapre deberá informar los prestadores referidos mediante el envío de un archivo maestro denominado "Prestadores Convenidos GES", cuyas características, estructura y contenido se presenta a continuación.

1. Características Generales del Archivo

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	PRESTADORES GES EN CONVENIO
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAAMM.EEE, donde: ▪ s: el nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia (Link de códigos de Isapres: http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-2528.html) ▪ AAAA: año en que se informa ▪ MM: mes en que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse "075"
Características del Archivo	▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea (para cada Intervención – prestación) ▪ Separador de campo carácter pipe (|) ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	La aseguradora deberá informar en este archivo, los convenios GES vigentes con prestadores institucionales e individuales, según el Decreto Supremo que corresponda, por cada intervención sanitaria y prestación o grupos de prestaciones correspondiente. Este archivo contendrá entre otra información, aquella relacionada con el período de vigencia del convenio con el prestador GES (fecha de inicio y

[220] Título modificado por la Circular IF N°307, de 30.01.2018

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	término). Respecto de este dato se debe aclarar lo siguiente: Cualquier suspensión o interrupción temporal del convenio-sin importar su naturaleza- que se produzca antes de la fecha establecida contractualmente y con anterioridad a la fecha de envío del archivo, se deberá comunicar formalmente al Subdepartamento de Fiscalización de Garantías en Salud, especificando el nombre del prestador que lo reemplazará -si correspondiere- y durante qué fechas. Si la suspensión coincide con el deber de informar un Hecho Relevante, a esta Superintendencia en conformidad con la letra B del Título I "Información sobre Hechos Relevantes" del Capítulo IV del Compendio de Información, sólo se deberá remitir copia del documento sobre dicha información de carácter relevante. Se debe indicar además, que si la suspensión o interrupción del convenio coincide con la fecha de envío de este archivo, sólo se deberá comunicar por escrito al Subdepartamento de Fiscalización de Garantías en Salud la información como se especificó precedentemente (comunicación formal o si corresponde copia del Hecho Relevante y especificación del prestador), **sin emplear el campo "Fecha Término vigencia del convenio"**, pues se reservará el uso de este archivo sólo para reflejar la situación de término definitivo del convenio con el prestador. En caso de un término anticipado del convenio con el prestador, que ocurra antes de la fecha en que se deba remitir a esta Superintendencia el Archivo Maestro de Prestadores Convenidos, se deberá informar al Subdepartamento de Fiscalización de Garantías en Salud -como ya se indicó precedentemente- una comunicación formal o si corresponde copia del Hecho Relevante, sin perjuicio que cuando corresponda enviar el archivo mensual, esta información sea incorporada en el campo que corresponda.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Información contenida en los registros del Archivo[221]	Cada registro del archivo corresponderá a un prestador convenido GES para un problema de salud, intervención sanitaria y prestación o grupo de prestaciones correspondiente. La codificación que se utilizará para informar cada Problema de Salud, Intervención Sanitaria y Prestación o Grupo de prestaciones, está asociada al Decreto Supremo vigente y relacionado con la información que solicita esta Superintendencia en el ámbito de las GES, esto es, el Anexo N°4 (”Codificación de Problema de Salud”) y el Anexo N°6 (“Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones”), con una codificación única para los distintos archivos relacionados a las garantías explícitas. El Anexo N°4 emplea como códigos los números asignados a los problemas de Salud GES según el Decreto Supremo que se encuentre vigente. Ambos Anexos (4 y 6) podrán ser obtenidos y consultados en la red “Extranet” de esta Superintendencia. Respecto a la información relativa al grupo de prestaciones, se debe aclarar que en caso que el prestador convenido otorgue sólo algunas de las prestaciones del grupo, se deberá informar de igual manera el código asignado al grupo de prestaciones -según el anexo correspondiente- y adicionalmente, se deberá llenar el campo “Prestaciones en convenio” que presenta un desglose de las prestaciones efectivamente convenidas. De esta forma, se concluirán cuáles son las prestaciones unitarias exceptuadas del convenio. Finalmente, para aquellos Prestadores Institucionales que no cuenten con el código DEIS, se hará exigible a las isapres el llenado de los campos “Nombre del Prestador Institucional” y “Razón social del Prestador Institucional”

[221] Modificado por la Circular IF N°339, 07.10.2019

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Período de información contenida en el Archivo	Los prestadores institucionales o individuales en convenio GES vigentes a contar del 1 de enero de 2018.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información, de los prestadores institucionales o individuales en convenio GES.
Periodicidad de envío	Mensual. Las Isapres deberán informar el día 20 del mes siguiente al que se informa. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

2. **Estructura Computacional**

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Periodo de Información	Numérico
03	Problema de Salud	Numérico
04	Tipo de Intervención Sanitaria	Alfabético
05	Código Grupo de Prestación Principal (GPP) GES	Alfanumérico
06	Prestaciones en convenio	Multivalor
07	Fecha Inicio vigencia del convenio	Numérico
08	Fecha Término vigencia del convenio	Numérico
09	Región Convenida	Numérico
10	Tipo de prestador (individual o institucional)	Numérico
11	RUT del Prestador (individual o institucional)	Numérico
12	DV del RUT del Prestador (individual o institucional)	Alfanumérico
13	Código DEIS del Prestador Institucional	Alfanumérico
14	Nombre del Prestador Institucional	Alfanumérico
15	Razón social del Prestador Institucional	Alfanumérico
16	Dirección del Prestador (individual o institucional)	Alfanumérico

17	Comuna del Prestador (individual o institucional)	Numérico
18	Región del Prestador (individual o institucional)	Numérico

3. **Definiciones**

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	Período de Información	Corresponde al mes y año en que se envía la información. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM= mes y AAAA= año. Este archivo contendrá únicamente los prestadores en convenio por cada prestación o grupos de prestaciones asociada a la intervención sanitaria y Problema de salud GES, del mes que se está informando. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
03	Problema de Salud [222]	Corresponde al código de la enfermedad o condición de salud, asociada al prestador convenido GES que se informa. Dichos códigos se encuentran definidos en el Anexo N°4. "Codificación de Problema de Salud" , dispuesto en la Extranet de esta Superintendencia. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Valores posibles: Los códigos definidos en el Anexo N°4. ▪ Debe informarse siempre.
04	Tipo de Intervención Sanitaria [223]	Se refiere a la codificación del tipo de intervención sanitaria, asociada al código del grupo de prestaciones GES que se informa. Dichos códigos se encuentran definidos en el Anexo N°6 "Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones", dispuesto en la Extranet de esta Superintendencia. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Alfabético. ▪ Valores posibles: Los códigos definidos en el Anexo N°6. ▪ Debe informarse siempre.
05	Código Grupo de Prestación Principal (GPP) GES [224]	Se refiere a la codificación del grupo de prestaciones GES que se informa. Dichos códigos se encuentran definidos en el Anexo N°6. "Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones" Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Valores posibles: Los códigos definidos en el Anexo N°6.

[222] Campo modificado por la Circular IF N°339, 07.10.2019

[223] Campo modificado por la Circular IF N°339, 07.10.2019
[224] Campo modificado por la Circular IF N°339, 07.10.2019

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Debe informarse siempre.
06	Prestaciones en convenio [225]	Corresponde al desglose o detalle de las prestaciones unitarias que se otorgan de acuerdo al convenio suscrito con el prestador. Respecto a la información relativa a este campo, se debe informar solo en caso que el prestador convenido otorgue algunas de las prestaciones del grupo. De esta forma, se concluirán cuáles son las prestaciones unitarias exceptuadas del convenio. Por ejemplo: si el convenio suscrito con el prestador sólo contempla Consulta integral de especialidades en Ginecología y Obstetricia CDT (0101108) y ecotomografía doppler de vasos placentarios (0404122), se deberá informar:0101108; 0404122 Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo Multivalor (separados por punto y coma) ▪ Debe informarse siempre. ▪ Si el prestador convenido otorga todas las prestaciones del grupo, se debe informar N/A. Las prestaciones unitarias GES, se informarán de acuerdo al código asignado por esta Superintendencia al Listado de Prestaciones Específicas, correspondiente al Decreto Supremo vigente en el mismo orden y estructura. Tal listado se encontrará disponible en la Extranet de esta Superintendencia. Se deberá utilizar el mismo orden y estructura. Ejemplo: 0101101: corresponde a Consulta o Control Médico Integral

[225] Campo modificado por la Circular IF N°339, 07.10.2019

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente. En caso de tratarse de prestaciones sin códigos GES, se debe incluir los códigos del Arancel FONASA MLE, los códigos propios de las Isapres y los códigos definidos por esta Superintendencia de Salud para las prestaciones siguientes: ▪ El uso de Pabellones Quirúrgicos o Salas de Procedimientos deberá informarse con los códigos adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo: 0000001 = Sala de Procedimientos 1. 0000002 = Sala de Procedimientos 2. 0000014 = Derecho de Pabellón 14. ▪ Los Insumos y Materiales Clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000. ▪ Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000. • Las Prestaciones Dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000. • Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000. • Las Drogas Inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000.
07	Fecha Inicio vigencia del convenio	Corresponde a la fecha (día, mes y año) en que se da inicio al período de vigencia del convenio con el prestador institucional o individual.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD= día, MM= mes y AAAA= año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Debe utilizarse carácter separador de dígitos (DDMMAAAA) ▪ Debe informarse siempre.
08	Fecha Término vigencia del convenio	Corresponde a la fecha (día, mes y año) del término del período de vigencia del convenio con el prestador institucional o individual, la que se informa sólo en la fecha en que ocurre. En caso que no haya finalizado el convenio, se debe registrar el código 01013000. Por ejemplo: En el caso que el convenio tenga fecha de término en el mes de marzo 2020, en el Archivo Maestro correspondiente a dicho mes y año en particular, se deberá informar el término del convenio y no antes, aun cuando se encuentre en conocimiento de la Isapre. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD= día, MM= mes y AAAA= año. Cualquier suspensión, interrupción temporal o término anticipado del convenio, que se produzca antes de la fecha establecida contractualmente y con anterioridad a la fecha de envío del archivo-sin importar su naturaleza- se deberá seguir con las indicaciones establecidas en el recuadro “Información contenida en el Archivo”, del punto 1 “Características Generales del Archivo” de la presente instrucción.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Debe utilizarse carácter separador de dígitos (DDMMAAAA) ▪ Debe informarse siempre.
09	Región del Convenio	Corresponde al código de la región donde el Prestador institucional o individual en convenio otorgará las prestaciones de salud garantizadas. La información correspondiente al domicilio o ubicación geográfica del prestador se informará en el campo 18 “Región del Prestador (individual o institucional)”. Deberán informarse tantos registros como regiones tenga convenida la Isapre para una determinada prestación o grupo de prestaciones. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Valores posibles: Según codificación INE. ▪ Debe informarse siempre.
10	Tipo de prestador	Identifica el tipo de prestador que otorgará las atenciones de salud que se informan, en cuanto a si corresponde una persona natural o a un establecimiento asistencial. Para efectos de informar a la Superintendencia se deberán usar los siguientes valores: 1: Prestador Institucional. 2: Prestador Individual. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Valores posibles: 1 ó 2.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Debe informarse siempre.
11	RUT del Prestador (individual o institucional)	Corresponde al RUT del prestador institucional convenido GES (***incluye las sociedades médicas***) o RUT del prestador individual que otorgó u otorgará la prestación o grupo de prestaciones que se informa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.
12	DV del RUT del Prestador (individual o institucional)	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del prestador institucional (incluye sociedad médica) o RUT del prestador individual 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.
13	Código DEIS del Prestador Institucional	Corresponde a la codificación alfanumérica establecida por DEIS (Departamento Estadística e Información de Salud) del Ministerio de Salud para los establecimientos de salud. En aquellos casos que se informe el código DEIS para identificar al Prestador Institucional, no será necesario llenar los campos “Nombre del Prestador Institucional” y “Razón social del Prestador Institucional”. Esta información estará disponible en la Extranet para su descarga y constante actualización. De no existir codificación DEIS, para el prestador institucional que se informa, corresponderá registrar 0 (cero). Validadores Técnicos del campo:

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Valores posibles: Según codificación del DEIS- MINSAL ó 0 (cero). ▪ Debe informarse siempre.
14	Nombre del Prestador Institucional	Corresponde al nombre comercial asociado al RUT del prestador institucional que se informa. En caso que se trate de prestadores que operan a través de varias sucursales, en una ciudad o a lo largo del país, el valor que se informe en este campo corresponderá a una concatenación entre el Nombre comercial y la Sucursal respectiva. Ejemplo: Megasalud Ñuñoa, Megasalud Arica o Integramédica La Florida. En caso que la prestación o grupo de prestaciones no esté asociada a un prestador institucional, es decir, sólo a un prestador individual, deberá consignarse en este campo “NO APLICA”. Corresponderá informar 0 (cero), cuando se consigne el código DEIS en el campo “Código DEIS del Prestador Institucional” <u>Validadores Técnicos del campo:</u> ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Tipo mayúscula sin tilde. ▪ Nombre del prestador sin abreviaturas, puntos y guión. ▪ Valores posibles: Según Nombre comercial del Prestador Institucional, “No Aplica” ó 0 (cero) ▪ Debe informarse siempre.
15	Razón social del Prestador Institucional	Corresponde a la razón social asociada al RUT del prestador institucional que se informa. En caso que la prestación o grupo de prestaciones no esté asociada a un prestador institucional, es decir, sólo a un prestador individual, deberá consignarse en este campo “NO APLICA”. Corresponderá informar 0 (cero), cuando se consigne el código DEIS en el campo “Código DEIS del Prestador Institucional”

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Tipo mayúscula sin tilde. ▪ Nombre del prestador sin abreviaturas, puntos y guión. ▪ Valores posibles: Según Razón social del Prestador Institucional, "No Aplica" ó 0 (cero) ▪ Debe informarse siempre.
16	Dirección del Prestador (individual o institucional)	Corresponde a la dirección del prestador institucional o individual en convenio: Avenida/Calle, número, oficina. Cada dato informado deberá concatenarse Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Tipo mayúscula sin tilde. ▪ Dirección del prestador sin abreviaturas, puntos y guión. ▪ Debe informarse siempre.
17	Comuna del Prestador (individual o institucional)	Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el prestador institucional o individual, asociado a la prestación o grupo de prestaciones que se informa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Valores posibles: Según codificación del INE. ▪ Debe informarse siempre.
18	Región del Prestador (individual o institucional)	Corresponde al código INE de la región donde registra su domicilio el prestador institucional o individual, asociado a la prestación o grupo de prestaciones que se informa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Valores posibles: Según codificación INE. ▪ Debe informarse siempre.

Título XI: Información para el control y fiscalización de las GES en las isapres

I. Precio de las Garantías Explícitas en Salud en el sistema isapre [Eliminado][226]

II. Fiscalización de las GES en las Isapres[227] [228]

Las Instituciones de Salud Previsional deberán confeccionar Archivos Maestros, en conformidad a los criterios definidos por esta Superintendencia, como uno de los mecanismos para proporcionar información detallada respecto de aquellos beneficiarios que han hecho uso del derecho a las Garantías Explícitas en Salud y especialmente, sobre las materias referidas a dichas garantías en concordancia con el artículo 29 de la Ley N°19.966.

1. Criterios a considerar para la generación y correcto llenado de los archivos maestros

Las[229] isapres deberán establecer los mecanismos de captura y registro de los datos requeridos por esta Intendencia y de toda aquella información que permita dar cuenta de la función que la Ley N°19.966 les asigna, en cuanto a las Garantías Explícitas en Salud. Asimismo, deberán estar en condiciones de entregar antecedentes de respaldo que acrediten los datos que se informan.

1.1. Solicitudes de Acceso a las GES en isapres. Incluye los datos asociados al proceso de recepción y resolución de solicitudes de acceso a las GES en las isapres.

La información que se incluya en el archivo maestro será acumulada y deberá enviarse en forma mensual.

1.2. Detalle de Casos GES para Garantía de Oportunidad. En él se registrarán los hitos asociados a las distintas garantías de oportunidad, que se controlarán a través del sistema informático de control del Régimen de Garantías en Salud de esta Intendencia, así como sus fechas y horas de otorgamiento respectivas. Lo señalado, sin perjuicio de la obligación de la isapre de mantener el detalle y registro de aquellas garantías que en esta ocasión, no fueron incorporadas en la medición que realizará el citado sistema de control, pero que constituyen materia de fiscalización, especialmente en lo que respecta al plazo dentro del cual deberán ser otorgadas las prestaciones correspondientes, en concordancia con lo establecido en el Decreto Supremo del MINSAL, que fija las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la Ley N°19.966 y en correspondencia además, con el Artículo 29 de dicha ley.

Este archivo contendrá los datos del mes que se informa y deberá remitirse mensualmente.

---

[226] El numeral I fue derogado por la Circular IF/N°301, del 06.12.17
[227] Número modificado por la Circular IF/N° 193, de 22 de febrero de 2013.
[228] Se actualiza número (introducción) para adaptarlo al Decreto que se encuentre vigente, según Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[229] Se modifica introducción, de acuerdo a la Circular IF /N°310, de 06.02.2018

1.3. Detalle de Casos GES para Garantía de Protección Financiera. [230] [231]

Contiene el detalle de las prestaciones o grupo de prestaciones derivadas de un problema de salud garantizado y su respectivo copago.

1.4. Información relativa a la Garantía de Calidad. [232]

Para efectos de la Garantía de Calidad, se revisará que las prestaciones de salud garantizadas, sean otorgadas por aquellos prestadores inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, de la Intendencia de Prestadores. La información concerniente a los Prestadores Institucionales que otorgan las prestaciones incluidas en las Garantías Explícitas en Salud, la identificación del Prestador Individual, su pertenencia a la Red de Prestadores GES -entre otros antecedentes- será obtenida mediante la información contenida en el Archivo Maestro de Prestadores en Convenio.

2. Llenado de los archivos[233]

Para efectos de una mayor comprensión y un correcto llenado de los archivos maestros, se instruye para cada uno de los archivos descritos en los correspondientes anexos, las características generales de los mismos –incluyendo las especificaciones técnicas requeridas- y las definiciones de los campos.

Estos archivos consideran la posibilidad de informar casos especiales como por ejemplo, representar aquellas situaciones en que los beneficiarios a la fecha en que se inicia la vigencia del decreto, se encuentren recibiendo prestaciones en conformidad al decreto supremo emitido con anterioridad (no vigente).

3. Envío y validación de la información

La transferencia de este archivo, se realizará a través de la red privada denominada Extranet SIS, que permite la remisión de archivos computacionales mediante un protocolo seguro de transferencia.

Si tras la validación de los archivos enviados, éstos acusan fallas o errores que los califican como “Rechazado”, deberá corregir y reenviar él o los archivos hasta que se apruebe definitivamente el proceso.

Los archivos deberán ser remitidos mensualmente a esta Intendencia, a más tardar el día 20 del mes siguiente al que se informa. No obstante, el Archivo Maestro de Solicitudes de Acceso a las GES en Isapres deberá ser enviado, de forma mensual, a más tardar el día 10

[230] Modificado por la Circular IF/N°231, de 06 de octubre de 2014.
[231] Punto modificado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[232] Punto agregado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018
[233] Punto modificado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

del mes siguiente al que se informa. En ambos casos, si los plazos vencen en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.[234]

[234] Párrafo reemplazado por la Circular IF/N°489, de 18 de diciembre de 2024.

Anexo N° 1 Solicitudes de Acceso a las Ges en Isapres

1. Estructura Computacional

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Período al que se acumula la información	Numérico
03	N° Correlativo Solicitud GES	Alfanumérico
04	Fecha de Solicitud GES	Numérico
05	Tipo de identificación del Solicitante GES	Numérico
06	RUN Solicitante GES	Numérico
07	DV del RUN del Solicitante GES	Alfanumérico
08	Identificación alternativa del Solicitante GES	Alfanumérico
09	Tipo de identificación del Cotizante	Numérico
10	RUN Cotizante	Numérico
11	DV del RUN del Cotizante	Alfanumérico
12	Identificación alternativa del Cotizante	Alfanumérico
13	Tipo de identificación del Beneficiario	Numérico
14	RUN Beneficiario	Numérico
15	DV del RUN del Beneficiario	Alfanumérico
16	Identificación alternativa del Beneficiario	Alfanumérico
17	Sexo del Beneficiario	Alfabético
18	Fecha Nacimiento del Beneficiario	Numérico
19	Problema de Salud	Numérico
20	Evento Administrativo que respalda la Solicitud	Alfabético
21	Fecha del Evento Administrativo que respalda la Solicitud	Numérico
22	Resolución de la Aseguradora	Alfabético
23	Fecha de Resolución de la Aseguradora	Numérico
24	Causal de rechazo de la Solicitud por parte de la Aseguradora	Numérico
25	Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora	Alfabético

26	Fecha de Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora	Numérico
27	RUT Prestador Designado	Numérico
28	DV del RUT del Prestador Designado	Alfanumérico
29	Nombre Prestador Designado	Alfanumérico
30	Resolución del Beneficiario	Alfabético
31	Causal de rechazo del Beneficiario	Numérico
32	Identificación Única GES	Alfanumérico
33	Diagnóstico del Beneficiario	Alfanumérico
34	Rama del Problema de Salud	Numérico
35	Estado del Caso GES	Alfabético
36	Causal de Cierre del Caso GES	Numérico

2. Características Generales

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Solicitudes de Acceso a las GES en Isapres.
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 “036”
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	Las Solicitudes de Acceso a las GES recepcionadas por la Isapre, independiente del estado de tramitación que ésta tenga al momento de informar a la Superintendencia (Resuelta, En Trámite) o de la Resolución que la Isapre

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	haya adoptado sobre ella (Aceptación, Rechazo o Anulada).
Información contenida en los registros del Archivo	▪ Cada registro del Archivo corresponde a una Solicitud de Acceso a las GES.
Período de la información contenida en el Archivo	▪ Solicitudes de Acceso a las GES recepcionadas por la Isapre desde el 1° de Julio 2008 en adelante. ▪ Solicitudes de Acceso a las GES que al 30 de Junio 2008 se encuentren recepcionadas y no resueltas por la Isapre.
Tipo de Archivo	Archivo Acumulado: contendrá las Solicitudes de Acceso a las GES desde el 1° de Julio 2008 y se agregarán mensualmente las nuevas Solicitudes GES recepcionadas por la Isapre. Por ende, este archivo podrá contener solicitudes que se encuentren pendientes de resolución, provenientes de otros períodos de información.[235] En virtud de lo anterior, también podrá comprender casos en que por ejemplo, los beneficiarios se encuentren recibiendo prestaciones en conformidad al D.S. anterior al que inicia su vigencia.[236] Se deberá actualizar mensualmente - si corresponde - los campos asociados al proceso de tramitación de cada Solicitud de Acceso a las GES recepcionada por la Isapre que hayan presentado variación en el período que se informa. Los datos del beneficiario, cotizante o solicitante se actualizarán sólo si hay cambio en su identificación.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar todas las operaciones

[235] Se elimina fecha entre paréntesis (anteriores al 1° de julio de 2013), según Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

[236] Párrafo tercero reemplazado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	efectuadas por la Isapre hasta el último día hábil del mes al que corresponde la información.

3. Definiciones

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	Período al que se acumula la información	Corresponde al mes y año al que se acumula la información histórica que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM= mes y AAAA= año. La información que se remita debe registrarse acumulada hasta el mes que se informa, actualizando mensualmente -si corresponde- los campos asociados al proceso de tramitación de cada Solicitud de Acceso a las GES recibida por la Isapre, que hayan presentado variación en dicho período. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre no podrá ser distinto al mes y año que se informa.
03	N° Correlativo Solicitud GES	Corresponde al Folio correlativo con que la aseguradora identifica la Solicitud de Acceso a las GES que un beneficiario, o quien lo represente, efectúa en la Isapre. Si la aseguradora utiliza la Identificación Única GES (campo 32) como folio de cada solicitud, deberá repetir en este campo dicho valor.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre.
04	Fecha de Solicitud GES	Corresponde a la fecha en que el beneficiario, o quien lo representa, solicita el acceso a las GES. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía.
05	Tipo de identificación del Solicitante GES	Distingue si el Solicitante de las GES cuenta con RUN para identificarse. Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación: 1= El Solicitante posee Rol Único Nacional 2= El Solicitante no posee Rol Único Nacional En caso que el solicitante no tenga RUN, deberá registrarse en este campo el valor 2. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 2 por 1. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2. ▪ Debe informarse siempre.
06	RUN Solicitante GES	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), de quien solicita el acceso a las GES, sea para sí mismo o en representación de un tercero. En caso que el Solicitante no tenga RUN, deberá registrarse en este campo el valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa (campo 08).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 05 (Tipo de identificación del Solicitante GES) registra valor 2, este campo deberá registrar un valor 0 (cero). ▪ Si el campo 05 registra valor 1, este campo deberá registrar valor distinto de 0 (cero).
07	DV del RUN del Solicitante GES	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Solicitante de las GES (campo 06) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso que el Solicitante no posea RUN, deberá registrarse valor X. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 06 (RUN Solicitante GES) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 06 registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
08	Identificación alternativa del Solicitante GES	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir al Solicitante GES, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Ej. ● Identificación alternativa Isapre: rn14125-k ● Valor a informar: rn14125 Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 06), manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Solicitante GES nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. Validadores de Consistencia con otros campos: ▪ Si al Solicitante GES se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al Solicitante GES nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
09	Tipo de identificación del Cotizante	Distingue si el Cotizante cuenta con RUN para identificarse. Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación: 1= El Cotizante posee Rol Único Nacional 2= El Cotizante no posee Rol Único Nacional En caso que el cotizante no tenga RUN, deberá registrarse en este campo el valor 2. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 2 por 1. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1,2. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
10	RUN Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) del afiliado, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI) y al cual se asocia el beneficiario al momento de efectuar la Solicitud de Acceso a las GES. En caso que el Cotizante no tenga RUN, deberá registrarse valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa (campo 12). Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 09 (Tipo de identificación del Cotizante) registra valor 2, este campo deberá registrar un valor 0 (cero). ▪ Si el campo 09 registra valor 1, este campo deberá registrar valor distinto de 0 (cero).
11	DV del RUN del Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante (campo 10) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso que el Cotizante no posea RUN, deberá registrarse valor X. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 10 (RUN Cotizante) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Si el campo 10 registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
12	Identificación alternativa del Cotizante	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir al Cotizante, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Ej. ● Identificación alternativa Isapre: rn14125-k ● Valor a informar: rn14125 Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 10), manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si al cotizante se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al cotizante nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
13	Tipo de Identificación del Beneficiario	Distingue si el Beneficiario cuenta con RUN para identificarse. Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación:

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		1= El Beneficiario posee Rol Único Nacional 2= El Beneficiario no posee Rol Único Nacional En caso que el beneficiario no tenga RUN, deberá registrarse en este campo el valor 2. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 2 por 1. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1,2. ▪ Debe informarse siempre.
14	RUN Beneficiario	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), del beneficiario - cotizante o carga - que recibirá los beneficios de las GES. En caso de aquellos beneficiarios que no posean RUN (incluidos los No Natos), deberá informarse en este campo el valor 0 (cero). Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 13 (Tipo de identificación del Beneficiario) registra valor 2, este campo deberá registrar un valor 0 (cero). ▪ Si el campo 13 registra valor 1, este campo deberá registrar valor distinto de 0 (cero).
15	DV del RUN del Beneficiario	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario (campo 14) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso que el Beneficiario no posea RUN, deberá registrarse valor X.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 14 (RUN Beneficiario) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 14 registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
16	Identificación alternativa del Beneficiario	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir al Beneficiario, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Ej. ● Identificación alternativa Isapre: rn14125-k ● Valor a informar: rn14125 Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 14), manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Beneficiario nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos:

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Si al beneficiario se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al beneficiario nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
17	Sexo del Beneficiario	Corresponde al sexo del Beneficiario que recibirá los beneficios de las GES. Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación: F = Femenino M = Masculino X = Beneficiarios No Natos Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: F, M, X. ▪ Debe informarse siempre.
18	Fecha Nacimiento del Beneficiario	Corresponde a la fecha de nacimiento del beneficiario que recibirá los beneficios de las GES. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. En caso que el beneficiario corresponda a un No Nato se informará el valor 01011800. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 17 (Sexo del Beneficiario) registra valor “X”, este campo deberá registrar 01011800.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
19	Problema de Salud	Corresponde al código de la enfermedad o enfermedades, la condición de salud o del programa establecido, por el cual el beneficiario, o quien lo representa, solicita el acceso a las GES. El código a emplear está definido en función de la numeración que se contemple en el Decreto Supremo del MINSAL, que fija las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley N°19.966, y que se encuentre vigente. De esta manera, por ejemplo, al problema de salud "Insuficiencia Renal Crónica Terminal", se le deberá asignar el número 1. Asimismo, a la condición de salud "Retinopatía Diabética", le corresponderá el código número 31. 237 En caso que el diagnóstico por el cual se solicita el acceso a las GES no esté incluido en el Decreto Supremo que fija las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley N°19.966, que se encuentre vigente, se deberá consignar en este campo el valor 0 (cero). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y los códigos definidos en el Anexo N° 4, de esta Circular.
20	Evento administrativo que respalda la Solicitud	Corresponde a la condición del paciente registrada en el documento que el beneficiario, o quien lo representa, exhibe a la aseguradora al momento de solicitar el acceso a las GES. Dicho documento podrá corresponder a la certificación de la Sospecha o Confirmación Diagnóstica del Problema de Salud por el cual se solicita el acceso a las GES, sea en un certificado médico, Formulario de Notificación del Prestador u otro documento afín. En caso que el beneficiario o quien lo represente adjunte, al momento de solicitar el acceso a las GES, más de un documento de los mencionados, deberá informar a esta

[237] Párrafo cuarto referido a prematurez, eliminado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Superintendencia aquél que posea la fecha más cercana a la Fecha de Solicitud GES (campo 04). Como lo indica la definición, en este campo deberá informarse la condición del paciente: Sospecha o Confirmación Diagnóstica, que haya sido señalada en el documento presentado al momento de la solicitud. Asimismo, si el beneficiario o quien lo represente no adjunta algún documento de los mencionados, deberá registrarse el valor X (No Aplicable) en este campo. De igual manera corresponderá informar este valor si el documento que presenta el beneficiario al solicitar el acceso a las GES indica que se encuentra en tratamiento o seguimiento. Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación: S = Sospecha C = Confirmación Diagnóstica X = No Aplicable Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: S, C y X. ▪ Debe informarse siempre.
21	Fecha del Evento Administrativo que respalda la Solicitud	Corresponde a la fecha en que ocurrió el evento administrativo que respalda la solicitud de acceso a las GES. En caso que el beneficiario o quien lo represente no adjunte algún documento (Evento Administrativo) al momento de solicitar el acceso a las GES, deberá registrarse el valor 01011800. De igual manera corresponderá informar este valor si el documento presentado indica que el beneficiario se encuentra en tratamiento o seguimiento. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 20 (Evento Administrativo que respalda la Solicitud) registra valor "X", este campo deberá registrar el valor 01011800. ▪ ▪ Si el campo 20 registra valor "S" o "C", este campo deberá registrar un valor distinto de 01011800. En este caso, el valor no podrá ser mayor al del campo 04 (Fecha de Solicitud GES).
22	Resolución de la Aseguradora	Corresponde al resultado de la evaluación realizada por la aseguradora a la solicitud de acceso a las GES efectuada por el beneficiario o quien lo represente. Para efectos de informar a la Superintendencia el resultado de la solicitud de acceso o el estado en que se encuentra, a la fecha de cierre de la información que se envía (definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo), se deberán utilizar los siguientes valores: A = Aceptación R = Rechazo E = En trámite N = Anulación Se utilizará el valor "E" cuando, a la fecha de cierre de la información que se envía, la aseguradora no haya resuelto la solicitud respectiva. Asimismo, se utilizará el valor "N" en los casos en que la aseguradora haya anulado una solicitud por contener errores en su tramitación y mantenga registros de éstas. El valor de este campo se actualizará si la solicitud fue informada inicialmente "En trámite". Asimismo, el valor de este campo podrá ser modificado si la aseguradora decidiera anular una solicitud resuelta, por contener errores administrativos en su tramitación. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: A, R, E y N. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
23	Fecha de resolución de la Aseguradora	Corresponde a la fecha en que la aseguradora finalizó la evaluación realizada a la solicitud de acceso a las GES presentada por el beneficiario o quien lo represente. Se entenderá por finalizada la evaluación de la solicitud, cuando la aseguradora haya verificado que el beneficiario cumple o no las condiciones para acceder a las GES. En caso que el beneficiario cumpla dichas condiciones, se entenderá que la solicitud está resuelta cuando, además, se haya designado al prestador. En caso que la aseguradora determine anular la solicitud por contener errores de tramitación, se deberá consignar la fecha en que se realizó dicha anulación. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información, tenga pendiente la resolución de la solicitud (campo 22 igual a “E”), deberá informar valor 01011800 para este campo. <u>Validadores Técnicos del campo</u>: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor registrado no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía, ni anterior al 1º de Julio de 2008 (01072008), salvo que en este campo se registre el valor 01011800. <u>Validadores Consistencia con otros campos</u>: ▪ Si el campo 22 (Resolución de la aseguradora) registra valor “E”, este campo deberá informarse con valor 01011800. ▪ Si el campo 22 registra valor “A”, “R” o “N”, este campo deberá registrar un valor mayor o igual a la fecha informada en el campo 04 (Fecha de Solicitud GES).
24	Causal de rechazo de la Solicitud por parte de la Aseguradora	Corresponde al motivo por el cual la aseguradora rechaza la solicitud de acceso a las GES, efectuada por el beneficiario o quien lo represente.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Para efectos de informar la causal de rechazo a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores: 1 = Patología o problema de salud del beneficiario no incluido en las GES. 2 = El Tipo de Intervención Sanitaria, Prestación o Grupo de Prestaciones que el beneficiario requiere no está(n) garantizada(s). 3 = Beneficiario no cumple condiciones definidas en la Garantía de Acceso del problema de salud por el cual solicita las GES. 4 = Beneficiario no cumple criterios de inclusión específicos del problema de salud por el cual solicita las GES. 5 = El solicitante no completó la entrega de documentos y/o antecedentes requeridos para la evaluación de la solicitud. 6 = Otra causal. Para los correlativos 1 al 4 deberá considerarse lo dispuesto en el D.S. del MINSAL, que fija las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley N°19.966, y que se encuentre vigente. En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía (definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo), haya aceptado la solicitud de acceso a las GES (campo 22 igual a "A"), ésta se encuentra en trámite (campo 22 igual a "E") o haya sido anulada (campo 22 igual a "N"), se deberá informar valor 0 (cero). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5 y 6. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor "A", "E" ó "N", este campo deberá informarse con valor 0 (cero). ▪ Si el campo 22 registra valor "R", este campo deberá informarse con valor 1, 2, 3, 4, 5 ó 6.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
25	Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora	Indica si a la fecha de cierre de la información que se envía, la aseguradora ha informado al beneficiario o a quien lo represente, sobre el resultado de la evaluación realizada a la solicitud de acceso a las GES presentada. Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores: S = Si N = No X = No Aplicable En caso que la Aseguradora haya aceptado la solicitud (campo 22 igual a "A"), la notificación incluirá la entrega de información relativa al primer prestador designado por ésta. En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía (definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo), no haya resuelto la solicitud (campo 22 igual a "E") o la haya anulado por contener errores administrativos (campo 22 igual a "N"), se deberá informar el valor "X" (No Aplicable). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores Posibles: S, N, X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor "E" o "N", este campo deberá informarse con valor "X". ▪ Si el campo 22 registra valor "A" o "R", este campo deberá informarse con valor "S" o "N".
26	Fecha de Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora	Corresponde a la fecha en que la aseguradora informa al beneficiario o quien lo represente, sobre el resultado de la evaluación realizada a la solicitud de acceso a las GES. En caso que la resolución de la aseguradora sea "Aceptación", el valor de este campo deberá corresponder a la fecha en que informa la designación del primer prestador. En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía (definida en el punto 2

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		"Características Generales" de este Anexo), no haya resuelto la solicitud (campo 22 igual a "E"), la haya anulado (campo 22 igual a "N") o estando resuelta, no la haya notificado aún al beneficiario o a quien lo represente (campo 25 igual a "N"), se deberá informar valor 01011800. El asegurador deberá estar en condiciones de entregar antecedentes que acrediten las gestiones realizadas para efectuar la notificación. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía, ni anterior al 1º de Julio de 2008 (01072008), salvo que en este campo se registre el valor 01011800. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ El valor de este campo debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 23 (Fecha de Resolución de la Aseguradora). ▪ Si el campo 25 (Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora) posee valor "X" o "N", este campo deberá informarse con valor 01011800. ▪ Si el campo 25 posee valor "S", este campo deberá registrar un valor distinto de 01011800.
27	RUT Prestador Designado	Corresponde al RUT del primer prestador designado por la aseguradora para otorgar al beneficiario las Prestaciones o Grupo de Prestaciones asociadas al problema de salud garantizado por el cual se solicitó el acceso a las GES. En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía (definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo), haya rechazado la solicitud de acceso a las GES (campo 22 igual a "R"), ésta se encuentre en trámite (campo 22 igual a "E") ó haya sido anulada (campo 22 igual a "N"), se deberá informar valor 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 22 (Resolución de la aseguradora) registra valor “R”, “E” o “N”, este campo deberá informarse con valor 0 (cero). ▪ Si el campo 22 registra valor “A”, este campo deberá informarse con valor distinto de 0 (cero).
28	DV del RUT del Prestador Designado	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador Designado (campo 27) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía, haya rechazado la solicitud de acceso a las GES (campo 22 igual a “R”), ésta se encuentra en trámite (campo 22 igual a “E”) ó haya sido anulada (campo 22 igual a “N”), se deberá informar valor X. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 27 (RUT Prestador Designado) registra valor 0 (cero), este campo deberá registrar el valor X. ▪ Si el campo 27 registra valor distinto de 0 (cero) se validará la consistencia del valor registrado, en este campo, por medio de la rutina Módulo 11.
29	Nombre Prestador Designado	Corresponde al Nombre o Razón Social del primer prestador designado por la aseguradora para otorgar al beneficiario las Prestaciones o Grupo de Prestaciones asociadas al problema de salud garantizado por el cual se solicitó el acceso a las GES, cuyo RUT se encuentra detallado en el campo 27 (RUT Prestador Designado). En el caso que corresponda registrar prestadores que operan a través de varias sucursales, en más de una ciudad a lo largo del país, el valor que se informe en este campo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		corresponderá a una concatenación entre el Nombre o Razón Social y la Sucursal respectiva. Ejemplo: Megasalud Ñuñoa, Megasalud Arica o Integramédica La Florida. En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía (definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo), no haya designado Prestador al beneficiario (campo 27 igual a 0), este campo deberá informarse en blanco. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 27 (RUT Prestador Designado) registra valor 0 (cero), este campo debe informarse en blanco.
30	Resolución del Beneficiario	Corresponde a la decisión adoptada por el beneficiario o quien lo represente, una vez conocida la resolución de la aseguradora respecto de la solicitud de acceso a las GES efectuada. Si el beneficiario cambiara la decisión inicialmente adoptada, el valor previamente registrado en este campo no deberá modificarse, salvo que la solicitud se anule con posterioridad. Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores: A = Aceptación R = Rechazo P = Pendiente X = No Aplicable En caso que la aseguradora, a la fecha de la información que se envía (definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo), no haya notificado la resolución aún al beneficiario o quien lo represente (campo 25 igual a "N") o habiéndolo notificado (campo 25 igual a "S"), el beneficiario no manifiesta su resolución, se deberá informar el valor "P". En caso que no corresponda notificar la resolución de la aseguradora, por no estar aún resuelta la Solicitud GES o por haber sido anulada por existir errores en la misma

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		(campo 25 igual a “X”), se deberá consignar el valor “X”, en este campo. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: A, R, P y X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 25 (Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora) registra valor “S”, este campo deberá informarse con valor “A”, “R” o “P”. ▪ Si el campo 25 registra valor “N”, este campo deberá informarse con valor “P”. ▪ Si el campo 25 registra valor “X”, este campo deberá informarse con el mismo valor (“X”).
31	Causal de rechazo del Beneficiario	Corresponde al motivo por el cual el beneficiario, o quien lo represente, rechaza el acceso a las GES en los casos en que la aseguradora ha resuelto la solicitud de acceso presentada. Sólo se registrará información en este campo si el beneficiario o quien lo represente haya rechazado la resolución adoptada por la aseguradora (campo 30 igual a “R”). En cualquier otro caso (campo 30 igual a “A”, “P” o “X”), deberá registrarse un 0 (cero). De igual manera, corresponderá registrar el valor 0 cuando la aseguradora haya rechazado la solicitud de acceso (campo 22 igual a “R”). Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores: 1 = Beneficiario rechaza el Prestador Designado por la aseguradora. 2 = Beneficiario prefiere cobertura financiera de su plan complementario. 3 = Otra causal. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “A” y el campo 30 (Resolución del Beneficiario) registra valor “R”, este campo deberá informarse con valor 1, 2 ó 3. ▪ Si el campo 30 registra valor “A”, “P” o “X”, este campo deberá informarse con valor 0 (cero). ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “R”, este campo deberá informarse con valor 0 (cero).
32	Identificación Única GES	Corresponde a la identificación única que otorga la aseguradora a cada caso GES, es decir, a cada solicitud de acceso a las GES presentada por un beneficiario y aceptada por la aseguradora. La identificación estará compuesta por el código de la aseguradora (campo 01) seguida por el correlativo único asignado para el caso GES en particular. Ejemplos: (a) Identificación Única GES = 10702 Dónde:107 = Código aseguradora 02 = Evento N° 2 de acuerdo al correlativo asignado por la aseguradora a los eventos GES. (b) Identificación Única GES = 06310 Dónde: 063 = Código aseguradora 10 = Evento N° 10 de acuerdo al correlativo asignado por la aseguradora a los eventos GES. En caso que, a la fecha de cierre de la información (definida en el punto 2 “Características Generales” de este Anexo), la solicitud de acceso a las GES presentada por el beneficiario o quien lo represente haya sido rechazada (campo 22 igual a “R”), anulada (campo 22 igual a “N”) o se encuentre en trámite por parte de la aseguradora (campo 22 igual a “E”), deberá registrarse un 0 (cero) en este campo.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “R”, “E” o “N”, este campo deberá informarse con valor 0 (cero). ▪ Si el campo 22 registra valor “A”, este campo deberá registrar un valor distinto de 0 (cero), donde los tres primeros dígitos de esta identificación deberá corresponder al código de la aseguradora registrado en esta Superintendencia (campo 01).
33	Diagnóstico del Beneficiario	Corresponde al código que identifica el Diagnóstico del Caso GES que se informa. Este campo deberá informarse para todos aquellos Casos GES iniciados a partir del 1° de julio del 2013, y su valor deberá actualizarse, en la medida que se modifique el diagnóstico del Beneficiario en el transcurso de su proceso de atención, debiendo la Aseguradora registrar el código del último diagnóstico que posea el Beneficiario. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar la Clasificación internacional de Enfermedades N°10 (CIE-10). En caso que, a la fecha de cierre de la información (definida en el punto 2 “Características Generales” de este Anexo), la solicitud de acceso a las GES presentada por el beneficiario o quien lo represente haya sido rechazada (campo 22 igual a “R”), anulada (campo 22 igual a “N”) o se encuentre en trámite por parte de la aseguradora (campo 22 igual a “E”), o el Caso GES se haya iniciado antes del 1° de julio del 2013, deberá registrarse un 0 (cero) en este campo. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse con todos los caracteres definidos en el CIE-10, incluyendo puntos o símbolos especiales. ▪ Valores posibles: 0 y los códigos del CIE-10. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 23 (Fecha de Resolución de la Aseguradora) es menor al 1° de julio del 2013, este campo deberá informarse con 0 (cero). ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “R”, “E” o “N”, este campo deberá informarse con valor 0 (cero). ▪ Si el campo 23 (Fecha de Resolución de la Aseguradora) es mayor o igual al 1° de julio del 2013, y el campo 22 registra valor “A”, deberá registrar un valor distinto de 0 (cero).
34	Rama del Problema de Salud	Corresponde al Código que identifica la subdivisión del Problema de Salud del Caso GES que se informa. Deberá registrarse un valor en este campo, en aquellos Casos GES que se refieran a los Problemas de Salud N° 9, 14 y 45 que posean garantías de oportunidad vigentes. Asimismo, deberá informarse en todos los casos iniciados a partir del 1° de julio de 2013 de estos Problemas de Salud. En cualquier otro caso, se registrará valor 0 (cero). Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores: 1 = Disrafia Abierta 2 = Disrafia Cerrada 3 = Leucemia 4 = Linfomas y Tumores Sólidos 5 = Leucemia Aguda 6 = Leucemia Crónica Adicionalmente, el valor de este campo deberá actualizarse, en la medida que se modifique el diagnóstico del Beneficiario en el transcurso de su proceso de atención. En caso que, a la fecha de cierre de la información (definida en el punto 2 “Características Generales” de este Anexo), la solicitud de acceso a las GES presentada por el beneficiario o quien lo represente haya sido rechazada (campo 22 igual a “R”), anulada (campo 22 igual a “N”) o

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		se encuentre en trámite por parte de la aseguradora (campo 22 igual a "E"), deberá registrarse un 0 (cero) en este campo. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5 y 6. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 19 (Problema de Salud) registra valor distinto de 9, 14, y 45, o el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor "R", "E" o "N", este campo deberá informarse con valor 0 (cero).
35	Estado del Caso GES	Indica la situación en la que se encuentra el Caso GES que se informa, respecto a la gestión administrativa que efectúa la Aseguradora. Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores: A = Activo C = Cerrado X = No Aplicable Adicionalmente, el valor de este campo deberá actualizarse, en la medida que se modifique el estado del Caso GES que se informa, debiendo la Aseguradora registrar dicho estado a la fecha de cierre de la información. En caso que, a la fecha de cierre de la información (definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo), la solicitud de acceso a las GES presentada por el beneficiario o quien lo represente haya sido rechazada (campo 22 igual a "R"), anulada (campo 22 igual a "N") o se encuentre en trámite por parte de la aseguradora (campo 22 igual a "E"), deberá consignarse el valor "X" en este campo. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo alfabético. • Valores posibles: A, C y X. • Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Consistencia con otros campos: • Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “R”, “E” o “N”, este campo deberá informarse con valor “X”. • Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “A”, este campo deberá registrar valor A o C.
36	Causal de Cierre del Caso GES[238]	Corresponde al motivo por el cual la Aseguradora efectúa el cierre de la administración del Caso GES, en virtud de las causales definidas en las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las GES (MINSAL). [239] Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores: 1= Término del tratamiento 2= Por rechazo al prestador o al tratamiento 3= Fallecimiento 4= Cambio de previsión del sistema de atención de salud (asegurador) 5= No cumple criterios de inclusión 6= Exclusión por protocolo o guías clínicas 7= Tres inasistencias a citaciones efectivas y registradas 8= Otra causa expresada por el paciente Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8. • Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: • Si el campo 35 (Estado del Caso GES) registra valor “A” o “X”, este campo deberá

[238] Modificado por la Circular IF/N°231, de 06 de octubre de 2014
[239] Decreto 45 del MINSAL, fecha promulgación: 26.07.2013; fecha publicación 22.11.2013

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		informarse con valor 0 (cero). • Si el campo 35 registra valor “C”, este campo deberá registrar valor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

4. Validadores Adicionales de Consistencia

4.1. Consistencia con el mismo archivo

- Cada registro del archivo corresponderá a una Solicitud de Acceso a las GES. Para estos efectos se entenderá por Solicitud:
  - La combinación de los campos 14, 19 y 04 (RUN Beneficiario, Problema de Salud y Fecha de Solicitud GES, respectivamente) cuando el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) sea igual a 1.
  - La combinación de los campos 16, 19 y 04 (Identificación Alternativa del Beneficiario, Problema de Salud y Fecha de Solicitud GES, respectivamente) cuando el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) sea igual a 2.

- Para cada registro se validará la consistencia entre los campos 22, 23, 24, 25, 26, 30 y 31 (Resolución de la Aseguradora, Fecha de Resolución de la Aseguradora, Causal de Rechazo de la Solicitud por parte de la Aseguradora, Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora, Fecha de Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora, Resolución del Beneficiario y Causal de Rechazo del Beneficiario) considerando las “Validaciones de consistencia con otros campos” definidas para cada de ellos.

- Cada caso GES debe estar asociado a un valor único para el campo 32 (Identificación Única GES), en los casos en que la Solicitud de Acceso se encuentre aceptada por la Aseguradora. Para estos efectos se entenderá por Caso GES a:
  - La combinación de los campos 03, 14 y 19 (N° Correlativo Solicitud GES, RUN Beneficiario y Problema de Salud, respectivamente) cuando el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) sea igual a 1.
  - La combinación de los campos 03, 16 y 19 (N° Correlativo Solicitud GES, Identificación Alternativa del Beneficiario y Problema de Salud, respectivamente) cuando el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) sea igual a 2.

  Asimismo, cada valor del campo 32 (Identificación Única GES) debe estar asociado a un único Caso GES.

- Cada caso GES mantendrá su identificación a lo largo del tiempo. La verificación de esta condición se realizará de la siguiente manera:

- Cuando el caso GES que se informe registre valor 1 en el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) y en períodos anteriores haya registrado el mismo valor, se verificará que los campos 32, 14 y 19 (Identificación Única GES, RUN Beneficiario y Problema de Salud, respectivamente), registren -en el período que se informa- los mismos valores que en el período anterior.
- Cuando el caso GES que se informe registre valor 2 en el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) y en períodos anteriores haya registrado el mismo valor, se verificará que los campos 32, 16 y 19 (Identificación Única GES, Identificación Alternativa del Beneficiario y Problema de Salud, respectivamente), registren –en el período que se informa- los mismos valores que en el período anterior.
- Cuando el caso GES que se informe registre valor 1 en el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) y en algún período anterior haya registrado valor 2, se verificará que los campos 32, 16 y 19 (Identificación Única GES, Identificación Alternativa del Beneficiario y Problema de Salud, respectivamente), registren –en el período que se informa- los mismos valores que en el período anterior.

- Cada Solicitud de Acceso a las GES informada en el período anterior, debe estar registrada en el período actual. En otras palabras, el archivo que se envía en un determinado mes debe contener, a lo menos, todas las solicitudes informadas en el mes inmediatamente anterior. Para ello se verificará que cada valor registrado en el campo 03 (N° Correlativo de Acceso a las GES) en el mes anterior se encuentre en el mes que se informa. Esta condición se verificará para cada Caso GES a través del campo 32 (Identificación Única GES).
- Cada Solicitud de Acceso mantendrá la información referida al proceso de resolución a lo largo del tiempo Sólo podrá actualizarse la Resolución de la Aseguradora (campo 22) si se ha informado el valor “E” (En trámite), a los valores “A” (Aceptada), “R” (Rechazada) o “N” (Nula). Asimismo, el campo 22 podrá modificarse si la Solicitud fue resuelta (“A” o “R”) y posteriormente la aseguradora decide anularla por contener errores administrativos en su tramitación (“N”).

4.2. Consistencia con otros archivos

- Se verificará que cada RUN de Cotizante informado en este archivo se encuentre en el Archivo Maestro de Beneficiarios remitido a esta Superintendencia, del periodo en que se realizó la Solicitud de Acceso a las GES. Para ello se verificará que cada valor del campo 10 (RUN Cotizante) esté informado en el Archivo Maestro de Cotizantes del periodo (mes y año) del campo 04 (Fecha de Solicitud GES).
- Se verificará que cada RUN de Beneficiario informado en este archivo se encuentre en los Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas remitidos a esta Superintendencia, del periodo en que se realizó la Solicitud de Acceso a las GES. Para ello se verificará que cada valor del campo 14 (RUN Beneficiario) esté informado en los Archivos Maestros de Cotizantes y Cargas del periodo (mes y año) del campo 04 (Fecha de Solicitud GES).

Anexo N° 2 Detalle de Casos Ges para Garantía de Oportunidad [240]

1. Estructura Computacional

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Período de Información	Numérico
03	Identificación Única GES	Alfanumérico
04	Problema de Salud	Numérico
05	Tipo de Intervención Sanitaria	Alfabético
06	Código Grupo de Prestaciones GES	Numérico
07	Código de Prestación Unitaria	Alfanumérico
08	Evento Administrativo	Numérico
09	Fecha otorgamiento de la prestación o realización del evento administrativo	Numérico
10	Hora otorgamiento de la prestación o realización del evento administrativo	Numérico
11	RUT Prestador	Numérico
12	DV del RUT del Prestador	Alfanumérico
13	Nombre del Prestador	Alfanumérico
14	Comuna del Prestador	Numérico
15	Región del Prestador	Numérico

2. Características Generales

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Detalle de Casos GES para Garantía de Oportunidad
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAAMM.EEE, donde: ▪ s: el nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa

[240] En suspensión Circular IF 339 de 07.10.2019 (desde jun 2016, Oficio Circular IF N°17 de 22.06.2016)

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse “038”
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	Las prestaciones, grupos de prestaciones o eventos administrativos que hayan sido efectivamente otorgados a un beneficiario y que sean hitos que marcan el inicio o término del plazo establecido en alguna de las garantías de oportunidad asociadas al problema de salud por el cual el beneficiario se atiende. Las garantías de oportunidad sobre las cuales se requiere para este archivo que el asegurador informe los hitos y sus fechas y horas de otorgamiento, se circunscriben a las identificadas en el Anexo N° 5. La aseguradora deberá informar en este archivo la fecha y/u hora de realización de cada hito en el momento en que tome conocimiento de dicha situación, pudiendo informar el hito de término sin haber informado el hito de inicio de la garantía respectiva, si es que la aseguradora obtiene los datos requeridos del primero (hito de término) antes que los del segundo (hito de inicio) o viceversa. En los casos en que un hito sea, al mismo tiempo, inicio y término de distintas garantías de un mismo problema de salud, dicho hito se registrará sólo una vez en este archivo. Para informar aquellos hitos asociados a prestaciones que se estén otorgando en conformidad al Decreto Supremo N°1/2010, a la fecha de vigencia del D.S. N°4/2013-situación prevista en el artículo 18 del citado D.S. N°4/2013- se deberá emplear el Anexo N°5A. Lo señalado, sólo hasta que se cumpla con la condición de término de la intervención sanitaria según lo contemplado en el mismo artículo, en cuyo caso se deberá comenzar a utilizar el Anexo N°5. El Anexo 5A también podrá emplearse para informar excepcionalmente, aquellos casos relacionados a prestaciones otorgadas con anterioridad al 1 de julio de 2013, que la isapre informará extemporáneamente a la Superintendencia por no contar en su oportunidad con la información respectiva.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponderá a un hito para la contabilización del plazo de las garantías de oportunidad definidas para el problema de salud del beneficiario. El hito

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	podrá corresponder a una prestación, grupo de prestaciones o evento administrativo. La codificación que se utilizará para informar cada hito, se encuentra en el Anexo N°5, asociado a la garantía de oportunidad respectiva. De presentarse aquella situación especial contemplada en el artículo 18 del D.S N°4/2013, que dice relación con que beneficiarios se encuentren recibiendo prestaciones en conformidad al D.S. N°1/2010 a la fecha de vigencia del mencionado D.S N°4/2013, las isapres deberán emplear el Anexo N°5A para informar cada hito, el que rescata las codificaciones utilizadas con el anterior decreto de 2010. Una vez terminada la intervención sanitaria correspondiente (GPP), se deberá utilizar el Anexo N°5, asociado al D.S N°4/2013. El Anexo 5A también podrá emplearse para informar excepcionalmente, datos anteriores al 1 de julio de 2013, asociados a información que la isapre recibió extemporáneamente. Cada hito se informará en registros distintos.
Período de información contenida en el Archivo	Las prestaciones, grupo de prestaciones o eventos administrativos que correspondan a hitos otorgados con posterioridad a la fecha de solicitud de aquellas Solicitudes de Acceso a las GES recepcionadas desde el 1° de Julio 2008 y que hayan sido aceptadas por el Asegurador. Si correspondiere, se considerarán también aquellos casos contemplados en el artículo 18 del D.S. N°4/2013 como situación especial, así como también aquellos casos excepcionales cuya información fue recibida extemporáneamente por la isapre.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información. Excepcionalmente se podrán agregar datos de períodos anteriores al que corresponde enviar, siempre que no hubieran sido remitidos anteriormente a la Superintendencia.
Periodicidad de envío	Mensual

3. Definiciones

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	Período de Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM= mes y AAAA= año. Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información. Excepcionalmente se podrán agregar datos de períodos anteriores al que corresponde enviar - como por ejemplo, aquellos provenientes de casos relacionados con la situación especial contemplada en el artículo 18 del D.S. N°4/2013- siempre que no hubieran sido remitidos anteriormente a la Superintendencia. En cualquiera de estos casos el valor que se informe en este campo será el mismo para todo el archivo. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor no podrá ser distinto al mes y año que se informa. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.
03	Identificación Única GES	Corresponde a la identificación única que le otorga la aseguradora a cada caso GES. Corresponderá registrar las identificaciones asociadas a solicitudes de acceso aprobadas por la aseguradora y que registren prestaciones, grupos de prestaciones o eventos administrativos, en el período que se informa, siempre que éstos sean hitos de la garantía de oportunidad definidas en el Anexo N° 5 o 5A si correspondiere.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		La aseguradora deberá informar en este archivo la fecha de realización de cada hito en el momento en que tome conocimiento de dicha situación. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre.
04	Problema de Salud	Corresponde al código de la enfermedad o condición de salud, asociada al beneficiario cuya Identificación Única GES se informa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: los códigos definidos en el Anexo N° 4. ▪ Debe informarse siempre.
05	Tipo de Intervención Sanitaria	Se refiere a la codificación de la etapa de diagnóstico, tratamiento o seguimiento, que - combinada con el problema de salud, código grupo de prestaciones y/o con el código de prestación unitaria- identifican el hito de la garantía de oportunidad que se informa. La codificación que se utilizará para informar los hitos está definida en la columna “Intervención Sanitaria” del Anexo N° 5, para el problema de salud respectivo. De corresponder, se deberá emplear la codificación contemplada en el Anexo 5A, en virtud de lo señalado en el punto 2 “Características Generales” del archivo. En caso que el hito que se informa se refiera a un evento administrativo, corresponderá informar “X” (No Aplicable). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: D, T, S o X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 08 (Evento Administrativo) registra valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar valor “X”.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
06	Código Grupo de Prestaciones GES	Se refiere a la codificación del grupo de prestaciones que – combinada con el problema de salud, código del tipo de intervención sanitaria y/o con el código de prestación unitaria - identifican al hito de la garantía de oportunidad que se informa. La codificación que se utilizará para informar los hitos de inicio o de término está definida en la columna “Grupo de Prestaciones” del Anexo N° 5, para el problema de salud respectivo. De corresponder, se deberá emplear la codificación contemplada en el Anexo 5A, en virtud de lo señalado en el punto 2 “Características Generales” del archivo. En caso que el hito que se informa se refiera a un evento administrativo, corresponderá informar un cero (0). <u>Validadores Técnicos del campo</u>: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 y los códigos definidos en el Anexo N° 5 o 5A si correspondiere. ▪ Debe informarse siempre. <u>Validadores Consistencia con otros campos</u>: ▪ Si el campo 08 (Evento Administrativo) registra valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar valor 0 (cero).
07	Código de Prestación Unitaria	Se refiere a la codificación de la prestación unitaria que - combinada con el problema de salud, código del tipo de intervención sanitaria y con el del grupo de prestaciones- identifican al hito de la garantía de oportunidad que se informa. La codificación que se utilizará para informar los hitos de inicio o de término está definida en la columna “Prestación Unitaria” del Anexo N° 5, para el problema de salud respectivo. De corresponder, se deberá emplear la codificación contemplada en el Anexo 5A, en virtud de lo señalado en el punto 2 “Características Generales” del archivo.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		En caso que el hito que se informa se refiera a un evento administrativo o a un grupo de prestaciones, corresponderá informar un cero (0). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 y los códigos definidos en el Anexo N° 5 o 5A si correspondiere. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 08 (Evento Administrativo) registra valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar valor 0 (cero).
08	Evento Administrativo	Corresponde a la codificación asignada a los sucesos referidos a actos administrativos-médicos o administrativos que tienen impacto en el proceso de atención del beneficiario, distintos de prestaciones de salud. Dicha codificación, combinada con el problema de salud identifican al hito de la garantía de oportunidad que se informa. Los eventos administrativos están identificados en el Anexo Nº 5. De igual manera la codificación que se utilizará para informarlos está definida en la columna "Evento Administrativo" del Anexo N° 5, para el problema de salud respectivo. De corresponder, se deberá emplear la codificación contemplada en el Anexo 5A, en virtud de lo señalado en el punto 2 "Características Generales" del archivo. En caso que el hito que se informa se refiera a una prestación o grupo de prestaciones, corresponderá informar un cero (0). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 y los códigos definidos en el Anexo N° 5 o 5A si correspondiere. ▪ Debe informarse siempre.
09	Fecha otorgamiento de la prestación o realización del evento administrativo	Corresponde a la fecha (día, mes y año) en que el beneficiario recibió efectivamente la prestación o grupo de prestaciones o le fue realizado el evento administrativo, correspondiente al hito de la garantía de oportunidad que se informa.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD= día, MM = mes y AAAA = año. En caso que el hito que se informa se refiera a prestaciones ambulatorias que son indicadas por el médico tratante en forma de ciclos, tal como la Kinesiterapia o Psicoterapia, se registrará la fecha en que se inició el ciclo al que se refiere el hito de inicio o de término. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor no podrá ser menor al 01 de Julio 2008 (01072008) ni mayor al último día del periodo de información que se envía.
10	Hora otorgamiento de la prestación o realización del evento administrativo	Corresponde a la hora (hora y minutos) en que el beneficiario recibió efectivamente la prestación o grupo de prestaciones o le fue realizado el evento administrativo, correspondiente al hito de la garantía de oportunidad que se informa. Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar el formato hh:mm, donde hh=hora y mm=minutos. Adicionalmente, se deberán considerar los siguientes criterios: • Se deberá registrar la hora en este campo sólo en los casos en que el hito que se informa es parte de una garantía de oportunidad cuyo plazo se encuentra definido en horas y/o minutos, en el decreto supremo que se encuentre vigente. En cualquier otro caso, es decir, si la garantía posee plazo definido en días, semanas, meses o años, deberá registrarse el valor 99:99. • De igual manera y tratándose de prestaciones ambulatorias que son indicadas por el médico tratante en forma de ciclos, tal como la Kinesiterapia o Psicoterapia, se registrará la hora en que se inició el ciclo al que se refiere el hito de inicio o de término que se informa. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: hh = 0 a 23 y 99; mm = 0 a 59 y 99. ▪ Debe utilizarse carácter separador ":".

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
11	RUT Prestador	Corresponde al RUT del prestador asociado a la prestación, grupo de prestaciones o evento administrativo, correspondiente al hito de la garantía de oportunidad que se informa. En caso que el evento administrativo que se informa sea el N°18 (Solicitud de Atención Oral) o N° 20 (Solicitud de Lentes), deberá registrarse en este campo el valor 0 (cero). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. Validadores de Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 08 (Evento Administrativo) registra valor 18 ó 20, en este campo se debe registrar el valor 0 (cero).
12	DV del RUT del Prestador	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador (campo 11) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso que el evento administrativo que se informa sea el N°18 (Solicitud de Atención Oral) o N° 20 (Solicitud de Lentes), deberá registrarse en este campo el valor “X”. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores de Consistencia con otros campos: ▪ Si el campo 08 (Evento Administrativo) registra valor 18 ó 20, en este campo se debe registrar el valor”X”. ▪ Si el campo 11 (RUT Prestador) registra valor 0 (cero), en este campo se debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 11 registra valor distinto de 0, se validará su consistencia por medio de la rutina Módulo 11.
13	Nombre del Prestador	Corresponde al nombre o razón social asociada al RUT del Prestador, correspondiente al hito de la garantía de oportunidad que se informa. En el caso que se trate de prestadores que operan a través de varias sucursales, en una ciudad o a lo largo del país, el valor

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		que se informe en este campo corresponderá a una concatenación entre el Nombre o Razón Social y la Sucursal respectiva. Ejemplo: Megasalud Ñuñoa, Megasalud Arica o Integramédica La Florida. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre.
14	Comuna del Prestador	Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el prestador asociado a la prestación, grupo de prestaciones o evento administrativo, correspondiente al hito de inicio o de término de la garantía de oportunidad que se informa. En el caso que la aseguradora no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE. ▪ Debe informarse siempre. Validadores de Consistencia con otros campos: ▪ Se validará que la comuna pertenezca a la región informada en el campo 15 (Región del Prestador).
15	Región del Prestador	Corresponde al código de la región en que se encuentra el prestador asociado a la prestación, grupo de prestaciones o evento administrativo, correspondiente al hito de inicio o de término de la garantía de oportunidad que se informa. En el caso que la aseguradora no cuente con este dato, se deberá registrar en este campo el valor 0 (cero). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE. ▪ Debe informarse siempre.

4. Validadores Adicionales de Consistencia

4.1. Consistencia General del Archivo

- Cada registro del archivo se referirá a algún hito de las garantías de oportunidad del problema de salud asociado a la Identificación Única GES que se informa.

  Se entenderá por hito la combinación entre:

  - Los campos 04, 05 y 06 (Problema de Salud, Tipo de Intervención Sanitaria, Código Grupo de Prestaciones, respectivamente), o
  - Los campos 04, 05, 06 y 07 (Problema de Salud, Tipo de Intervención Sanitaria, Código Grupo de Prestaciones, Código Prestación Unitaria, respectivamente), o
  - Los campos 04 y 08 (Problema de Salud, Evento Administrativo, respectivamente).

  Dichas combinaciones son excluyentes entre sí.

  Para una misma Identificación Única GES, cada hito se informará sólo una vez, aun cuando el mismo sea tanto, hito de inicio como hito de término para distintas garantías de oportunidad del problema de salud respectivo.

  Se podrá repetir dichas combinaciones, para una misma Identificación Única GES, siempre que el valor del campo 09 (Fecha de otorgamiento de la prestación o realización del evento administrativo) y el del campo 10 (Hora otorgamiento de la prestación o realización del evento administrativo) sean distintos en cada una de ellas.

- Para cada registro del archivo se validará la consistencia de las combinaciones- indicadas precedentemente- según lo definido en el Anexo N° 5 o 5A, considerando además las "Validaciones de consistencia con otros campos" definidas en cada uno de los campos que conforman cada hito.

  Los hitos que se deben informar se encuentran nominados en el citado anexo junto al plazo de la garantía de oportunidad.

4.2. Consistencia con otros Archivos

- Los casos GES que se registren en este archivo deberán haber sido informados en el Archivo "Solicitudes de Acceso a las GES en Isapres". Esta condición se validará verificando que los valores del par entre los campos 03 (Identificación Única GES) y 04 (Problema de Salud) de este archivo, sea igual al par entre los campos homólogos 32 y 19 del Archivo "Solicitudes de Acceso a las GES en Isapres", respectivamente.

Anexo N° 3 Detalle de Casos Ges para Garantía de Protección Financiera[241] [242]

1. Estructura Computacional [243]

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Período de información	Numérico
03	Identificación Única GES	Alfanumérico
04	Problema de Salud	Numérico
05	Tipo de Intervención Sanitaria	Alfabético
06	Código Grupo de Prestación Principal (GPP) GES	Alfanumérico
07	Código de Prestación Unitaria GES	Alfanumérico
08	Copago de prestación	Numérico
09	Forma de enterar el copago	Numérico
10	Número de Bono de Atención o Documento Comprobante de Ingreso	Alfanumérico
11	Número de Reembolso	Alfanumérico
12	Fecha Emisión del Bono/Reembolso/o Documento Comprobante de Ingreso	Numérico
13	Fecha Inicio Periodicidad del Grupo de Prestación Principal (GPP)	Numérico
14	Fecha Término Periodicidad del Grupo de Prestación Principal (GPP)	Numérico
15	Frecuencia de la Prestación Unitaria GES	Numérico

[241] Parte del archivo modificado por la Circular Circular IF/N°231, de 06 de octubre de 2014

[242] Nombre modificado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[243] Estructura computacional reemplazada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

2. Características Generales

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Detalle de Casos GES para Garantía de Protección Financiera.[244]
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 "037"
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	Contendrá: Las prestaciones y/o grupo de prestaciones derivados de un problema de salud garantizado y su respectivo copago. [245]
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponderá a una prestación o un grupo de prestaciones derivado de un problema de salud garantizado en asociación con su respectivo copago.[246]
Período de información contenida en el Archivo	Las prestaciones y/o grupos de prestaciones registrados por la aseguradora desde el 1° de Julio 2013 para **todos los casos GES vigentes,** salvo situaciones de excepción, como por ejemplo, aquellos casos relacionados con el decreto anterior al que inicia su vigencia, así como también aquellos casos cuya información fue recibida extemporáneamente por la isapre. [247]

[244] Descripción del Nombre del Archivo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[245] Contenido reemplazado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[246] Contenido reemplazado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[247] Contenido reemplazado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información. Excepcionalmente se podrán agregar datos de períodos anteriores al que corresponde enviar, siempre que no hubieran sido remitidos anteriormente a la Superintendencia.
Periodicidad de envío	Mensual

3. Definiciones

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	Período de información [248]	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA=año. Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información. Excepcionalmente se podrán agregar datos de períodos anteriores al que corresponde enviar – como por ejemplo- aquellos provenientes de casos relacionados con el decreto anterior al que inicia su vigencia. Lo señalado, siempre que no hubieran sido remitidos anteriormente a la Superintendencia.

[248] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		En cualquiera de estos casos el valor que se informe en este campo será el mismo para todo el archivo. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor no podrá ser distinto al mes y año que se informa. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.
03	Identificación Única GES	Corresponde a la identificación única que le otorga la aseguradora a un caso GES. Corresponderá registrar las identificaciones asociadas a solicitudes de acceso aprobadas por la aseguradora y que registren prestaciones o grupo de prestaciones derivados del problema de salud GES. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre.
04	Problema de Salud	Corresponde al código de la enfermedad o condición de salud, asociada al beneficiario cuya Identificación Única GES se informa. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: los códigos definidos en el Anexo N° 4. • Debe informarse siempre.
05	Tipo de Intervención Sanitaria [249] [250]	Se refiere a la codificación del Tipo de Intervención Sanitaria asociada al código del grupo de prestaciones que se informa.

[249] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[250] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°339, de 07.10.2019.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: Z, D, Y, W, X, T, S, Q, U, R. Donde: Z= Tamizaje D= Diagnóstico Y= Etapificación W= Confirmación y Etapificación X= Confirmación y Tratamiento T= Tratamiento S= Seguimiento Q= Sospecha U= Pretratamiento R= Rehabilitación ▪ Debe informarse siempre.
06	Código Grupo de Prestación Principal (GPP) GES [251] [252]	Se refiere a la codificación del grupo de prestaciones que se informa. Dichos códigos se encuentran definidos en el Anexo N°6, el que contempla además, las codificaciones empleadas para informar –si correspondiere- casos relacionados con el decreto anterior al que inicia su vigencia. El Anexo N° 6 se encontrará dispuesto para su uso en la Extranet de esta Superintendencia, debidamente actualizado según el Decreto que se encuentre vigente. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Valores posibles: los códigos definidos en el Anexo N°6.

[251] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[252] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°339, de 07.10.2019.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Debe informarse siempre.
07	Código de Prestación Unitaria [253] [254]	Se refiere a la codificación de la prestación unitaria que se informa, derivada de un problema de salud garantizado. La aseguradora deberá tener las siguientes consideraciones a efectos de informar a esta Superintendencia: <u>Prestaciones Garantizadas</u> En el caso de las prestaciones garantizadas, la aseguradora informará en este campo aquellas prestaciones unitarias que poseen codificación para el Listado de Prestaciones Específico que forma parte del Decreto que aprueba las GES, que se encuentre vigente al momento de la bonificación de la prestación, respetando su orden y estructura, sin el sufijo GES. Tal codificación será puesta a disposición por la Superintendencia mediante la Extranet. Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente. En caso de tratarse de prestaciones sin códigos GES, se debe incluir los códigos del Arancel FONASA MLE, los códigos propios de las Isapres y los códigos definidos por esta Superintendencia de Salud para las prestaciones siguientes: ▪ El uso de Pabellones Quirúrgicos o Salas de Procedimientos deberá informarse con los códigos adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo: 0000001 = Sala de Procedimientos 1. 0000002 = Sala de Procedimientos 2.

[253] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[254] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°339, de 07.10.2019.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		0000014 = Derecho de Pabellón 14. ▪ Los insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000. ▪ Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000. ▪ Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000. ▪ Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000. ▪ Las Drogas Inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000. ▪ Las prestaciones que no se encuentran bajo ninguna de las denominaciones anteriores, deberán ser informadas según la codificación que le hubiera asignado la aseguradora.
		De verificarse casos en rezago correspondientes a aquéllos relacionados con el decreto anterior al que inicia su vigencia, cuyos grupos de prestaciones tengan periodicidad por ejemplo, "por control" se deberán detallar las prestaciones unitarias por las que la persona beneficiaria ha efectuado copago. Validadores Técnicos del campo: ▪ Debe informarse siempre.
08	Copago de la prestación [255]	Corresponde a la contribución en pesos que efectuó el beneficiario -cotizante o carga–

[255] Campo 08 "Tipo de bonificación" fue eliminado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018., pasando de esta manera el campo 09 "Copago de la Prestación" a ser el campo 08 y así sucesivamente.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		respecto de la prestación o grupo de prestaciones que se informa. En relación a las prestaciones incluidas en las GES, el valor que se informe en este campo deberá ser consistente con el que se registre en el campo "Forma de enterar el copago" (campo 10): • Si la forma de registrar el entero del copago, respecto del Grupo de Prestaciones es "Único", entonces el valor del copago que se informe en este campo será el mismo para cada registro asociado al Grupo de Prestaciones que se informa. • Si la forma de registrar el entero del copago, respecto del Grupo de Prestaciones es "Parcial", se deberán informar de manera detallada, los copagos que se hayan realizado por dicho grupo de prestaciones. En este caso se entenderá que el copago realizadopor el grupo de prestaciones corresponde a la suma de los copagos parciales asociados al mismo. • Si la forma de registrar el entero del copago, respecto del Grupo de Prestaciones es "Mixto", se deberá informar el copago que se haya realizado para el grupo de prestaciones en el registro correspondiente al comprobante de ingreso u otro documento que se utilice. En los registros que detallan las prestaciones unitarias que son parte del mismo grupo de prestaciones se deberá registrar un cero en este campo. Se entenderá que el copago realizado por la persona beneficiaria corresponde a la suma de los copagos de los registros asociados a un determinado Grupo de Prestaciones. En caso que la prestación o grupo de prestaciones haya sido bonificada

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		excepcionalmente como consecuencia de un reembolso, corresponderá informar en este campo el valor que corresponda al copago. Respecto de esta situación, operarán las mismas definiciones presentadas en los párrafos anteriores. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
09	Forma de enterar el copago [256]	Identifica el procedimiento administrativo mediante el cual la aseguradora recauda el copago que realizan los beneficiarios por cada grupo de prestaciones incluido en las GES. Para efectos de informar a esta Superintendencia se utilizarán los siguientes valores: 1: "Único". Corresponderá registrar este valor cuando la aseguradora recaude el copago por medio de un único bono o reembolso por el Grupo de Prestación Principal (GPP), que se informa. 2: "Parcial". Se registrará este valor cuando la aseguradora recaude el copago del Grupo de Prestación Principal (GPP) que se informa, emitiendo más de un bono o reembolso. De igual manera, corresponderá registrar este valor si la aseguradora emite varios bonos o reembolsos por un Grupo de Prestación Principal (GPP), recaudando de una sola vez el copago definido para dicho grupo.

[256] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		3: "Mixto". Este valor se utilizará cuando la aseguradora recaude el copago efectuado por la persona beneficiaria por medio de un documento distinto de un bono de atención o reembolso (comprobante de ingreso, u otro). Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Valores Posibles: 1, 2 y 3. • Debe informarse siempre.
10	Número de Bono de Atención o Documento Comprobante de Ingreso [257]	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica o documento comprobante de ingreso por medio del cual recaudó el copago de la prestación o grupo de prestaciones que se informa. En caso que la bonificación de la prestación o grupo de prestaciones que se informa se haya efectuado a través de un reembolso, deberá registrarse valor 0 (cero). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico.
11	Número de Reembolso [258]	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso de la prestación o grupo de prestaciones que se informa. En caso que la bonificación se haya efectuado a través de un bono de atención u otro documento comprobante de ingreso, deberá registrarse valor 0 (cero). Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre.

[257] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[258] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
12	Fecha Emisión del Bono/Reembolso/Documento Comprobante de Ingreso [259]	Corresponde a la fecha del bono de atención, reembolso u otro documento comprobante de ingreso por medio del cual se recaudó el copago de la prestación o grupo de prestaciones que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=día, MM=mes y AAAA=año. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre.
13	Fecha Inicio Periodicidad del Grupo de Prestación Principal (GPP) [260]	Corresponde a la Fecha en que comienza el periodo que está cubierto por el copago del grupo de prestaciones que se informa. Se deberá registrar la fecha de Inicio de la Periodicidad en los casos en que el grupo de prestaciones posea periodicidad "mensual", “por tratamiento trimestral”, “anual”, “por ciclo”, “por seguimiento completo”, “por tratamiento completo”, “por tratamiento completo de quimioterapia”, “por esquema completo de quimioterapia”, “por evaluación” y “por evaluación completa”. La Superintendencia entenderá que todos los registros que posean el mismo valor en este campo son parte de un mismo grupo de prestaciones. Si el grupo de prestaciones que se informa posee periodicidad “por control” o “cada vez”, se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo.

[259] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[260] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Con todo, la periodicidad de cada grupo de prestaciones será la indicada en el Decreto Supremo vigente que regula las GES, salvo en aquellos casos en rezago provenientes de otros decretos. De verificarse casos en rezago correspondientes al decreto anterior al que inicia su vigencia cuyos grupos de prestaciones poseen periodicidad "por control" o "cada vez" se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ En los casos en que el valor de este campo sea distinto a 01011800, deberá ser mayor a 01072005. ▪ Debe informarse siempre.
14	Fecha Término Periodicidad del Grupo de Prestación Principal (GPP) [261]	Corresponde a la Fecha en que termina el periodo que está cubierto por el copago del grupo de prestaciones que se informa. Para efectos de informar a la Superintendencia, la entidad aseguradora deberá considerar: ▪ Si el grupo de prestaciones que se está informando posee periodicidad "mensual", "por tratamiento trimestral", "anual", y "por ciclo", deberá registrarse la fecha en la cual se finaliza el periodo. La Superintendencia entenderá que todos los registros que posean el mismo valor en este campo son parte de un mismo grupo de prestaciones.

[261] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Si el grupo de prestaciones que se está informando posee periodicidad “por seguimiento completo”, “por tratamiento completo”, “por tratamiento completo de quimioterapia”, “por esquema completo de quimioterapia” “por evaluación y “por evaluación completa”, la entidad aseguradora registrará el valor 01011800 (cero) hasta que tome conocimiento de la fecha en que finaliza el periodo. A partir de ese momento todos los registros de dicho grupo de prestaciones deberán mantener la misma fecha. ▪ Si el grupo de prestaciones que se está informando posee periodicidad “por control” o “cada vez”, se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo. De verificarse casos en rezago correspondientes al decreto anterior al que inicia su vigencia, cuyos grupos de prestaciones poseen periodicidad “por control” o “cada vez”, se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo. Con todo, la periodicidad de cada grupo de prestaciones es la indicada en el Decreto Supremo que regula las GES y que se encuentre vigente. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM =mes y AAAA = año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ En los casos en que el valor de este campo sea distinto a 01011800, deberá ser mayor a 01072005. ▪ Debe informarse siempre

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
15	Frecuencia de la Prestación Unitaria[262]	Corresponde al número de prestaciones o grupos de prestaciones asociado al informado. En caso que el registro se refiera a un documento asociado al copago, distinto de bono de atención o reembolso (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar en este campo un 0 (cero). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico, mayor o igual a cero. ▪ Debe informarse siempre.

4. Validaciones de consistencia [Eliminado][263]

Anexo N° 4: Codificación de problemas de salud[264] Eliminado[265]

(esta codificación corresponde a los Problemas de Salud y numeración asignado por el Decreto GES vigente). Disponible en la Extranet

[262] Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.
[263] Se elimina el punto 4 sobre validaciones de consistencia, según Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

[264] Se actualiza Anexo, de acuerdo a D.S vigente y según Circular IF /N°310, de 06.02.2018
[265] Eliminado por la Circular IF /N°339, de 07.10.2019.

Anexo N° 5A Garantía de Oportunidad por Problema de Salud y sus Respectivos Hitos

(D.S N°1/2010)

Se detallan en este Anexo las Garantías de Oportunidad según el Decreto Supremo N°1, de 2010, del Ministerio de Salud y de Hacienda.

Se deberá emplear este anexo, para informar aquellos casos de excepción como por ejemplo, los hitos relacionados con la situación prevista en el artículo 18 del D.S N°4/2013, que dice relación con aquellos casos en que los beneficiarios se encuentran recibiendo prestaciones en conformidad al D.S N°1/2010 a la fecha de vigencia del mencionado D.S N°4/2013, para lo cual las isapres deberán informar cada hito, empleando las codificaciones utilizadas en el anexo del anterior decreto de 2010. Una vez terminada la intervención sanitaria correspondiente (GPP), se deberá utilizar el Anexo N°5 que se adjunta, y que se encuentra asociado al D.S N°4/2013.

Para cada una de las Garantías de Oportunidad se detalla el plazo (valor y unidad de tiempo) y sus Hitos de Inicio y Término asociados, con sus respectivas codificaciones.

En relación a los hitos de cada garantía, se identifican en este Anexo todos los posibles grupos de prestaciones, prestaciones unitarias y/o eventos administrativos que pueden ser parte de cada Hito de Inicio y/o de Término. Dado lo anterior, la Aseguradora deberá informar aquellos que son pertinentes a cada Caso GES.

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
1	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	-	<=	21	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Peritoneodiálisis		T	01	
		-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Hemodiálisis		T	02	
		-	<=	10	Meses	Inicio	Indicación Médica de Estudio Pre Trasplante	05			
						Término	Estudio Pre Trasplante receptor		T	09	
		-	<=	90	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Acceso Vascular Autólogo en Brazo o Antebrazo		T	14	
							Acceso Vascular con Prótesis en Extremidad Superior		T	15	
							Acceso Vascular Autólogo de Alta Complejidad		T	16	
2	Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años	-	<=	48	Horas	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-		21	Días	Inicio	Sospecha	21			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
			<=			Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	1	Año	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Evaluación Post Quirúrgica Cardiopatía Congénita Operables		T	11	
3	Cáncer Cervicouterino	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación de Examen	24			
						Término	PAP		D	05	0801001
		-	<=	40	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Cáncer Cervicouterino Pre Invasor		D	02	
							Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	<=	20	Días	Inicio	Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	03	
						Término	Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	04	
		-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación cáncer Cervicouterino PreInvasor		D	02	
						Término	Tratamiento Cáncer Cervicouterino Preinvasor		T	01	
		-	<=	20	Días	Inicio	Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	04	
						Término	Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor		T	02	
							Tratamiento Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	03	
							Tratamiento Braquiterapia Cáncer		T	04	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Cervicouterino Invasor				
							Tratamiento Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	05	
							Tratamiento Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor		T	06	
		-	= <	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor		T	02	
							Tratamiento Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	03	
							Tratamiento Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	04	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Tratamiento Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	05	
							Tratamiento Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor		T	06	
		-	< =	90	Días	Inicio	Tratamiento Cáncer Cervicouterino Preinvasor		T	01	
						Término	Seguimiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor		S	01	
		-	< =	90	Días	Inicio	Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor		T	02	
							Tratamiento Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	03	
							Tratamiento Braquiterapia Cáncer		T	04	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Cervicouterino Invasor				
							Tratamiento Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	05	
							Tratamiento Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor		T	06	
						Término	Seguimiento Cáncer Cervicouterino Invasor		S	02	
4	Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos	-	<=	5	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Integral por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos		T	02	
5	Infarto Agudo del Miocardio	-	<=	30	Minutos	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Electrocardiograma (E.C.G.)		D	03	1701001

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	< =	30	Minutos	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
							Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Confirmación y Tratamiento IAM Urgencia con Trombolisis		T	05	
		-	< =	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Prevención secundaria del IAM		S	01	
6	Diabetes Mellitus Tipo 1	-	< =	7	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	06	0101113
		-	< =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 1 (incluye		T	06	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							descompensaciones)				
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2		T	05	
		-	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	07	0101113
8	Cáncer de Mama en personas de 15 años y más	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Término	Etapificación Cáncer de Mama		D	03	
		-	= <	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria		T	10	
							Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)		T	11	
							Tratamiento Radioterapia Cáncer de Mama		T	02	
							Tratamiento Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama		T	12	
							Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II		T	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06	
							Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07	
							Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	
		-	=<	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria		T	10	
							Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)		T	11	
							Tratamiento Radioterapia Cáncer de Mama		T	02	
							Tratamiento Radioterapia		T	12	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Paliativa Cáncer de Mama				
							Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II		T	03	
							Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06	
							Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07	
							Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	
							Hormonoterapia para Cáncer de Mama		T	09	
		-	< =	90	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria		T	10	
							Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción		T	11	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						mamaria (diferida o inmediata)				
						Tratamiento Radioterapia Cáncer de Mama		T	02	
						Tratamiento Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama		T	12	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II		T	03	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	
					Término	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática		S	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática		S	02	
9	Disrafias Espinales	-	<=	12	Horas	Inicio	Nacimiento	17			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	90	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	02	0101113
		-	<=	72	Horas	Inicio	Nacimiento	17			
						Término	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta		T	01	
		-	<=	90	Días	Inicio	Nacimiento	17			
						Término	Instalación de derivativas de LCR (incluye valor de la válvula)		T	01	1103132
		-		15	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
			< =			Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	03	0101113
		-	< =	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
						Término	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada		T	02	
			< =	15	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	04	0101113
10	Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años	-	< =	365	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Idiopática		T	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Neuromuscular		T	04	
							Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Mielomeningocele		T	05	
		-	<=	10	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Evaluación post Quirúrgica Escoliosis		T	02	
11	Tratamiento Quirúrgico de Cataratas	-	<=	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
12	Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa	-	<=	240	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01	
		-	<=	40	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Recambio de Prótesis de Cadera		T	03	
						Término	Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología		T	02	0101111
		-	<=	1	Día	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
							Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006
		-	<=	240	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
						Término	Recambio de Prótesis de Cadera		T	03	
13	Fisura Labiopalatina	-	<=	15	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	45	Días	Inicio	Nacimiento	17			
							Indicación Médica de Tratamiento	16			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Término	Ortopedia Prequirúrgica		T	01	
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Primaria: 1° Intervención	30			
						Término	Cirugía Primaria: 1° Intervención		T	02	
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Primaria: 2° Intervención	31			
						Término	Cirugía Primaria: 2º intervención		T	03	
		-	< =	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Secundaria	32			
						Término	Cirugía Secundaria		T	06	
14	Cáncer en menores de 15 años	-	< =	14	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años		D	01	
		-		37	Días	Inicio	Sospecha	21			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
			<=			Término	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años		D	01	
		-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01	
		-	<=	10	Días	Inicio	Indicación Médica de Radioterapia	15			
						Término	Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04	
		-	<=	7	Días	Inicio	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01	
							Trasplante de Médula Autólogo		T	02	
							Trasplante de Médula Alógeno		T	03	
							Tratamiento Cáncer menores de 15 años		T	05	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04	
							Tratamiento Radioyodo		T	06	
						Término	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años		S	02	
		-	< =	30	Días	Inicio	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01	
							Trasplante de Médula Autólogo		T	02	
							Trasplante de Médula Alógeno		T	03	
							Tratamiento Cáncer menores de 15 años		T	05	
							Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04	
							Tratamiento Radioyodo		T	06	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Término	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años		S	02	
15	Esquizofrenia	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta de psiquiatría		D	02	0903001
							Consulta de psiquiatría		D	03	0903001
		-	=	0	Días	Inicio	Consulta de psiquiatría		D	02	0903001
							Consulta de psiquiatría		D	03	0903001
						Término	Tratamiento Esquizofrenia Primer Año		T	01	
16	Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Etapificación Cáncer Testículo		D	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	=<	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
						Término	Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía		T	08	
							Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Vaciamiento ganglionar (LALA)		T	09	
							Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Mediastínico-Retroperitoneal		T	10	
		-	=<	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Tratamiento Radioterapia Cáncer de Testículo		T	02	
							Quimioterapia Cáncer Testículo		T	03	
		-		30	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica Cáncer		T	08	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
			< =				Testículo: Orquidectomía				
							Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Vaciamiento ganglionar (LALA)		T	09	
							Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Mediastínico-Retroperitoneal		T	10	
							Tratamiento Radioterapia Cáncer de Testículo		T	02	
							Quimioterapia Cáncer Testículo		T	03	
						Término	Seguimiento Cáncer Testículo		S	01	
17	Linfomas en personas de 15 años y más	-	< =	35	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Término	Etapificación Linfoma en personas de 15 años y más		D	02	
		-	< =	10	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	02	
		-	< =	25	Días	Inicio	Indicación Médica de Radioterapia	15			
						Término	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	01	
		-	< =	30	Días	Inicio	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	01	
							Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Término	Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más		S	01	
20	Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en personas de 65 años y más	-	<=	48	Horas	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	=	0	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Tratamiento Neumonía		T	01	
21	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario		T	01	
22	Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y	-	<=	20	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
							Tratamiento Integral Año1 Nivel		T	05	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	menores de 15 años					Término	Primario Epilepsia no Refractaria				
							Tratamiento Año 1 Nivel Especialidad Epilepsia no Refractaria		T	07	
23	Salud Oral Integral para niños de 6 años	-	< =	90	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			
						Término	Prevención y Educación Salud Oral 6 años		T	01	
							Tratamiento Salud Oral 6 años		T	02	
25	Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que Requieren Marcapaso	-	< =	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Implantación Marcapasos Unicameral VVI		T	02	
							Recambio Marcapasos Unicameral VVI		T	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Implantación Marcapasos Bicameral DDD		T	04	
							Recambio Marcapasos Bicameral DDD		T	05	
		-	< =	15	Días	Inicio	Implantación Marcapasos Unicameral VVI		T	02	
							Recambio Marcapasos Unicameral VVI		T	03	
							Implantación Marcapasos Bicameral DDD		T	04	
							Recambio Marcapasos Bicameral DDD		T	05	
						Término	Seguimiento Trastorno de Conducción 1° año		S	02	
26	Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en	-	< =	60	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	personas de 35 a 49 años	-	< =	90	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Intervención Quirúrgica Colelitiasis		T	01	
27	Cáncer Gástrico	-	< =	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	02	0101110
		-	< =	30	Días	Inicio	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	02	0101110
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Intervención		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Quirúrgica Cáncer Gástrico				
		-	<=	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Evaluación post Quirúrgica Cáncer Gástrico		T	02	
28	Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más	-	<=	60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Etapificación Cáncer de Próstata		T	01	
		-	<=	120	Días	Inicio	Etapificación Cáncer de Próstata		T	01	
						Término	Intervención Quirúrgica Tumores Malignos de Próstata		T	02	
							Intervención Quirúrgica Orquidectomía		T	03	
							Tratamiento Radioterapia Cáncer de Próstata		T	04	
							Hormonoterapia		T	05	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
						Término	Seguimiento Cáncer de Próstata		S	01	
29	Vicios de Refracción en personas de 65 años y más	-	<=	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	30	Días	Inicio	Indicación de Lentes Presbicia	26			
						Término	Tratamiento Presbicia pura (entrega de lentes		T	01	
		-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Lentes Miopía, Astigmatismo o Hipermetropía	27			
						Término	Tratamiento Vicio Refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)		T	02	
30	Estrabismo en menores de 9 años	-	<=	90	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	< =	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Médico Estrabismo menores de 9 años		T	03	
		-	< =	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años		T	01	
31	Retinopatía Diabética	-	< =	90	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética		T	01	
							Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
32	Desprendimiento de Retina Regmatógeno No Traumático	-	<=	5	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Vitrectomía		T	01	
							Cirugía Desprendimiento Retina		T	02	
33	Hemofilia	-	<=	15	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
34	Depresión en personas de 15 años y más	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Depresión Leve		T	03	
							Tratamiento Depresión Moderada		T	04	
							Tratamiento Depresión Grave Año 1		T	05	
							Tratamiento Depresión con Psicosis, Trastorno		T	06	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 1				
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta de psiquiatría		T	06	0903001
36	Órtesis (o Ayudas Técnicas) para personas de 65 años y más	-	< =	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Bastón	08			
						Término	Órtesis (bastón)		T	02	
		-	< =	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Silla de Ruedas	09			
						Término	Órtesis (silla de ruedas)		T	03	
		-	< =	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Andador	10			
						Término	Órtesis (andador)		T	04	
		-	< =	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Andador de Paseo	11			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Término	Órtesis (andador de paseo)		T	05	
		-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Cojín Antiescaras	12			
						Término	Órtesis (cojín antiescaras)		T	06	
		-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Colchón Antiescaras	13			
						Término	Órtesis (colchón antiescaras)		T	07	
37	Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más	-	<=	72	Horas	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico		T	01	
		-	<=	10	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología,		S	01	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Neurología, Oncología				
38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101110
39	Asma Bronquial Moderada y Grave en menores de 15 años	-	<=	20	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y		T	02	0101112

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades				
40	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido	-	=	0	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Enfermedad de la Membrana Hialina: Confirmación y Tratamiento		T	01	
							Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento		T	02	
							Hernia Diafragmática: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico		T	03	
							Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y tratamiento		T	04	
							Hipertensión Pulmonar Persistente, Aspiración de		T	05	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Meconio y Bronconeumonía: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico				
							Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento		T	06	
							Bronconeumonía: Confirmación y Tratamiento		T	07	
41	Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, Leve o Moderada	-	< =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Artrosis Nivel Primario		T	01	
		-	< =	120	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
42	Hemorragia Subaracnoídea Secundaria a Ruptura de Aneurismas Cerebrales	-	< =	24	Horas	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	48	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Confirmación Diagnóstica Ruptura Aneurisma Cerebral		D	01	
		-	< =	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	01	0101113
43	Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más	-	< =	25	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Tumores Sistema Nervioso Central		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Tratamiento Radioterapia Tumores Sistema Nervioso Central		T	02	
							Tratamiento Acromegalia		T	03	
							Tratamiento Diabetes Insípida		T	04	
44	Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar	-	< =	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Hernia Núcleo Pulposo Lumbar		T	01	
		-	< =	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	01	0101113
45	Leucemia en personas de 15 años y más	-	< =	21	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	< =	72	Horas	Inicio	Indicación Médica de Quimioterapia	23			
							Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Leucemia Aguda por Quimioterapia		T	01	
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica		T	04	
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias Linfoblásticas		T	05	
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)		T	06	
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemia No Linfoblástica –		T	10	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Leucemia Mieloide (LNLA)				
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Promielocitica Aguda		T	07	
		-	< =	14	Días	Inicio	Tratamiento Leucemia Aguda por Quimioterapia		T	01	
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica		T	04	
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias Linfoblásticas		T	05	
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)		T	06	
							Quimioterapia Leucemia Aguda:		T	10	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Recaída de Leucemia No Linfoblástica – Leucemia Mieloide (LNLA)				
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Promielocitica Aguda		T	07	
						Término	Seguimiento Leucemia Aguda		S	01	
		-	= <	60	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	= <	10	Días	Inicio	Indicación Médica de Quimioterapia	23			
							Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Leucemia Crónica por Quimioterapia		T	02	
							Tratamiento Leucemia Linfática Crónica		T	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento Hidroxicarbamida		T	08	
							Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento inhibidor tirosin kinasa		T	09	
		-	= <	30	Días	Inicio	Tratamiento Leucemia Crónica por Quimioterapia		T	02	
							Tratamiento Leucemia Linfática Crónica		T	03	
							Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento Hidroxicarbamida		T	08	
							Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento		T	09	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							inhibidor tirosin kinasa				
						Término	Seguimiento Leucemia Mieloide Crónica		S	02	
							Seguimiento Leucemia Linfática Crónica		S	03	
46	Urgencia Odontológica Ambulatoria	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Absceso Submucoso o Subperióstico de Origen Odontológico		T	01	
							Absceso de Espacios Anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial: Nivel Primario		T	07	
							Flegmón Oro Cérvico Facial de Origen Odontogénico: Nivel Primario		T	08	
							Gingivitis Úlcero Necrótica Aguda (GUNA) con		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Compromiso del Estado General				
							Complicaciones Post Exodoncia		T	03	
							Traumatismos Dento Alveolares		T	04	
							Pericoronaritis		T	05	
							Pulpitis		T	06	
47	Salud Oral Integral del Adulto de 60 años	-	<=	90	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			
						Término	Atención Odontológica del Adulto de 60 años		T	01	
49	Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado o Grave	-	<=	12	Horas	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento TEC Moderado y Grave		T	01	
50	Trauma Ocular Grave	-	<=	12	Horas	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	<=	60	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Trauma Ocular Grave		T	03	
51	Fibrosis Quística	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Fibrosis Quística Grave		T	01	
							Tratamiento Farmacológico con Tobramicina para pacientes con Fibrosis Quística Grave		T	04	
							Tratamiento Fibrosis Quística Moderada		T	02	
							Tratamiento Fibrosis Quística Leve		T	03	
52	Artritis Reumatoidea	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Farmacológico Tradicional Artritis Reumatoidea		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
53	Consumo Perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de Alcohol y Drogas en personas menores de 20 años	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Plan Ambulatorio Básico		T	01	
55	Gran Quemado	-	<=	72	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento paciente quemado grave menor de 15 años		T	01	
							Tratamiento paciente quemado crítico menor de 15 años		T	02	
							Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años		T	03	
							Tratamiento paciente quemado		T	04	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							grave de 15 años y más				
							Tratamiento paciente quemado crítico de 15 años y más		T	05	
							Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más		T	06	
		-	< =	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
						Término	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave menor de 15 años		S	07	
							Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico menor de 15 años		S	08	
							Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente		S	09	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							quemado sobrevida excepcional menor de 15 años				
							Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave de 15 años y más		S	10	
							Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico de 15 años y más		S	11	
							Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más		S	12	
56	Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de Audífono	-	<=	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Implementación Audífonos		T	01	
242		-		6		Inicio	Nacimiento	17			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Retinopatía del Prematuro		<=		Semanas	Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	02	0101113
		-	<=	48	Horas	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Fotocoagulación		T	02	
							Cirugía Vitreoretinal		T	03	
		-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
						Término	Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1º año		S	01	
							Seguimiento Pacientes No Quirúrgico		S	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Retinopatía del Prematuro				
243	Displasia Broncopulmonar del Prematuro	-	< =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Displasia Broncopulmonar		T	04	
		-	< =	14	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1º año		S	01	
244	Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro	-	< =	3	Meses	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Implementación Bilateral Audífonos		T	01	
		-	< =	1	Año	Inicio	Indicación Médica de Implante Coclear	06			
						Término	Implante Coclear		T	02	
		-	< =	14	Días	Inicio	Implementación Bilateral Audífonos		T	01	
							Implante Coclear		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Término	Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audífono e implante coclear) 1º año		S	01	
60	Epilepsia No Refractaria en personas de 15 años y más	-	<=	20	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Primario		T	01	
							Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Especialidad		T	02	
61	Asma Bronquial en personas de 15 años y más	-	<=	20	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología,		T	02	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Neurología, Oncología				
62	Enfermedad de Parkinson	-	<=	20	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en menores de 60 años		T	01	
							Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más		T	02	
63	Artritis Idiopática juvenil	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil		T	01	
							Tratamiento Biológico Artritis Idiopática Juvenil		T	02	
64	Prevención Secundaria Insuficiencia	-	<=	24	Horas	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Tratamiento Nefropatía		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Renal Crónica Terminal	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta Especialista		T	02	
65	Displasia Luxante de Caderas	-	<=	15	Días	Inicio	Indicación de Examen	24			
						Término	Screening Displasia Luxante de Caderas		D	01	
		-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	15	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Ortopédico Displasia Luxante de Caderas		T	01	
66	Salud Oral Integral de la embarazada	-	<=	21	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			
						Término	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Primario		T	01	
		-		9	Meses	Inicio	Parto	28			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
			<=			Término	Alta Integral	29			
67	Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente	-	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	01	
							Tratamiento Brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	02	
							Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	03	
68	Hepatitis B	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<=	60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad						Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Término	Indicación Médica de Tratamiento	16			
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Tratamiento Farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más		T	01	
							Tratamiento Farmacológico VHB crónica en menores de 15 años		T	02	
69	Hepatitis C	-	< =	45	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Evaluación paciente VHC pre tratamiento		T	01	
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Tratamiento Farmacológico del VHC		T	02	

Anexo N° 5 Garantía de Oportunidad por Problema de Salud y sus Respectivos Hitos[266]

Se detallan en este Anexo las Garantías de Oportunidad que se encuentran vigentes en el Decreto Supremo N°4, de 2013, del Ministerio de Salud y de Hacienda, y que la Superintendencia controlará por medio del Sistema Informático desarrollado para estos efectos.

Para cada una de las Garantías de Oportunidad se detalla el plazo (valor y unidad de tiempo) y sus Hitos de Inicio y Término asociados, con sus respectivas codificaciones.

En relación a los hitos de cada garantía, se identifican en este Anexo todos los posibles grupos de prestaciones, prestaciones unitarias y/o eventos administrativos que pueden ser parte de cada Hito de Inicio y/o de Término. Dado lo anterior, la Aseguradora deberá informar aquellos que son pertinentes a cada Caso GES.

[266] Codificación para el Problema de Salud N°8, modificacda por Circular IF/N°198, de 13 de agosto de 2013.

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
1	Enfermedad Renal Crónica Etapa 4 Y 5	(*)	-	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Acceso Vascular	33			
							Término	Acceso Vascular Autólogo en Brazo o Antebrazo		T	14	
								Acceso Vascular con Prótesis en Extremidad Superior		T	15	
								Acceso Vascular Autólogo de Alta Complejidad		T	16	
		(*)	-	<=	21	Días	Inicio	Indicación Médica de Peritoneodiálisis	34			
							Término	Peritoneodiálisis		T	32	
		(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Indicación Médica de Hemodiálisis	35			
							Término	Hemodiálisis		T	02	
		-	-	<=	10	Meses	Inicio	Indicación Médica de Estudio Pre Trasplante	5			
							Término	Estudio Pre Trasplante receptor		T	09	
2	Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años	-	0-7 días	<=	48	Horas	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	8 días y < 2 años	<=	21	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	2 años y < 15 años	<=	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	1	Año	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Evaluación Post Quirúrgica Cardiopatía Congénita Operables		T	11	
3	Cáncer Cervicouterino	(*)	25 y < 65 años	<=	30	Días	Inicio	Indicación de Examen	24			
							Término	PAP		D	05	0801001
		-	-	<=	40	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Cáncer Cervicouterino Pre Invasor		D	02	
								Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	03	
		-	-	<=	20	Días	Inicio	Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	03	
							Término	Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	04	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación cáncer Cervicouterino PreInvasor		D	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE I		T	07	
							Término	Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE II y NIE III o CIS		T	01	
		-	-	<=	20	Días	Inicio	Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	04	
							Término	Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor		T	02	
							Término	Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	03	
							Término	Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	04	
							Término	Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)		T	05	
							Término	Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)		T	06	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor		T	02	
								Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	03	
								Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	04	
								Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)		T	05	
								Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)		T	06	
		(*)	-	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor		S	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Seguimiento Cáncer Cervicouterino Invasor		S	02	
4	Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado	-	-	<=	5	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Integral y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado		T	02	
5	Infarto Agudo del Miocardio	-	-	<=	30	Minutos	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Electrocardiograma (E.C.G.)		D	03	1701001
		-	-	<=	30	Minutos	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
								Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Confirmación y Tratamiento Infarto Agudo del Miocardio Urgencia con Trombolisis		T	05	
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Prevención secundaria del Infarto Agudo del Miocardio		S	01	
6		-	-	<=	7	Días	Inicio	Sospecha	21			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Diabetes Mellitus Tipo 1						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	06	0101113
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)		T	06	
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	-	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2		T	05	
		-	-	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades,		T	07	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Oftalmología, Neurología, Oncología				
8	Cáncer de Mama en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Etapificación Cáncer de Mama		D	03	
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria		T	10	
								Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)		T	11	
								Radioterapia Cáncer de Mama		T	02	
								Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama		T	12	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II		T	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	
		(*)	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria		T	10	
								Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)		T	11	
								Radioterapia Cáncer de Mama		T	02	
								Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama		T	12	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II		T	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	
								Hormonoterapia para Cáncer de Mama		T	14	
		(*)	-	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática		S	01	
								Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática		S	02	
9	Disrafias Espinales	-	Disrafia Abierta	<=	12	Horas	Inicio	Nacimiento	17			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	Disrafia Cerrada	<=	90	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina		D	02	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología				
		-	Disrafia Abierta	<=	72	Horas	Inicio	Nacimiento	17			
							Término	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta		T	01	
		(*)	Disrafia Abierta	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Instalación de derivativas de LCR (incluye valor de la válvula)		T	01	1103132
		-	Disrafia Abierta	<=	15	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	03	0101113
		(*)	Disrafia Cerrada	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada		T	06	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	Disrafia Cerrada	<=	15	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	04	0101113
		(*)	Disrafia Abierta	<=	6	Meses	Inicio	Indicación Médica de Rehabilitación	37			
							Término	Rehabilitación 1° y 2° año Paciente con Espina Bífida Abierta		S	03	
10	Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en personas menores de 25 años	(*)	-	<=	270	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Idiopática		T	03	
								Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Neuromuscular		T	04	
								Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Mielomeningocele		T	05	
		-	-	<=	10	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Evaluación post Quirúrgica Escoliosis		T	02	
11	Tratamiento Quirúrgico de Cataratas	-	-	<=	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
12	Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa	-	-	<=	240	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01	
		-	-	<=	40	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01	
								Recambio de Prótesis de Cadera		T	03	
							Término	Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología		T	02	0101111
		-	-	<=	1	Día	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
								Indicación Médica de Tratamiento	16			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006
		-	-	<=	240	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Recambio de Prótesis de Cadera		T	03	
13	Fisura Labiopalatina	-	-	<=	15	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	45	Días	Inicio	Nacimiento	17			
								Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Ortopedia Prequirúrgica		T	01	
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Primaria: 1° Intervención	30			
							Término	Cirugía Primaria: 1° Intervención		T	02	
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Primaria: 2° Intervención	31			
							Término	Cirugía Primaria: 2º intervención		T	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Secundaria	32			
							Término	Cirugía Secundaria		T	06	
14	Cáncer en personas menores de 15 años	-	Leucemia	<=	14	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años		D	01	
		-	Linfomas y Tumores Sólidos	<=	37	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años		D	01	
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01	
		-	Linfomas y Tumores Sólidos	<=	10	Días	Inicio	Indicación Médica de Radioterapia	15			
							Término	Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04	
		-	Leucemia	<=	7	Días	Inicio	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Trasplante de Médula Autólogo		T	02	
								Trasplante de Médula Alógeno		T	03	
								Tratamiento Cáncer menores de 15 años		T	05	
								Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04	
								Tratamiento Radioyodo		T	06	
							Término	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años		S	02	
		-	Linfomas y Tumores Sólidos	<=	30	Días	Inicio	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01	
								Trasplante de Médula Autólogo		T	02	
								Trasplante de Médula Alógeno		T	03	
								Tratamiento Cáncer menores de 15 años		T	05	
								Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04	
								Tratamiento Radioyodo		T	06	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años		S	02	
15	Esquizofrenia	(*)	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta de psiquiatría		D	02	0903001
								Consulta de psiquiatría		D	04	0903001
		(*)	-	=	0	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Tratamiento Esquizofrenia Primer Año		T	03	
16	Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más	-	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Etapificación Cáncer Testículo		D	03	
		(*)	-	<=	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento		T	11	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Ganglionar (LALA) Post-Quimioterapia				
								Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía		T	12	
								Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA)		T	13	
								Intervención Quirúrgica de Testículo: Mediastínico-Retroperitoneal		T	10	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Tratamiento Radioterapia Cáncer de Testículo		T	02	
								Quimioterapia Cáncer Testículo		T	03	
								Quimioterapia Protocolo Seminoma E1		T	14	
								Terapia de Reemplazo Hormonal		T	04	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA) Post-Quimioterapia		T	11	
								Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía		T	12	
								Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA)		T	13	
								Intervención Quirúrgica de Testículo: Mediastínico-Retroperitoneal		T	10	
								Tratamiento Radioterapia Cáncer de Testículo		T	02	
								Quimioterapia Cáncer Testículo		T	03	
								Quimioterapia Protocolo Seminoma E1		T	14	
							Término	Seguimiento Cáncer Testículo		S	01	
17		-	-	<=	35	Días	Inicio	Sospecha	21			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Linfomas en personas de 15 años y más						Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Etapificación Linfoma en personas de 15 años y más		D	02	
		(*)	-	<=	10	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	02	
								Quimioterapia Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - ICE		T	05	
		-	-	<=	25	Días	Inicio	Indicación Médica de Radioterapia	15			
							Término	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	01	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	02	
								Quimioterapia Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - ICE		T	05	
							Término	Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más		S	01	
18	Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) de Manejo Ambulatorio en personas menores de 5 años	(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Farmacológico		T	02	6100000
		(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006
20		-	-	<=	48	Horas	Inicio	Sospecha	21			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en personas de 65 años y más						Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	=	0	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Tratamiento Farmacológico		T	02	6100000
		(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006
21	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más	-	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario		T	01	
22	Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años	(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Evaluación inicial Epilepsia en Nivel Secundario		T	10	
		(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Tratamiento Integral Año1 Nivel Primario Epilepsia no Refractaria		T	05	
								Tratamiento Año 1 Nivel Especialidad Epilepsia no Refractaria		T	07	
23	Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años	-	-	<=	90	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			
							Término	Diagnóstico y tratamiento preventivo Salud Oral		T	01	
								Tratamiento Salud Oral 6 años		T	02	
241	Prevención de Parto prematuro	(*)	-	<=	2	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Síntomas Parto Prematuro		T	01	
25	Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que	-	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Implantación Marcapasos Unicameral VVI		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Requieren Marcapaso							Recambio Marcapasos Unicameral VVI		T	03	
								Implantación Marcapasos Bicameral DDD		T	04	
								Recambio Marcapasos Bicameral DDD		T	05	
		(*)	-	<=	15	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Seguimiento Trastorno de Conducción 1° año		S	02	
26	Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	<=	90	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Colecistectomía vía laparoscópica		T	01	
								Colecistectomía abierta		T	02	
27	Cáncer Gástrico	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina		D	01	0101110

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología				
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	01	0101110
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Intervención Quirúrgica Resección Endoscópica Cancer Gástrico Incipiente		T	04	
								Intervención Quirúrgica Gastrectomía Cancer Gástrico Incipiente por Laparoscopía		T	05	
								Intervención Quirúrgica Gastrectomía Cancer Gástrico Incipiente por Laparotomía		T	06	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Intervención Quirúrgica Cancer Gástrico Avanzado		T	07	
28	Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Etapificación Cáncer de Próstata		T	06	
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Etapificación Cáncer de Próstata		T	06	
							Término	Intervención Quirúrgica Tumores Malignos de Próstata		T	02	
								Intervención Quirúrgica Orquidectomía		T	03	
								Tratamiento Radioterapia Cáncer de Próstata		T	04	
								Hormonoterapia		T	05	
		-	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Cáncer de Próstata		S	01	
29	Vicios de Refracción en	-	-	<=	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	personas de 65 años y más	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Solicitud de Lentes	20			
							Término	Tratamiento Presbicia pura (entrega de lentes)		T	01	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Vicio Refracción (miopía, astigmatismo, hipermetropía)		D	01	
							Término	Tratamiento Vicio Refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)		T	02	
30	Estrabismo en personas menores de 9 años	-	-	<=	90	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Médico Estrabismo menores de 9 años		T	03	
		-	-	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
31	Retinopatía Diabética	-	-	<=	90	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética		T	01	
								Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética		T	02	
32	Desprendimiento de Retina Regmatógeno No Traumático	-	-	<=	5	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Vitrectomía Desprendimiento de Retina		T	01	
								Cirugía Desprendimiento Retina		T	02	
33	Hemofilia	-	-	<=	15	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
34		(*)	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Depresión Leve		T	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Depresión en personas de 15 años y más							Tratamiento Depresión Moderada		T	04	
								Tratamiento Depresión Grave Año 1		T	05	
								Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 1		T	08	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta de psiquiatría		T	08	0903001
35	Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Tratamiento Farmacológico Hiperplasia Próstata		T	03	
36	Órtesis (o Ayudas Técnicas) para	-	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Bastón	8			
							Término	Órtesis (bastón)		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	personas de 65 años y más	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Silla de Ruedas	9			
							Término	Órtesis (silla de ruedas)		T	03	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Andador	10			
							Término	Órtesis (andador)		T	04	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Andador de Paseo	11			
							Término	Órtesis (andador de paseo)		T	05	
		-	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Cojín Antiescaras	12			
							Término	Órtesis (cojín antiescaras)		T	06	
		-	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Colchón Antiescara	13			
							Término	Órtesis (colchón antiescaras)		T	07	
37	Accidente Cerebrovascular Isquémico en	-	-	<=	72	Horas	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	personas de 15 años y más						Término	Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico		T	02	
		-	-	<=	10	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	01	0101113
		(*)	-	<=	10	Días	Inicio	Indicación Médica de Rehabilitación	37			
							Término	Seguimiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico		S	01	
38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio	-	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades,		T	04	0101110

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Oftalmología, Neurología, Oncología				
39	Asma Bronquial Moderada y Grave en menores de 15 años	-	-	<=	20	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades		T	02	0101112
40	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Enfermedad de la Membrana Hialina: Confirmación y Tratamiento		T	01	
								Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Hernia Diafragmática: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico		T	03	
								Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y Tratamiento		T	04	
								Hipertensión Pulmonar Persistente, Aspiración de Meconio y Bronconeumonia: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico		T	05	
								Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento		T	08	
								Bronconeumonia: Confirmación y Tratamiento		T	07	
41	Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o	-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Artrosis Nivel Primario		T	01	
		-	-	<=	120	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Rodilla, Leve o Moderada						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101113
42	Hemorragia Subaracnoídea Secundaria a Ruptura de Aneurismas Cerebrales	-	-	<=	24	Horas	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	48	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Confirmación Diagnóstica Ruptura Aneurisma Cerebral		D	01	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
								Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	02	0101113
43		-	-	<=	25	Días	Inicio	Sospecha	21			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más						Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento medicamentoso indefinido Tumores Hipofisiarios no funcionantes		T	05	
								Tratamiento medicamentoso indefinido y seguimiento Prolactinomas		T	06	
								Tratamiento Quirúrgico Tumores Sistema Nervioso Central		T	07	
								Tratamiento Radioterapia Tumores Sistema Nervioso Central		T	08	
								Tratamiento Acromegalia		T	09	
								Tratamiento Diabetes Insípida		T	10	
								Tratamiento Enfermedad de Cushing		T	11	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	06	0101113
								Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	09	0101113
								Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	10	0101113
								Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	11	0101113
44		(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar						Término	Tratamiento Quirúrgico Hernia Núcleo Pulposo Lumbar		T	02	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	02	0101113
45	Leucemia en personas de 15 años y más	-	Leucemia Aguda	<=	21	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	Leucemia Aguda	<=	72	Horas	Inicio	Indicación Médica de Quimioterapia	23			
							Término	Tratamiento Leucemia Aguda por Quimioterapia		T	01	
								Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica		T	04	
								Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias Linfoblásticas		T	05	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)		T	06	
								Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemia No Linfoblástica – Leucemia Mieloide (LNLA)		T	10	
								Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Promielocitica Aguda		T	07	
		(*)	Leucemia Aguda	<=	14	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Leucemia Aguda		S	01	
		-	Leucemia Crónica	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	Leucemia Crónica	<=	10	Días	Inicio	Indicación Médica de Quimioterapia	23			
							Término	Tratamiento Leucemia Crónica por Quimioterapia		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica eosinofílica y recombinación de gen FIP 1L1 - PDGFRA		T	11	
								Tratamiento Leucemia Linfática Crónica		T	03	
								Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento Hidroxicarbamida		T	08	
								Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento inhibidor tirosin kinasa		T	09	
		(*)	Leucemia Crónica	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Leucemia Mieloide Crónica		S	02	
								Seguimiento Leucemia Linfática Crónica		S	03	
46		(*)	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Urgencia Odontológica Ambulatoria						Término	Absceso Submucoso o Subperióstico de Origen Odontológico		T	01	
								Absceso de Espacios Anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial: Nivel Primario		T	07	
								Flegmón Oro Cérvico Facial de Origen Odontogénico: Nivel Primario		T	08	
								Gingivitis Úlcero Necrótica Aguda (GUNA) con Compromiso del Estado General		T	02	
								Complicaciones Post Exodoncia		T	09	
								Traumatismos Dento Alveolares		T	04	
								Pericoronaritis		T	10	
								Pulpitis		T	06	
47	Salud Oral Integral del	-	-	<=	90	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			
							Término	Atención Odontológica del Adulto de 60 años		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Adulto de 60 años											
49	Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado o Grave	-	-	<=	12	Horas	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento TEC Moderado y Grave		T	01	
50	Trauma Ocular Grave	-	-	<=	12	Horas	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	60	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Quirúrgico Trauma Ocular Grave		T	03	
51	Fibrosis Quística	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Fibrosis Quística Grave		T	06	
								Tratamiento Farmacológico con Tobramicina para pacientes con		T	07	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Fibrosis Quística Grave y moderada				
								Tratamiento Fibrosis Quística Moderada		T	08	
								Tratamiento Fibrosis Quística Leve		T	09	
52	Artritis Reumatoidea	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Farmacológico Tradicional Artritis Reumatoidea		T	02	
53	Consumo Perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de Alcohol y Drogas en personas menores de 20 años	(*)	-	<=	10	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Inicial		T	02	
55	Gran Quemado	-	-	<=	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave menor de 15 años		S	07	
								Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico menor de 15 años		S	08	
								Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años		S	09	
								Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave de 15 años y más		S	10	
								Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico de 15 años y más		S	11	
								Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más		S	12	
56	Hipoacusia Bilateral en	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	personas de 65 años y más que requieren uso de Audífono						Término	Implementación Audífonos		T	02	
242	Retinopatía del Prematuro	-	-	<=	6	Semanas	Inicio	Nacimiento	17			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	02	0101113
		-	-	<=	48	Horas	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Fotocoagulación		T	02	
								Cirugía Vitreoretinal		T	03	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1º año		S	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Seguimiento Pacientes No Quirúrgico Retinopatía del Prematuro		S	04	
243	Displasia Broncopulmonar del Prematuro	-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Displasia Broncopulmonar		T	04	
		-	-	<=	14	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1º año		S	01	
244	Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro	(*)	-	<=	3	Meses	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	3	Meses	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Implementación Bilateral Audífonos		T	01	
		(*)	-	<=	180	Días	Inicio	Indicación Médica de Implante Coclear	6			
							Término	Implante Coclear		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	-	<=	14	Días	Inicio	Implementación Bilateral Audífonos		T	01	
								Implante Coclear		T	02	
							Término	Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audífono e implante coclear) 1º año		S	01	
60	Epilepsia No Refractaria en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Primario		T	01	
								Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Especialidad		T	03	
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	03	0101110
61		-	-	<=	20	Días	Inicio	Sospecha	21			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Asma Bronquial en personas de 15 años y más						Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101113
62	Enfermedad de Parkinson	-	-	<=	20	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en menores de 60 años		T	01	
								Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más		T	02	
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades,		T	03	0101110

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Oftalmología, Neurología, Oncología				
63	Artritis Idiopática Juvenil	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil		T	03	
								Tratamiento Biológico Artritis Idiopática Juvenil		T	04	
64	Prevención Secundaria Enfermedad Renal Crónica Terminal	(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Nefropatía		T	01	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101113
65	Displasia Luxante de Caderas	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación de Examen	24			
							Término	Screening Displasia Luxante de Caderas		D	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Confirmación Diagnóstica	36			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	<=	15	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Ortopédico Displasia Luxante de Caderas		T	02	
66	Salud Oral Integral de la embarazada	-	-	<=	21	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			
							Término	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Primario		T	01	
		-	-	<=	9	Meses	Inicio	Parto o interrupción del embarazo	28			
							Término	Alta Integral	29			
67	Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	-	-	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Tratamiento Brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	04	
								Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	03	
68	Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Evaluación inicial pacientes con Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B		D	01	
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Tratamiento Farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más		T	01	
								Tratamiento Farmacológico VHB crónica en menores de 15 años		T	02	
69	Hepatitis C	-	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Evaluación paciente VHC pre tratamiento		T	04	
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Tratamiento Farmacológico del VHC		T	02	
70	Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Etapificación y exámenes pre operatorios Cáncer Colorectal		D	01	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Cirugía cáncer colorectal		T	01	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Quimioterapia Adyuvante: Bajo riesgo y Estadios II (alto riesgo)		T	03	
								Quimioterapia Adyuvante: FOLFOX XELOX		T	04	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Cáncer Colorectal años 1 y 2		S	01	
71	Cáncer de Ovario Epitelial	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Cirugía Diagnóstica y Etapificación Cancer de Ovario Epitelial		D	01	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Cirugía Diagnóstica y Etapificación Cancer de Ovario Epitelial		D	01	
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Quimioterapia Post Cirugía Estadio, Precoz 1° Línea		T	01	
								Quimioterapia Neoadyuvante Estadios III - IV		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Quimioterapia Adyuvante Estadios IIB, IIC, III y IV		T	03	
								Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario, sensible a platino		T	04	
								Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario, resistente a platino		T	05	
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento de Cáncer de Ovario Epitelial Primer año		S	01	
72	Cáncer Vesical en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Cirugía Cáncer Vesical Profundo		T	02	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Quimioterapia Neoadyuvante Cáncer Vesical Profundo		T	07	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Quimioterapia Adyuvante Cáncer Vesical Profundo, Post Cirugía		T	08	
								Quimioterapia- Radioterapia Concomitante Cáncer Vesical Profundo, Sin Cirugía		T	09	
								Radioterapia Externa Intención Curativa		T	10	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Cáncer Vesical Superficial Primer año		S	01	
								Seguimiento Cáncer Vesical Profundo Primer año		S	03	
73	Osteosarcoma en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación y Etapificación Osteosarcoma		D	01	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Cirugía Osteosarcoma		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Quimioterapia Pre Operatoria Osteosarcoma		T	02	
								Quimioterapia Post Operatoria Osteosarcoma		T	03	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Osteosarcoma		S	01	
74	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Tratamiento Quirúrgico No Complicados		T	01	
								Tratamiento Quirúrgico Complicados		T	02	
		(*)	-	<=	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Primer Año		S	01	
75		(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más						Término	Tratamiento Trastorno Bipolar Año 1		T	01	
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Hipotiroidismo 1° año en el nivel primario		T	01	
77	Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años	(*)	-	<=	3	Meses	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Implementación Audífono		T	01	
		(*)	-	<=	180	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Implante Coclear		T	02	
		(*)	-	<=	14	Días	Inicio	Implementación Audífono		T	01	
								Implante Coclear		T	02	
							Término	Seguimiento Primer Año		S	01	
78	Lupus Eritematoso Sistémico	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Lupus Leve Primer Año		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Tratamiento Lupus Grave Primer Año		T	03	
79	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de las Válvulas Mitral y Tricúspide en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Tratamiento Quirúrgico No Complicados		T	01	
								Tratamiento Quirúrgico Complicados		T	02	
		(*)	-	<=	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Primer Año		S	01	
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento de Erradicación Helicobacter Pylori		T	01	
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades,		S	01	0101110

Problema de Salud		**Garantía de Oportunidad**							**Codificación**			
Código	**Descripción**	**Modificación respecto a DS N°1***	**Grupo Objetivo**	**Operador**	**Plazo**	**Unidad**	**Tipo de Hito**	**Descripción Hito**	**Evento Administrativo**	**Intervención Sanitaria**	**Grupo de Prestaciones**	**Prestación unitaria**
								Oftalmología, Neurología, Oncología				

* Las modificaciones se refieren a cambios en el plazo, hitos, codificación de hitos y/o inclusión de nuevas garantías, respecto del Anexo referido a las Garantías de Oportunidad del DS N°1.

Anexo N°6 Codificación de intervención sanitaria y grupo de Prestaciones [Eliminado][267] [268] [269]

(Disponible en la Extranet)

[267] Codificación para el Problema de Salud N°8, modificacda por Circular IF/N°198, de 13 de agosto de 2013.
[268] Introducción del Anexo modificado por la Circular IF/ N°310, de 06.02.2018

[269] Eliminado por la Circular IF /N°339, de 07.10.2019.

Título XII: Instrucciones sobre información estadística semanal de casos GES que deben proporcionar las isapres a la Superintendencia [Eliminado][270]

[270] Derogado por la Circular IF/N° 174, de 27 de julio de 2012.

Título XIII: Compensaciones del Fondo de Compensación Solidario

En virtud de lo dispuesto en el párrafo 6° del Título II del Libro III del DFL N° 1, se ha creado un Fondo de Compensación Solidario entre isapres, cuya finalidad es solidarizar los riesgos en salud entre sus beneficiarios, con relación a las Garantías Explícitas en Salud. Dicho Fondo no es aplicable a las isapres cerradas o aquellas cuya cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la isapre. [271]

1. Objetivo del Fondo

El Fondo de Compensación Solidario 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. Respaldo de las Operaciones [272]

Las isapres deberán abrir un expediente con los respaldos de las operaciones efectuadas, el cual deberá contener, a lo menos, los siguientes antecedentes:

a) Los Oficios o Resoluciones de esta Intendencia en las que se consignen los montos de las compensaciones.
b) Fotocopias de comprobantes de depósito de vale vista y/o certificaciones de transferencias electrónicas de fondos.
c) Cartolas bancarias en que se verifiquen las operaciones, tanto de aportes como de recepción de fondos.
d) Fotocopia de cualquier otro documento de respaldo de las respectivas operaciones de traspasos de fondos.

Esta documentación deberá mantenerse en forma permanente a disposición de esta Intendencia.

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.

3. Encargados de la operación del Fondo

Cada Institución deberá designar un funcionario titular y uno suplente, encargados de las operaciones del Fondo de Compensación e interlocutores ante esta Intendencia, con delegación de facultades para atender y solucionar los requerimientos que sobre la materia se les formulen.

Los antecedentes que las Isapres deberán informar, tanto para el representante titular como para el suplente, son los siguientes:

---

[271] Las instrucciones relativas al funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario forman parte del Compendio de Procedimientos.
[272] Modificado por la Circular IF/N° 174, de 27 de julio de 2012.

a) Nombre
b) RUT
c) Cargo
d) Unidad
e) Teléfono directo
f) Correo Electrónico
g) Fax
h) Dirección del lugar de trabajo

Las modificaciones de la misma, deberán ser informadas dentro del día hábil siguiente a aquél en que se materialice el cambio por parte de la isapre.

Anexo: Archivo Maestro de Compensaciones" [Eliminado][273]

[273] Eliminado por la Circular IF/N° 174 de 27.07.2012

Título XIV: Composición de Cartera de Cotizantes Vigentes en Isapres Cerradas [Eliminado] [274]

[274] Derogado por la Circular IF/N° 159, de 12 de octubre de 2011.

Título XV: Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas e información sobre prestadores CAEC[275] [276]

1. Estructura del archivo

1.Características Generales del Archivo Maestro

CARÁCTERISTICAS	DESCRIPCION
Nombre Archivo	CAEC
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 • TT: trimestre que se informa • EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 015
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	Los datos requeridos en este archivo corresponden a la información mensual sobre los beneficiarios – cotizantes o cargas – que, se encuentran en período de acumulación de deducible o están haciendo uso de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas. Se entiende por enfermedad catastrófica a toda enfermedad o diagnóstico que podría representar para el beneficiario copagos superiores al deducible con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF, para toda catástrofe (Circular IF/N° 7 de 2005 o la que la reemplace).

[275] El conjunto de las instrucciones referidas a la información relativa a la CAEC debe ser actualizada.
En tanto se introducen los cambios relativos a su actualización a las nuevas instrucciones, contenidas principalmente en el Compendio de Beneficios, y su ajuste a la legislación vigente, se han reproducido las instrucciones conforme su actual estado a la fecha de emisión de este Compendio.
[276] Modificado por la Circular IF/N° 214, de 27 de marzo de 2014.

	En los casos de cobertura especial GES-CAEC, los datos correspondientes a los campos: (26) Monto Facturado, (27) Cobertura del Plan de Salud, (28) Cobertura CAEC y (29) Monto No Cubierto, deberán relacionarse sólo con aquellas prestaciones no cubiertas por las GES, según lo dispuesto en el Artículo II del Anexo 2 "Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile", de la Circular IF/N°7 de 2005 o la que la reemplace. Cabe agregar, que para informar las prestaciones GES se empleará el archivo maestro instruido mediante la Circular IF N°196/2013, o aquella que la reemplace. Los criterios básicos a considerar para registrar un caso CAEC en este archivo son los siguientes: ✓ Tener fecha de bonificación de prestaciones dentro del trimestre que se informe. ✓ La enfermedad debe ser considerada como catastrófica de acuerdo a la definición anterior. ✓ El beneficiario debe encontrarse en un estado de acumulación de deducible o con el beneficio efectivo de la CAEC. De esta manera, **no** deberán informarse aquellos casos que dicen relación con beneficiarios que rechazaron la red, aquéllos que se encuentran autorizados o activados pero en situación de "pendiente" (en espera de programas, facturas u otros) o beneficiarios que fallecen durante la acumulación de deducible, siempre y cuando el fallecido no registre programas médicos, facturas u otra información pendiente de imputación en la cuenta CAEC.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde a los datos que mantiene la Isapre respecto a una enfermedad catastrófica o diagnóstico para un RUN de beneficiario que esté acumulando deducible o haciendo uso efectivo del beneficio CAEC y haya registrado movimiento en el mes, dentro del trimestre que se

	informa, relacionado con monto facturado, cobertura plan de salud, cobertura CAEC, monto no cubierto.
Período de la información contenida en el Archivo	Enfermedades catastróficas o diagnósticos de beneficiarios que están acumulando deducible o haciendo uso efectivo del beneficio CAEC a partir de enero de 2014.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá los datos de los meses que integran el trimestre al cual se refiere la información.
Periodicidad de envío del Archivo	Trimestral, el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar los beneficiarios (cotizantes y cargas) que registren movimiento en los campos (26) Monto Facturado, (27) Cobertura del Plan de Salud, (28) Cobertura CAEC y (29) Monto No Cubierto en los respectivos meses que integran el trimestre informado.

2.Estructura Archivo de Beneficiarios con CAEC

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	ORIGEN DEL BENEFICIO	Numérico
(04)	RUN DEL BENEFICIARIO	Numérico
(05)	DV DEL BENEFICIARIO	Alfanumérico
(06)	RUN DEL COTIZANTE	Numérico
(07)	DV DEL COTIZANTE	Alfanumérico
(08)	RUT DEL PRESTADOR	Numérico
(09)	DV DEL PRESTADOR	Alfanumérico
(10)	REGIÓN DEL PRESTADOR	Numérico
(11)	PERTENENCIA A LA RED	Alfabético
(12)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	Alfanumérico
(13)	CONDICIÓN DE EMERGENCIA	Alfabético
(14)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO PRINCIPAL (PAM)	Numérico

(15)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO COMPLEMENTARIO	Numérico
(16)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	Numérico
(17)	NÚMERO DE REEMBOLSO	Numérico
(18)	FECHA DE SOLICITUD	Numérico
(19)	FECHA DE AUTORIZACIÓN	Numérico
(20)	FECHA DE INGRESO AL PRESTADOR	Numérico
(21)	FECHA DE BONIFICACIÓN DE PRESTACIONES	Numérico
(22)	FECHA DE CUMPLIMIENTO DE ANUALIDAD CAEC	Numérico
(23)	MONTO DEL DEDUCIBLE A ACUMULAR	Numérico
(24)	MONTO DEDUCIBLE EN UF	Numérico
(25)	MONTO DEDUCIBLE EN PESOS	Numérico
(26)	MONTO FACTURADO	Numérico
(27)	COBERTURA DEL PLAN DE SALUD	Numérico
(28)	COBERTURA CAEC	Numérico
(29)	MONTO NO CUBIERTO	Numérico
(30)	FECHA DEL FALLECIMIENTO	Numérico
(31)	ASIGNACIÓN DE PRÉSTAMO	Alfabético

3.Definición de Estructura Archivo de Beneficiarios con CAEC

CAMPO	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Corresponde al número de identificación de la Isapre registrado en esta Superintendencia. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. • No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora.
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Corresponde al mes y año al que se refiere la información que se envía. La información que se remita corresponderá a un detalle de las prestaciones de salud bonificadas por este beneficio y las no cubiertas ni por la CAEC

		ni por el plan complementario y que estén relacionadas a una enfermedad catastrófica o diagnóstico. Esta información deberá remitirse trimestralmente pero con detalle mensual. Formato AAAAMM, donde: **AAAA** = Año **MM** = Mes Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: • El valor informado en este campo debe estar contenido en el trimestre que se informa.
(03)	ORIGEN DEL BENEFICIO	Corresponde a la clasificación del beneficio que se informa según su origen. Los valores a emplear son los siguientes: **1** = CAEC **2** = GES-CAEC Entendiendo para cada caso lo definido en la Circular IF/N°7, de 2005 o la que la reemplace. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. • Valores posibles: 1, 2.
(04)	RUN DEL BENEFICIARIO	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), del beneficiario - cotizante o carga - que se encuentra en un estado de acumulación de deducible o con el beneficio efectivo de la CAEC.

		En caso que el beneficiario no tenga RUN, deberá registrarse la identificación alternativa. En el caso de recién nacidos que no dispongan del RUN deberá informarse el valor 0 (cero). Sí, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN deberá reemplazar la identificación alternativa por el número del RUN. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Deberá existir en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas.
(05)	DV DEL BENEFICIARIO	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario (campo 04) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En el caso de los beneficiarios no posean RUN debe informarse la letra **X**. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Se validará su consistencia con el campo 04 (RUN DEL BENEFICIARIO)

(06)	RUN DEL COTIZANTE	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), del cotizante a cuyo contrato se asocia el RUN del beneficiario informado en el campo (04). Si el RUN DEL COTIZANTE es el mismo que el RUN DEL BENEFICIARIO debe repetirse el RUN informado en el campo (04). Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Deberá existir en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas.
(07)	DV DEL COTIZANTE	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante (campo 06) aplicando la rutina denominada Módulo 11. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Se validará su consistencia con el campo 06 (RUN DEL COTIZANTE)
(08)	RUT DEL PRESTADOR	Corresponde al RUT del prestador que otorgó las prestaciones de salud al beneficiario CAEC.

		La información requerida en este campo deben ser RUT de prestadores institucionales, corporativos (personas jurídicas), de profesionales con personalidad jurídica naturales que presten servicios adicionales (ejemplo, quimioterapia) y de proveedores que proporcionen drogas, medicamentos e insumos. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(09)	DV DEL PRESTADOR	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Prestador (campo 08) aplicando la rutina denominada Módulo 11. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Se validará su consistencia con el campo 08 (RUT DEL PRESTADOR)
(10)	REGIÓN DEL PRESTADOR	Corresponde al código de la región, de acuerdo a la definición adoptada por el INE, donde se localiza el prestador que otorga las prestaciones al beneficiario de la CAEC. En caso que la aseguradora no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo el valor 0 (cero). Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico.

		• Valores posibles: 0 y lo definido por el INE • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(11)	PERTENENCIA A LA RED	Indica si el prestador autorizado en que se atiende el beneficiario de la CAEC pertenece a la Red informada a la Superintendencia o no. Los valores a emplear son los siguientes: **S** = si pertenece a la RED **N** = no pertenece a la RED Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfabético. • Valores posibles: S, N • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(12)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	Corresponde al código que identifica el diagnóstico principal que da origen a la solicitud de la CAEC por parte del beneficiario. Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión N°10 definida por la O.M.S. CIE 10. -con su Grupo de Categorías; Categorías; y Subcategorías según corresponda- Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse con todos los caracteres definidos en el código incluyendo puntos o símbolos especiales. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(13)	CONDICIÓN DE EMERGENCIA	Indica si el beneficiario ingresa a la CAEC en una condición de emergencia o si su ingreso responde a una situación programada. Los valores a emplear son los siguientes:

		E = Situación de emergencia **P** = Situación programada Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfabético. • Valores posibles: E, P • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(14)	NUMERO PROGRAMA MEDICO PRINCIPAL (PAM)	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico relacionado con la (as) prestación (es) de salud bonificada (s). En el caso que las prestaciones bonificadas se encuentren en varios programas médicos, como podría ser en una hospitalización, se registrará como Programa Médico Principal a aquél en que se detalle la prestación Día (s) cama. Si la (s) prestación (es) bonificada (s) no es parte de un Programa Médico, como por ejemplo Consulta Médica ambulatoria, corresponderá informar valor 0 (cero) en este campo. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: • Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) deberá registrar valor 0 (cero).
(15)	NUMERO PROGRAMA MEDICO COMPLEMENTARIO	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal para la cobranza de prestaciones. En el caso que la cobranza de prestaciones se realice en un solo Programa Médico, en este campo se registrará valor 0 (cero).

		Asimismo, si el asegurador asigna como correlativo al PAM complementario, el mismo folio con el que se identifica el PAM principal, deberá repetirse dicho valor en este campo. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) deberá registrar valor 0 (cero).
(16)	NUMERO DE BONO DE ATENCION	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la (s) prestación (es) de salud bonificadas. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Cuando el campo Número de Reembolso (17) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar valor 0 (cero).
(17)	NUMERO DE REEMBOLSO	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.

		• Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: • Cuando el campo Número de Bono de Atención (16) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar valor 0 (cero).
(18)	FECHA DE SOLICITUD	Indica el día, mes y año en que el beneficiario solicita a la Isapre su ingreso a la CAEC. Formato AAAAMMDD, donde: **AAAA** = Año **MM** = Mes **DD** = Día En caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 2 (GES-CAEC), se deberá informar la fecha referencial empleada por la isapre. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
(19)	FECHA DE AUTORIZACIÓN	Indica el día, mes y año en que la Isapre autoriza el ingreso al prestador encargado de otorgar las atenciones de salud al beneficiario de la CAEC. Formato AAAAMMDD, donde: **AAAA** = Año **MM** = Mes **DD** = Día En caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 2 (GES-CAEC), se deberá informar la fecha referencial empleada por la isapre.

		Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: • Esta fecha no puede ser inferior a la fecha de solicitud.
(20)	FECHA DE INGRESO AL PRESTADOR	Indica el día, mes y año en que efectivamente el beneficiario de la CAEC ingresa a un prestador institucional o a un profesional que otorga procedimientos adicionales de salud en la red o no red autorizados por la Isapre. En aquellos casos de prestadores que proveen drogas, medicamentos e insumos deberán registrar en este campo la fecha de la factura correspondiente. Formato AAAAMMDD, donde: **AAAA** = Año **MM** = Mes **DD** = Día Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
(21)	FECHA DE BONIFICACION DE PRESTACIONES	Indica el día, mes y año en que la Isapre valoriza y bonifica las prestaciones efectuadas a un beneficiario de la CAEC. En aquellos casos de prestadores que proveen drogas, medicamentos e insumos deberán registrar en este campo la fecha de la factura correspondiente. Formato AAAAMMDD, donde:

		AAAA = Año **MM** = Mes **DD** = Día Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: • Esta fecha no puede ser inferior a la fecha de ingreso al prestador.
(22)	FECHA DE CUMPLIMIENTO DE ANUALIDAD CAEC	Indica el día, mes y año en que se cumple la anualidad para acumular el deducible. El deducible es anual, esto es se acumula durante un año contabilizado desde la fecha en que el beneficiario entere el copago por la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica. Formato AAAAMMDD, donde: **AAAA** = Año **MM** = Mes **DD** = Día En caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 2 (GES-CAEC), se deberá informar la fecha referencial empleada por la isapre. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
(23)	MONTO DEL DEUCIBLE A ACUMULAR	Corresponde al monto expresado en UF que el beneficiario debe acumular por concepto de deducible, de acuerdo a lo dispuesto en el número 2 del Artículo I del Anexo

		"Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile" de la Circular IF/N°7, de 2005 o de la que la reemplace. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico. • Los valores deberán informarse con dos decimales, utilizando para ello, el punto como separador de decimales. • Valor dentro del rango 60 y 126 UF, cuando se trate de un beneficiario o una enfermedad catastrófica o diagnóstico. • Valor correspondiente a la diferencia entre las 43 cotizaciones pactadas y el monto de deducible a acumular por el primer beneficiario o enfermedad catastrófica, cuando se trate de más un beneficiario o más de una enfermedad catastrófica o diagnóstico para un mismo beneficiario. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(24)	MONTO DEDUCIBLE EN UF	Corresponde al monto expresado en UF que el beneficiario acumula por concepto de deducible, por las prestaciones relacionadas a una enfermedad catastrófica o diagnóstico. El monto a informar corresponde a la suma de los copagos de las prestaciones incluidas en cada Orden de atención o reembolso asociado al PAM o PAM Complementario. La Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta unidad tenga al último día del mes anterior a aquél en que se efectúe la prestación que da origen al copago correspondiente. En el caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 2 (GES-CAEC), se

		deberá incluir además el monto acumulado como copago en las atenciones GES. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico. • Los valores deberán informarse con dos decimales, utilizando para ello, el punto como separador de decimales. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco.
(25)	MONTO DEDUCIBLE EN PESOS	Corresponde al monto convertido en pesos que el beneficiario acumula por concepto de deducible, por las prestaciones relacionadas a una enfermedad catastrófica o diagnóstico. La Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta unidad tenga al último día del mes anterior a aquél en que se efectúe la prestación que da origen al copago correspondiente. En el caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 2 (GES-CAEC), se deberá incluir además el monto acumulado como copago en las atenciones GES. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco.
(26)	MONTO FACTURADO	Corresponde al monto en pesos que los prestadores han facturado por las prestaciones efectuadas al beneficiario para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. El monto a informar corresponde a la suma de los valores totales de las prestaciones incluidas en cada Orden de atención o

		reembolso asociado al PAM o PAM Complementario. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: En el caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 1 (CAEC), el valor informado en este campo debe ser igual a la sumatoria de los valores informados en los campos “Monto del Deducible en Pesos” (25), “Cobertura del Plan de Salud” (27), “Cobertura CAEC” (28) y “Monto No Cubierto” (29). Rango de aceptación cero, con la excepción de las Isapres que tengan un deducible mayor al establecido en la norma o una bonificación adicional por plan.
(27)	COBERTURA DEL PLAN DE SALUD	Indica el monto en pesos de lo bonificado por el plan de salud por las prestaciones, durante el período de acumulación del deducible, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. El monto a informar corresponde a la suma de las bonificaciones otorgadas en cada Orden de atención o reembolso asociado al PAM o PAM Complementario. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(28)	COBERTURA CAEC	Indica el monto en pesos de lo bonificado por el beneficio CAEC una vez completado el deducible, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

		El monto a informar corresponde a la suma de la cobertura adicional de enfermedades catastróficas otorgada en cada Orden de atención o reembolso asociado al PAM o PAM Complementario. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(29)	MONTO NO CUBIERTO	Indica el monto en pesos de las prestaciones no cubiertas por el plan ni por el beneficio CAEC, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. El monto a informar corresponde a la suma de los valores sin bonificar en cada Orden de atención o reembolso asociado al PAM o PAM Complementario. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(30)	FECHA DEL FALLECIMIENTO	Indica el día, mes y año del fallecimiento del beneficiario (que estaba acumulando deducible o usando efectivamente la CAEC en el período informado). En caso de no aplicar se debe informar 18000101. Formato AAAAMMDD, donde: **AAAA** = Año **MM** = Mes **DD** = Día. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.

(31)	ASIGNACIÓN DE PRÉSTAMO	Indica si el beneficiario se encuentra o ha hecho uso de un préstamo otorgado por la isapre, para financiar el monto a pagar por concepto del deducible. Los valores a emplear son los siguientes: **S** = Si **N** = No Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfabético. • Valores posibles: S, N

2. Instrucciones para el envío de información sobre prestadores CAEC a la Superintendencia y obligación de designar un representante de la isapre

2.1 Instrucciones para el envío de información sobre prestadores CAEC a la Superintendencia

2.1.1. Cada isapre deberá informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales los prestadores CAEC, ingresando a la aplicación informática denominada “Información de Prestadores Convenidos”, contenida en la red privada “extranet” de la Superintendencia de Salud.

Se contará con todos los detalles de la estructura, contenido y correcto uso e ingreso de la información en el ícono denominado “Ayuda General a Aseguradoras”, específicamente en el manual denominado “Manual de Ayuda Sistema de Prestadores Convenidos”.

Para tener acceso a esta aplicación se deberá la identificación de usuario (ID) y la contraseña de acceso (Password) que las isapres, utilizan para ingresar a la Extranet de la Superintendencia.

Se debe recordar que estos elementos de seguridad y acceso son únicos y confidenciales, por lo que deberán ser administrados con el cuidado que corresponda.

2.1.2. Las isapres deberán mantener actualizada la aplicación informática denominada “Información de Prestadores Convenidos” contenido en la red privada Extranet del Portal Web de la Superintendencia de Salud, ingresando modificando o eliminando el convenio con el prestador respectivo, a más tardar, el día hábil anterior a aquel en que entre en vigencia la respectiva modificación, de acuerdo a las instrucciones pertinentes, contenidas en el “Manual de Ayuda Sistema de Prestadores Convenidos”, publicado en el portal institucional.

2.1.3. Las instrucciones técnicas relativas al ingreso de la información de prestadores CAEC se contienen en la aplicación computacional “Información de Prestadores Convenidos”, disponible para las isapres en el portal web de la Superintendencia de Salud.

2.2. Obligación de la isapre de designar un funcionario encargado de la CAEC.

Las instituciones deberán designar formalmente ante la Superintendencia de Salud a una persona que esté ampliamente facultada por la Gerencia General de la isapre para atender y resolver los requerimientos que le formulen los funcionarios del referido Organismo.

Dicha información deberá contener los siguientes antecedentes: a) Nombre del encargado y cargo que desempeña en la isapre; b) Dirección, fono, fax y correo electrónico; c) Nombre del encargado suplente y cargo que desempeña en la isapre y d) Dirección, fono, fax y correo electrónico de dicho suplente.

En caso de reemplazo del encargado o su suplente, la Institución deberá comunicarlo a la Superintendencia con cinco días hábiles de anticipación a la materialización de dicho cambio.

3. Instrucciones para información sobre prestadores y beneficios CAEC a los beneficiarios

3.1. Información sobre la Red CAEC

La Red CAEC actualizada -esto es, los prestadores individuales e institucionales y, dentro de estos últimos, los prestadores individuales que forman parte del convenio- deberá estar permanentemente a disposición de los afiliados y beneficiarios en la página web y en las agencias de la isapre.

La información respecto de los prestadores institucionales deberá contemplar, como mínimo, el nombre del prestador, la dirección, ciudad donde se ubica, teléfono, especialidad, tipo de habitación y tiempos de espera. Respecto de estos últimos, las isapres deberán velar por su cumplimiento.

Frente a cualquier cambio que se produzca en los prestadores, nunca podrán verse afectados los tratamientos en curso que tengan los beneficiarios, de modo que, ante dicha circunstancia, la isapre deberá adoptar las medidas tendientes a permitir la continuidad en el otorgamiento de las prestaciones.

3.2. Obligación de información respecto a los beneficios CAEC

Las instituciones deberán informar a sus beneficiarios acerca de la posibilidad de acogerse a la CAEC, cada vez que tomen conocimiento de habérseles diagnosticado una enfermedad que pueda transformarse en catastrófica, indicándoles los procedimientos a seguir para hacer uso de aquel beneficio.

En particular, deberá proporcionarse esta información a propósito de las solicitudes de presupuestos para futuras prestaciones, de los requerimientos de cobertura para prestaciones determinadas o de las consultas acerca del alcance o limitaciones de la cobertura del plan contratado, siempre que de los antecedentes entregados por el peticionario aparezca que la situación de salud de las personas afectadas las habilitaría para acceder a dicho beneficio. Para estos efectos, la institución deberá garantizar la debida preparación y capacitación en estas materias, del personal encargado de la atención de público.

Título XVI: Licencias Médicas y Subsidios por incapacidad laboral

El Archivo maestro sobre Licencias médicas y Subsidios de Incapacidad Laboral deberá ser recibido mensualmente en la Superintendencia de Salud, enviándose a más tardar el día 18 del mes siguiente al que se informa, con excepción del mes de diciembre que deberá informarse a más tardar el día 10 de enero siguiente[277].

Los plazos que venzan en sábado, domingo o festivo, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

Los principales criterios para el llenado de este archivo son los siguientes: [278]

a. El archivo maestro de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral se basa en el concepto de registro único, esto equivale a decir, que las licencias médicas se informan una sola vez en este archivo y se debe considerar la totalidad de los datos asociados a ella, en especial los campos con contenidos financieros. De esta forma, tanto el campo (30) “N° DE DÍAS A PAGAR”, como los campos (31) “MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO”, (32) “MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE” y (37) “MONTO APORTE PREVISIONAL PENSIONES” deberán contener siempre el total de días y de montos que deben ser pagados por la isapre, no importando si estos se pagan en más de un período.

b. La información contenida en este archivo corresponde a las licencias médicas resueltas por la isapre y que el cálculo de su liquidación haya sido realizado hasta el último día hábil del mes que se informa. En el caso que no sea posible tener dentro del mes informado el cálculo de la liquidación de una licencia, ésta deberá ser n otificada en el mes que se realice dicho calculo, es decir, que tanto el campo (30) “N° DE DÍAS A PAGAR”, como los campos (31) “MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO”, (32) “MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE” y (37) “MONTO APORTE PREVISIONAL PENSIONES” tengan un valor mayor a cero que informar si corresponde.[279]

c. Para todos los efectos, se deberá informar en este archivo sólo la primera resolución emitida por la Institución de Salud, por lo que toda modificación ocurrida (redictámenes, reconsideraciones y/o reliquidaciones) dentro del mes que se está informando o bien durante otros períodos, deberá ser incluida en el Archivo Maestro “Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones”.[280]

[277] Descripción modificada por la Circular IF/Nº398, de 29 de noviembre de 2021; la cual fue nuevamente modificada por la Circular IF/N°405, de 16 de junio de 2022.
[278] Letras a) y b) incorporadas por la Circular IF N°278 de 29.12.2016 -se releva criterio contenido en Circular N°78/2004-
[279] Párrafo reemplazado por Circular IF/N°454, de 28.12.2023
[280] Letra incorporada por Circular IF/N°454, de 28.12.2023

Anexo: Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral, Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones

I. Estructura de registro del archivo Licencias Médicas y SIL

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	
(01)	IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA COLOR NÚMERO	 Alfabético Numérico	
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	
(03)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico	
(04)	RUN TRABAJADOR		
	NRO_RUN	Numérico	
	DIG_VERIF_RUN	Alfanumérico	
(05)	FECHA EMISIÓN LICENCIA	Numérico	
(06)	N° DE DÍAS	Numérico	
(07)	FECHA INICIO REPOSO	Numérico	
(08)	EDAD TRABAJADOR	Numérico	
(09)	SEXO TRABAJADOR	Alfabético	
(10)	ACTIVIDAD LABORAL	Numérico	
(11)	OCUPACIÓN	Numérico	
(12)	TIPO LICENCIA	Numérico	
(13)	CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO	Numérico	
(14)	RUN PROFESIONAL		
	NRO_RUN	Numérico	
	DIG_VERIF_RUN	Alfanumérico	
(15)	TIPO PROFESIONAL	Numérico	
(16)	TIPO LICENCIA SEGÚN CONTRALORIA	Numérico	
(17)	N° DÍAS AUTORIZADOS	Numérico	
(18)	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Alfanumérico	
(19)	TIPO DE RESOLUCIÓN	Numérico	

(20)	PERÍODO	Numérico	
(21)	REPOSO AUTORIZADO	Numérico	
(22)	DERECHO A SUBSIDIO	Alfabético	
(23)	FECHA RECEPCIÓN ISAPRE	Numérico	
(24)	FECHA RESOLUCIÓN ISAPRE	Numérico	
(25)	FECHA RECEPCIÓN EMPLEADOR	Numérico	
(26)	CÓDIGO COMUNA	Numérico	
(27)	REGIÓN	Numérico	
(28)	CALIDAD TRABAJADOR	Numérico	
(29)	ENTIDAD PAGADORA	Alfabético	
(30)	N° DÍAS A PAGAR	Numérico	
(31)	MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO	Numérico	
(32)	MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE	Numérico	
(33)	CÓDIGO INST. PREV DE PENSIONES	Numérico	
(34)	FECHA DE INICIO DEL PAGO	Numérico	
(35)	RECUPERABILIDAD	Numérico	
(36)	FECHA DE CONCEPCIÓN	Numérico	
(37)	MONTO APORTE PREVISIONAL DE PENSIONES	Numérico	
(38)	OTROS DIAGNÓSTICOS	Alfanumérico	
(39)	RUN DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO		
	NRO_RUN	Numérico	
	DIG_VERIF_RUN	Alfanumérico	
(40)	LUGAR DE REPOSO	Numérico	
(41)	INICIO TRÁMITE DE INVALIDEZ	Numérico	
(42)	CAUSA RECHAZO O MODIFICACIÓN	Numérico	
(43)	N° DÍAS PREVIOS AUTORIZADOS	Numérico	
(44)	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	Numérico	
(45)	FECHA CONTRATO DE TRABAJO	Numérico	
(46)	MONTO BASE CÁLCULO SUBSIDIO	Numérico	
(47)	RUN EMPLEADOR Nro RUN	Numérico Alfanumérico	

	……DIG_VERIF_RUN		
(48)	IDENTIFICACIÓN LICENCIA CONTINUA	Numérico	
(49)	FECHA NACIMIENTO DEL HIJO	Numérico	

II. **Definiciones del Archivo Maestro de Licencias Médicas y SIL**[281]

(01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA	Está compuesta de los siguientes campos: ▪ Color, que tiene dos valores, café o verde, según el color del formulario con valores C o V, donde: C: Café V: Verde De tratarse de una licencia médica emitida electrónicamente, deberá identificarse en este campo el tipo de emisión empleando el siguiente valor. E: Electrónica ▪ Número, que corresponde al número correlativo único nacional por color, impreso por la Casa Moneda en el extremo superior derecho del formulario "Licencia Médica" o bien al folio de la licencia médica electrónica. Ambos campos deben separarse por el carácter "|". Por ejemplo, el Formulario C222 debe informarse como C|222. Validadores Técnicos: Número: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. Color: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: C, V o E ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.

[281] Validaciones del archivo modificadas por la Circular IF/N°146, de 24 de marzo de 2011.

(02) CÓDIGO ISAPRE	Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en la Superintendencia. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
(03) FECHA DE LA INFORMACIÓN [282]	Corresponde al mes y año en que la isapre emitió la resolución de la licencia médica correspondiente. La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar todas las licencias resueltas por la Isapre -según corresponda- durante el mes que se informa. La resolución de la licencia médica que se informe deberá corresponder a la primera emitida por la isapre. Validadores Técnicos: Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año. Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. El mes y año debe corresponder al mes y año que se está informando.

[282] Definición del campo (03) “Fecha de la información” modificada por la Circular IF N°278 del 29.12.2016

(04) RUN DEL TRABAJADOR	Debe obtenerse de la sección **A.1** del formulario “Licencia Médica”. Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura: NRO_RUN DIG_VERIF_RUN. Ambos campos deben separarse por el carácter “|”. Por ejemplo, el RUN 1-9 debe informarse como 1|9. Validadores Técnicos: Número de RUN ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión Dígito Verificador RUN ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en el campo Dígito Verificador RUN del trabajador con lo informado en el número de RUN del Trabajador, por medio de la rutina Módulo 11. ▪ El valor que se informe en este campo debe ser distinto del que se registre en el campo (39) RUN DEL HIJO.
(05) FECHA EMISIÓN LICENCIA	Debe obtenerse de la sección **A.1** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.

(06) N° DE DÍAS	Debe obtenerse de la sección **A.1** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
(07) FECHA INICIO REPOSO	Debe obtenerse de la sección **A.1** del formulario “Licencia Médica” (Fecha inicio reposo). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
(08) EDAD TRABAJADOR	Debe obtenerse de la sección **A.1** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ El valor que se informe no puede ser menor a 14.
(09) SEXO TRABAJADOR	Debe obtenerse de la sección **A.1** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: **F** o **M**, donde: F= Femenino M = Masculino.

	Validadores de Consistencia ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual 3 (Licencia Maternal pre y post natal) ó 7 (Patología del Embarazo), entonces el valor que se informe en este campo debe ser “F”.
(10) ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	Debe obtenerse de la sección **C.1** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores Posibles: entre **0** y **9**, donde: 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
(11) OCUPACIÓN	Debe obtenerse de la sección **C.1** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **11** y **19**, donde: 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
(12) TIPO DE LICENCIA	Debe obtenerse de la sección **A.3** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1** y **7**, donde: 1 = Enfermedad o accidente común 2 = Prórroga medicina preventiva 3 = Licencia maternal pre y post natal 4 = Enfermedad grave hijo menor de 1 año 5 = Accidente del trabajo o del trayecto 6 = Enfermedad profesional 7 = Patología del Embarazo
(13) CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO	Debe obtenerse de la sección **A.4** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1** y **4**, donde: 1 = Reposo total 2 = Reposo parcial A (mañana)

	3 = Reposo parcial B (tarde) 4 = Reposo parcial C (noche)
(14) RUN DEL PROFESIONAL	Debe obtenerse de la sección **A.5** del formulario "Licencia Médica". Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura: NRO_RUN, DIG_VERIF_RUN. Ambos campos deben separarse por el carácter "|". Por ejemplo, el RUN 1-9 debe informarse como 1|9. Validadores Técnicos: Número de RUN: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma, decimal o guión. Dígito Verificador RUN Profesional: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en el campo Dígito Verificador RUN Profesional con lo informado en el número de RUN, por medio de la rutina Módulo 11.
(15) TIPO PROFESIONAL	Debe obtenerse de la sección **A.5** del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1** y **3**, donde: 1 = Médico

	2 = Dentista 3 = Matrona Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 3 (Licencia Maternal pre y post natal), entonces este campo debe ser igual a 1 (Médico) ó 3 (Matrona). ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 4 (Enfermedad grave del hijo menor de 1 año), entonces este campo (15) TIPO DE PROFESIONAL debe ser igual a 1 (Médico).
(16) TIPO LICENCIA SEGÚN CONTRALORÍA MÉDICA	Debe obtenerse de la sección **B** del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, o blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1** y **7**, donde: 1 = Enfermedad o accidente común 2 = Prórroga medicina preventiva 3 = Licencia maternal pre y post natal 4 = Enfermedad grave hijo menor de 1 año 5 = Accidente del trabajo o del trayecto 6 = Enfermedad profesional 7 = Patología del Embarazo
(17) N° DÍAS AUTORIZADOS[283]	Debe obtenerse de la sección **B** del formulario "Licencia Médica". (X) Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma, decimal o guión.

[283] Definición campo (18) modificada por Circular IF/N°454, de 28.12.2023

	Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese) entonces el valor de este campo debe ser igual a cero (0). ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 1 (Autorícese), entonces el valor de este campo debe ser igual al valor registrado en campo (06) N° DE DÍAS. ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 3 (Amplíese), entonces el valor de este campo debe ser mayor o igual al valor registrado en el campo (06) N° DE DIAS. ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 4 (Redúcese), entonces el valor de este campo debe ser menor o igual al valor registrado en el campo (06) N° DE DÍAS.
(18) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL[284]	Debe obtenerse de la sección A.6 del formulario "Licencia Médica".[285] Corresponde al código que identifica el diagnóstico principal. Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.), definida por la O.M.S. en su versión vigente o códigos para uso de emergencia. La Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.) no debe ser usada para identificar las Licencias Maternales por cuanto el objetivo principal de la clasificación es agrupar causas de enfermedades. Por lo tanto, en el caso de las citadas Licencias, se usará sólo de manera excepcional y con el propósito de identificar el tipo de beneficio, los siguientes códigos:

[284] Definición campo (18) modificada por Circular IF/N°454, de 28.12.2023
[285] En caso de haber un cambio en los días de la licencia prenatal por efectos de nacimiento anticipado, eso debe ser informado en el Archivo Maestro de Redictámenes de la Compin, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones.

	Z02.70= Reposo Prenatal Z02.71 = Reposo Postnatal Z02.72= Ampliación Reposo Prenatal LMP.1= Permiso Parental de la Madre. LMP.2= Permiso Parental del Padre. LMP.3= Extensión Postnatal por Nacimiento Prematuro. LMP.4= Extensión Postnatal por Parto Múltiple. LMP.5= Extensión Reposo Postnatal Parental de la Madre LMP.6= Extensión Reposo Postnatal Parental del Padre Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico, debe informarse con todos los caracteres definidos en el código, incluyendo puntos o símbolos especiales. ▪ Valores Posibles: los códigos de la CIE vigente, códigos para uso de emergencia, o códigos de casos excepcionales.
(19) TIPO DE RESOLUCIÓN [286]	Debe obtenerse de la sección **B** del formulario “Licencia Médica”. La resolución de la licencia médica que se informe deberá corresponder a la primera emitida por la isapre. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1** y **4**, según corresponda a lo resuelto por la isapre, donde: 1 = Autorícese 2 = Rechácese 3 = Amplíese 4 = Redúcese

[286] Definición del campo (19) “Tipo de Resolución” modificada por la Circular IF N°278 del 29.12.2016

(20) PERÍODO	Debe obtenerse de la sección **B** del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1** y **2**, donde: 1 = Primera 2 = Continuación
(21) REPOSO AUTORIZADO	Debe obtenerse de la sección **B** del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1** y **4**, según corresponda a lo resuelto por la isapre, donde: 1 = Reposo total 2 = Reposo parcial A (mañana) 3 = Reposo parcial B (tarde) 4 = Reposo parcial C (noche) Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (16) TIPO LICENCIA SEGÚN CONTRALORÍA MÉDICA es igual a 3 (Licencia Maternal pre y post natal) ó 4 (Enfermedad grave del hijo menor de 1 año), entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual a 1 (Reposo total).
(22) DERECHO A SUBSIDIO	Debe obtenerse de la sección **B** del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfabético.

	▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: **A**, **B** o **C**, donde: A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o art. 30 Ley 16.744. B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable. Art. 56 del DS N°3/84. C = Sin derecho a subsidio. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese), entonces el valor que se informe en este campo debe ser "C" (Sin derecho a subsidio).
(23) FECHA RECEPCIÓN ISAPRE	Debe obtenerse de la sección **B** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ El valor que se informe en este campo debe ser igual o mayor al valor informado en el campo (05) FECHA EMISIÓN LICENCIA.
(24) FECHA RESOLUCIÓN ISAPRE	Debe obtenerse de la sección **B** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.

	Validadores de Consistencia: ▪ El valor que se informe en este campo debe ser igual o mayor (posterior) al valor informado en el campo (23) FECHA RECEPCIÓN ISAPRE
(25) FECHA RECEPCIÓN EMPLEADOR	Debe obtenerse de la sección **C.1** del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ El valor que se informe en este campo debe ser menor (anterior) o igual al valor informado en el campo (23) FECHA RECEPCIÓN ISAPRE.
(26) CÓDIGO COMUNA	Debe obtenerse de la sección **C.1** del formulario "Licencia Médica" (comuna donde cumple funciones el trabajador) y debe informarse codificado de acuerdo con la numeración definida por el I.N.E. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: Según codificación INE Validadores de Consistencia: ▪ Se validará que la comuna informada pertenezca a la región registrada en el campo (27).
(27) REGIÓN	Corresponde a la región donde cumple funciones el trabajador. Validadores Técnicos:

	▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: Según codificación INE
(28) CALIDAD DEL TRABAJADOR[287] [288]	Debe obtenerse de la sección C.2 del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 4, donde: 1 = Trabajador sector público afecto a Ley 18.834. 2 = Trabajador sector público no afecto a Ley 18.834. 3 = Trabajador dependiente sector privado. 4 = Trabajador independiente.
(29) ENTIDAD PAGADORA	Debe obtenerse de la sección **C.2** del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores Posibles: Entre **A y H,** donde: A = Servicio de salud B = Isapre C = CCAF D = Empleador E = Servicio de salud F = Mutual

[287] Se incorpora Validador técnico en campo (28) por Circular IF/N°454, de 28.12.2023

[288] Se modifica definición, según Circular IF 507, de 18.8.2025

	G = IPS, o el que lo reemplace[289] H = Empleador Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 1, 2, 3, 4 ó 7, en este campo se registrará los valores A, B, C o D. ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 5 ó 6, en este campo se registrará los valores E, F, G o H.
(30) N° DÍAS A PAGAR[290]	Corresponde al número total de días con derecho a subsidio que la isapre debe pagar. Deberá informarse siempre el total de días, independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en períodos diferidos. Respecto de las licencias autorizadas que sean primeras licencias, menores a 11 días, deberán descontarse los tres primeros días. Las licencias autorizadas que sean continuación de primeras licencias menores a 11 días, deberán incluirse los tres días descontados de la primera licencia. Mientras rija la Ley Nº 21342, se suprime la carencia de los primeros tres días del subsidio por incapacidad laboral cuando se trate de licencias médicas por Covid-19 de una duración igual o menor a diez días. Esta situación aplica para los siguientes códigos de diagnóstico CIE-10: a)U07.1: CASOS CONFIRMADOS DE CORONAVIRUS b)U07.2: COVID-19, VIRUS NO IDENTIFICADO c)Z20.8: CONTACTO CON Y EXPOSICIÓN A OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

[289] Modificado por Circular IF/275, de 2016.
[290] Definición campo (30) modificada por Circular IF/N°454, de 28.12.2023

	d)Z29.0: AISLAMIENTO. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "B" (Con cargo empleador) o "C" (Sin derecho a subsidio), entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es distinto de "B" (Isapre), entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo (29) ENTIDAD PAGADORA registra valor D (Empleador) y en el campo (28) CALIDAD DEL TRABAJADOR es igual a “1” (Trabajador sector público afecto a Ley 18.834) o “2” (Trabajador sector público no afecto a Ley 18.834), entonces se podrá informar valor distinto de cero (0). ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese) entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo (17) N° DÍAS AUTORIZADOS es mayor a diez (10), el campo (20) PERÍODO es igual a 1 (Primera), el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "A" (Con derecho a subsidio), el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es igual a “B” (Isapre), entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual al campo (17) N° DÍAS AUTORIZADOS. ▪ Si el campo (17) N° DÍAS AUTORIZADOS es menor o igual a diez (10), el campo (20) PERÍODO es igual a 1 (Primera), el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "A" (Con derecho a subsidio), el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es igual a “B” (Isapre), entonces el valor que se informe en el campo (30) N° DÍAS A PAGAR debe ser

	igual al campo (17) N° DÍAS AUTORIZADOS menos tres (3).
(31) MONTO SUBSIDIO LIQUIDO[291]	Corresponde al monto total en pesos a pagar al trabajador por concepto de subsidio. Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éste se paga de una sola vez o en períodos diferidos. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. Validador de Consistencia: ▪ El valor que se informe en este campo debe ser igual al valor que se informe en el campo (46) MONTO BASE CALCULO SUBSIDIO dividido por 30 y multiplicado por el valor informado en el campo (30) N° DIAS A PAGAR, menos el valor informado en el campo (50) MONTO DE COTIZACIÓN DEL SEGURO DE CESANTÍA.
(32) MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE[292]	Corresponde al monto total en pesos a pagar a la isapre de la que sea beneficiario o beneficiaria la persona trabajadora, por concepto de cotizaciones de salud[293]. Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éstas se pagan de una sola vez o en períodos diferidos. Se obtiene al momento de realizar la liquidación de subsidio. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia:

[291] Definición campo (31) modificada por Circular IF/N°454, de 28.12.2023
[292] Definición campo (32) modificada por Circular IF/N°454, de 28.12.2023
[293] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

	▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese) entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual a cero (0). ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 1 (Autorícese) o 3 (Amplíese) o igual a 4 (Redúcese), y el valor que se informa en el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "A" (Con derecho a subsidio), y el valor del campo (29) ENTIDAD PAGADORA es “B” (Isapre), entonces el valor que se informe en este campo debe ser mayor que cero (0). ▪ Si el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es distinto al valor "B" (Isapre) entonces el valor que se informe en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo (29) ENTIDAD PAGADORA registra valor D (Empleador) y en el campo (28) CALIDAD DEL TRABAJADOR es igual a “1” (Trabajador sector público afecto a Ley 18.834) o “2” (Trabajador sector público no afecto a Ley 18.834), entonces se podrá informar valor distinto de cero (0). ▪ Si el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "B" (Con derecho a SIL con cargo empleador o entidad responsable) o "C" (Sin derecho a subsidio), entonces el valor que se informe en este campo debe ser cero (0).
(33) CÓDIGO INSTITUCIÓN PREVISIONAL	Corresponde al número de identificación de la Institución Previsional en la que se enteran las respectivas cotizaciones de pensiones del subsidio. En el caso de las AFP deberá utilizarse la codificación que asigna la Superintendencia de Pensiones. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.

	▪ Valores posibles: Si corresponde a una AFP, deberá utilizarse la codificación que asigna la Superintendencia de Pensiones. En caso de tratarse de una entidad distinta a ellas, deberá utilizarse -cualquiera sea el caso- el código 999. .
(34) FECHA INICIO DEL PAGO[294]	Corresponde a la fecha en que la isapre da inicio al pago previsional. Debe obtenerse de los antecedentes de la liquidación de subsidios, por lo que siempre deberá ser posterior a la fecha de recepción de la licencia. Desconocida la fecha de pago de las licencias médicas que tienen asociada forma de pago público o convenio, se registrará la fecha de la liquidación o cálculo de ella. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ El valor que se informa en este campo debe ser mayor que el valor informado en el campo (23) FECHA RECEPCIÓN ISAPRE. ▪ Si el campo (32) MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE y el campo (37) MONTO APORTE PREVISIONAL PARA PENSIONES, es igual a cero (0), entonces el valor de este campo debe ser 01011800. ▪ Si el campo (32) MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE o el campo (37) MONTO APORTE PREVISIONAL PARA PENSIONES es distinto de cero (0),

[294] Definición campo (34) modificada por Circular IF/N°454, de 28.12.2023

	entonces el valor de este campo debe ser distinto de 01011800. ▪ Si el campo (28) CALIDAD DEL TRABAJADOR es igual a "1" (Trabajador sector público afecto a Ley 18.834) o "2" (Trabajador sector público no afecto a Ley 18.834), entonces el valor de este campo debe ser distinto de 01011800.
(35) RECUPERABILIDAD	Debe obtenerse de la sección **A.3** "Tipo de Licencia". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: 1 y 2, donde: **1** = SI **2** = NO
(36) FECHA DE CONCEPCIÓN	Debe obtenerse de la sección **A.3** Tipo de Licencia. En el caso de juicios de adopción plena (Ley 18867) en que corresponde licencia postnatal cuando el niño es menor de 6 meses de edad, para efectos del cálculo del subsidio correspondiente, deberá informarse la "fecha de nacimiento del hijo" y no la "fecha de la concepción". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser MMAAAA, donde MM=mes y AAAA=año. ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA registra valor distinto de 3 (Licencia maternal pre y postnatal), se deberá informar el valor 011800.
(37) MONTO APORTE PREVISIONAL PARA PENSIONES[295] [296]	Corresponde al monto total en pesos a pagar a las entidades previsionales de pensiones a las que esté afiliado el trabajador.

[295] Definición campo (37) modificada por Circular IF/N°454, de 28.12.2023

[296] Definición campo (37) modificada por Circular IF N°507, de 18.8.2025

	Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en períodos diferidos. Debe obtenerse de los antecedentes de la liquidación de subsidios. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese) entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual a cero (0). ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 1 (Autorícese), 3 (Amplíese), o 4 (Redúcese), y el valor que se informa en el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "A" (Con derecho a subsidio), y el valor del campo (29) ENTIDAD PAGADORA es “B” (Isapre), entonces el valor que se informe en este campo debe ser mayor que cero (0). ▪ Si el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es distinto al valor "B" (Isapre) entonces el valor que se informe en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo (29) ENTIDAD PAGADORA registra valor D (Empleador) y en el campo (28) CALIDAD DEL TRABAJADOR es igual a “1” (Trabajador sector público afecto a Ley 18.834) o “2” (Trabajador sector público no afecto a Ley 18.834), entonces se podrá informar valor distinto de cero (0). ▪ Si el campo 22 (DERECHO A SUBSIDIO) es igual a "B" (Con cargo empleador) o "C" (Sin derecho a subsidio), entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0).
(38) OTROS DIAGNÓSTICOS	Debe obtenerse de la sección **A.6**, “Otros Diagnósticos”, del formulario “Licencia Médica”.

	Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.), definida por la O.M.S. en su versión 10. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico, debe informarse con todos los caracteres definidos en el código, incluyendo puntos o símbolos especiales. ▪ Valores Posibles: los códigos del CIE 10. ▪ En caso de no existir otros diagnósticos no se debe informar.
(39) RUN DEL HIJO[297]	Debe obtenerse de la sección **A.2** del formulario "Licencia Médica". Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura: NRO_RUN, DIG_VERIF_RUN. Ambos campos deben separarse por el carácter "|". Por ejemplo, el RUN 1-9 debe informarse como 1|9. Para las situaciones contempladas en los Validadores de Consistencia y en los casos del mortinato o los niños nacidos en el extranjero se deberá registrar el valor 0|X. Validadores Técnicos: Número RUN del hijo ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Dígito Verificador RUN del Hijo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K, X. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia:

[297] Definición campo (39) modificada por Circular IF/N°454, de 28.12.2023

	▪ Se validará la consistencia del valor registrado en el campo Dígito Verificador RUN del hijo con lo informado en el número de RUN del hijo, por medio de la rutina Módulo 11, a excepción de los casos en que el RUN informado corresponda a 0|X. ▪ Si el valor que se informa en el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 4 (Enfermedad grave hijo menor de 1 año) corresponderá informar en este campo un valor distinto a 0|X. ▪ Si el valor que se informa en el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 3 (Licencia Maternal post natal), y el campo (17) NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS es mayor a 74 (valor referencial calculado a partir de la información de los últimos 6 años), corresponderá informar en este campo un valor distinto a 0|X.
(40) LUGAR DE REPOSO	Debe obtenerse de la sección **A.4** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1** y **7**, donde: 1 = Su domicilio 2 = Hospital 3 = Otro domicilio 4 = 1 y 2 (ó 2 y 1) 5 = 1 y 3 (ó 3 y 1) 6 = 2 y 3 (ó 3 y 2) 7 = 1, 2 y 3 (o cualquier combinación que incluya los valores indicados)
(41) INICIO TRÁMITE DE INVALIDEZ	Debe obtenerse de la sección **A.3** del formulario “Licencia Médica”.

	Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1** y **2,** donde: 1 = Si 2 = No
(42) CAUSA RECHAZO O MODIFICACIÓN	Debe obtenerse de la sección **B** del formulario “Licencia Médica”. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1, 2, 3, 4, 5 y 9** donde: 1 = Reposo injustificado 2 = Diagnóstico irrecuperable 3 = Fuera de Plazo 4 = Incumplimiento reposo 5 = Otro 9 = En el caso de que no exista rechazo o modificación, se deberá informar este valor. Validadores de Consistencia: ▪ Si el valor que se informa en el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Recházese) o 3 (Amplíese) o 4 (Redúcese), entonces el valor informado en este campo deberá estar entre 1 y 5. ▪ Si el valor que se informa en el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 1 (Autorícese), entonces el valor informado en este campo debe ser 9.

(43) N° DÍAS PREVIOS AUTORIZADOS[298]	Debe obtenerse de la sección **B** del formulario "Licencia Médica". Corresponde a los días previos **autorizados** de acuerdo a lo señalado en el Título II "Disposiciones comunes para el otorgamiento y tramitación de las licencias médicas" del Capítulo IV, Licencias Médicas. Si la licencia médica es continua, se deben informar los días previos autorizados independientemente si éstos generaron pago. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: ▪ Si el valor que se informa en el campo (20) PERIODO es igual a 1 (Primera) entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el valor que se informa en el campo (20) PERIODO es igual a 2 (Continuación) entonces el valor informado en este campo debe ser distinto de cero (0).
(44) FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	Debe obtenerse de la sección **C.2** del formulario de "Licencia Médica". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Valores posibles: En caso de no disponer de este dato, se deberá informar el valor 01011800.
(45) FECHA CONTRATO DE TRABAJO	Debe obtenerse de la sección **C.2** del formulario de "Licencia Médica".

[298] Definición campo (43) modificada por Circular IF/N°454, de 28.12.2023

	Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ En caso de no disponer de este dato, se deberá informar el valor 01011800.
(46) MONTO BASE CÁLCULO SUBSIDIO	Corresponde al monto en pesos, equivalente al promedio de rentas utilizado por la isapre, para determinar el monto de subsidio líquido, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de D.F.L N° 44 del año 1978. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: ▪ Si el valor que se informa en el campo (30) N° DÍAS A PAGAR es mayor a cero (0), entonces el valor informado en este campo debe ser mayor a cero (0).
(47) RUN DEL EMPLEADOR	Debe obtenerse de la sección **C.1** del formulario “Licencia Médica”. Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura: NRO_RUN DIG_VERIF_RUN. Ambos campos deben separarse por el carácter “|”. Por ejemplo, el RUN 1-9 debe informarse como 1|9. Validadores Técnicos: Número de RUN del Empleador: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Dígito Verificador RUN del Empleador: ▪ Campo de tipo alfanumérico.

	▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en el campo Dígito Verificador RUN del Empleador con lo informado en el número de RUN del Empleador, por medio de la rutina Módulo 11.
(48) IDENTIFICACION LICENCIA CONTINUA	Corresponde a la identificación de la **primera licencia** que da inicio a la solución de continuidad de esta licencia. Está compuesta de los siguientes campos: ▪ Color, que tiene dos valores, café o verde, según el color del formulario con valores C o V, donde: C: Café V: Verde De tratarse de una licencia médica emitida electrónicamente, deberá identificarse en este campo el tipo de emisión empleando el siguiente valor. E: Electrónica ▪ Número, que corresponde al número correlativo único nacional por color, impreso por la Casa Moneda en el extremo superior derecho del formulario “Licencia Médica” o bien al folio de la licencia médica electrónica. Ambos campos deben separarse por el carácter “|”. Por ejemplo, el Formulario C222 debe informarse como C|222. Validadores Técnicos: Número de la Licencia: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.

	Color de la licencia: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores posibles: C, V o E Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (20) PERIODO es igual a 1 (Primera), entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual a 0 (cero). ▪ Si el campo (20) PERIODO es igual a 2 (Continuación), entonces el valor que se informe en este campo debe ser distinto del valor informado en el campo (01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA.
(49) FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO	Debe obtenerse de la sección **A.2** del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. Validadores de Consistencia: ▪ Si el valor que se informa en el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 4 (Enfermedad grave hijo menor de 1 año), o bien es igual a 3 (Licencia Maternal post natal), y el campo (17) NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS igual a 84, entonces el valor informado en este campo debe ser distinto de 01011800.
(50) MONTO DE COTIZACIÓN DEL SEGURO DE CESANTÍA[299]	Corresponde al monto total en pesos a pagar a las entidades Administradoras del Seguro de Cesantía. Debe informarse

[299] Campo (50) creado por Circular IF/N°454, de 28.12.2023

	siempre el monto total independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en periodos diferidos. Debe obtenerse de los antecedentes de la liquidación del subsidio. El seguro de cesantía no opera respecto de los pensionados (excepto aquellas personas que están pensionadas por invalidez parcial) e independientes. En los casos de licencias iguales o menores a 3 días, el descuento del seguro no opera, pero si se verifica una extensión de la licencia, que genere al menos un día de pago del subsidio, de este monto se debe descontar la cotización del seguro de todos los días que corresponda. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: ▪ Si el valor que se informa en el campo (28) CALIDAD DEL TRABAJADOR es igual a 3 (Trabajador dependiente sector privado) se permitirá informar en este campo un valor distinto de cero (0). ▪ Si el valor que se informa en el campo (28) CALIDAD DEL TRABAJADOR es distinto de 3 (Trabajador dependiente sector privado), se debe informar en este campo el valor cero (0). ▪ Si el valor que se informa en el campo (17) N° DÍAS AUTORIZADOS es igual o menor a 3, entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo 19 TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechásese) entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual a cero (0). ▪ Si el campo 19 TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 1 (autorícese) o 3 (amplíese) o igual 4 (redúcese), y el valor que se informa

	en el campo 22 DERECHO A SUBSIDIO es igual a "A" (con derecho a Subsidio), y el valor del campo 29 ENTIDAD PAGADORA es "B" (isapre) ; entonces el valor que se informe en este campo debe ser mayor que cero (0). ▪ Si el campo 29 ENTIDAD PAGADORA es distinto al valor "B"(isapre) entonces el valor que se informe en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo 22 DERECHO A SUBSIDIO es igual a "B" con derecho a SIL (con cargo empleador o entidad responsable) o "C" (sin derecho a subsidio), entonces el valor que se informe en este campo debe ser cero(0)

1. Validadores Adicionales de Consistencia[300]

1.1. Consistencia con el mismo archivo

- Se validará que la combinación de campos (01) "IDENTIFICADOR DE LA LICENCIA" y (04) "RUN DEL TRABAJADOR", sea única.

- Para una licencia cuyo campo (20) PERIODO registre el valor 2 (Continuación), el par de los campos (04) RUN DEL TRABAJADOR y (48) IDENTIFICACIÓN DE LICENCIA CONTINUA del mismo registro, debe ser igual al par de los campos (04) RUN DEL TRABAJADOR y (01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA, en periodos anteriores o en el mismo periodo.

1.2. Consistencia con otros archivos

- Se verificará que el RUN DEL TRABAJADOR correspondiente al campo (04) de este archivo, se encuentre en la Base de Datos de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitidos a esta Superintendencia, para el período (mes y año) del campo (03) en que se informa la resolución de la licencia médica.

- Se verificará que la identificación del sexo para el campo (09) SEXO DEL TRABAJADOR informada en este archivo, corresponda a la información contenida en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitidos a esta Superintendencia.

1.3 Representatividad de valores por campo

Se definirá, del total de registros informados en el período, un mínimo de representatividad aceptable respecto de los campos que se detallan a continuación.

Los valores mínimos de representatividad serán publicados en la Extranet de esta Superintendencia y los registros serán validados de acuerdo a los porcentajes allí establecidos.

- Para el campo (01) Color de la Licencia, se validará que los valores posibles; V "Verde" y C "Café", se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

[300] Validaciones del archivo modificadas por la Circular IF/N°146, de 24 de marzo de 2011.

- Para el campo (09) SEXO DEL TRABAJADOR se validará que los valores posibles: F “Femenino” y M “Masculino”, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (12) TIPO DE LICENCIA se validará que los valores posibles: 1 “Enfermedad o accidente común; 3 “Licencia maternal pre y post natal”; 4 “Enfermedad grave hijo menor de 1 año” y 7 “Patología del Embarazo” se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

- Para el campo (18) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL se validará que aquellos diagnósticos que se inicien con la letra “E” se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

- Para el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN se validará que los valores posibles: 1 “Autorícese”; 2 “Rechácese” y 4 “Redúcese” se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

- Para el campo (20) PERÍODO se validará que los valores posibles: 1 “Primera” y 2 “Continuación” se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

- Para el campo (29) ENTIDAD PAGADORA se validará que el valor B “Isapre” se encuentre representado[301] en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

III. Estructura de registro del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones de la isapre y Reliquidaciones

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	IDENTIFICACIÓN LICENCIA COLOR NÚMERO	 Alfabético Numérico
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico
(03)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
(04)	TIPO DE SITUACIÓN	Numérico
(05)	TIPO DE FALLO	Numérico

[301] Letra “s” final, suprimida por Circular IF/275, de 2016.

(06)	FECHA DE RECEPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE LA COMPIN	Numérico
(07)	IDENTIFICACIÓN DE LA COMPIN	Numérico
(08)	NÚMERO DE LA RESOLUCIÓN COMPIN	Alfanumérico
(09)	N° DÍAS A PAGAR	Numérico
(10)	MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO	Numérico
(11)	MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE	Numérico
(12)	PLAZO OTORGADO POR COMPIN	Numérico
(13)	FECHA CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN	Numérico
(14)	MONTO APORTE PREVISIONAL DE PENSIONES	Numérico

IV. Definiciones del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones[302]

Este archivo se estructura a partir de alguna/s de las siguientes situaciones[303]:

- Aquellas que se generan desde la COMPIN (redictámenes) cuando ésta se pronuncia sobre el rechazo o reducción aplicado por la isapre (independientemente de que exista reclamo del trabajador) y deniega o ratifica el pronunciamiento de la isapre (incluye aquellos que se generen por redictámenes de la SUSESO cuando se pronuncia en segunda instancia).
- Cualquier evento ocurrido en el mismo mes en relación a una misma licencia.
- Las que se generan desde la propia isapre (reconsideraciones) cuando ésta cambia su resolución respecto del tipo de fallo de su contraloría médica (de casos en que el[304] cotizante apela directamente a ella).
- Reliquidaciones, cuando no corresponde a las situaciones anteriores y sólo obedece a cambios o ajustes en las bases de cálculo.

(01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA	Está compuesta de los siguientes campos: ▪ Color, que tiene dos valores, café o verde, según el color del formulario con valores C o V, donde: C: Café

[302] Validaciones del archivo modificadas por la Circular IF/N°146, de 24 de marzo de 2011.
[303] Párrafo modificado por Circular IF/N° 453, de 28 de fecha 28 de diciembre de 2023.
[304] Letra "l" agregada por Circular IF/275, de 2016.

	V: Verde De tratarse de una licencia médica emitida electrónicamente, deberá identificarse en este campo el tipo de emisión empleando el siguiente valor. E: Electrónica ▪ Número, que corresponde al número correlativo único nacional por color, impreso por la Casa Moneda en el extremo superior derecho del formulario "Licencia Médica" o bien al folio de la licencia médica electrónica. Ambos campos deben separarse por el carácter "|". Por ejemplo, el Formulario C222 debe informarse como C|222. Validadores Técnicos: Número de la Licencia: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. Color de la licencia: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: C, V o E ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
(02) CÓDIGO ISAPRE	Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en la Superintendencia**.** Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
(03) FECHA DE LA INFORMACIÓN	Corresponde al mes y año en que la isapre recepciona el fallo emitido por la COMPIN o cuando la isapre reconsidera un dictamen anterior. La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar todos los fallos o reconsideraciones efectuadas por la

	COMPIN o Isapre, según corresponda, hasta el último día hábil del mes que se informa. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ El mes y año debe corresponder al mes y año en curso que se está informando.
(04) TIPO DE SITUACIÓN[305]	Corresponde a la causa u origen que provoca un redictamen. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre **1** y **3**, donde: 1= Redictamen emitido por la COMPIN (casos cuando existe un fallo de la COMPIN) 2= Reconsideración emitida por la isapre (casos cuando existe un reclamo en la propia isapre) 3= Reliquidación (casos cuando sólo existe un ajuste en el cálculo del SIL, sin que éste sea causal de un fallo de la COMPIN o un reclamo en la isapre. Validador de Consistencia: ▪ Si se informa en este campo el valor 3 (Reliquidación), entonces se debe informar un valor mayor a cero en alguno de los siguientes campos: (10) Monto subsidio líquido, (11) Monto aporte previsional isapre o (14) Monto aporte previsional pensiones.

[305] Descripción del campo (04) modificada por Circular IF/N° 453, de fecha 28 de diciembre de 2023.

(05) TIPO DE FALLO[306]	Identifica lo redictaminado por la COMPIN, la SUSESO o lo reconsiderado por la propia isapre en relación con la licencia médica reclamada. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores Posibles: entre **0** y **5**, donde: 0 = En caso de efectuarse sólo una reliquidación**.** 1 = Acoge el reclamo del cotizante o deniega la resolución de la isapre. 2 = Acoge parcialmente el reclamo del cotizante. 3 = Rechaza el reclamo del cotizante o ratifica la resolución de la isapre. 4= Sin pronunciamiento COMPIN 5= Resuelto por la SUSESO Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valores 1 (Redictmen emitido por la COMPIN), o 2 (Reconsideración emitida por la Isapre), este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación informa valor igual a 3 (Reliquidación), este campo deberá registrar valor 0 (cero).
(06) FECHA DE RECEPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN COMPIN	Corresponde al día, mes y año en que la isapre recepciona el fallo emitido por la COMPIN. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.

[306] Descripción del campo (05) modificada por Circular IF/N° 453, de fecha 28 de diciembre de 2023.

	▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo 04 (Tipo de Situación) registra valor 2 (Reconsideración emitida por la Isapre) o 3 **(**Reliquidación), en este campo deberá informarse el valor 01011800.
(07) IDENTIFICACIÓN DE LA COMPIN	Corresponde al código que identifica a la COMPIN que emitió el fallo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación es igual a 1 (Redictamen emitido por la COMPIN), este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 2 (Reconsideración emitida por la Isapre) o 3 **(**Reliquidación), en este campo deberá informarse valor 0 (cero).
(08) NÚMERO DE LA RESOLUCIÓN	Corresponde a la identificación asignada por la COMPIN a la resolución de fallo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación es igual a 1 (Redictamen emitido por la COMPIN), este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 2 (Reconsideración emitida por la Isapre) o 3

	(Reliquidación), en este campo deberá informarse valor 0 (cero).
(09) N° DÍAS A PAGAR[307]	Corresponde informar el número total de días con derecho a subsidio, de acuerdo a lo redictaminado por la COMPIN o reconsiderado por la propia isapre. Deberá informarse el total de días adicionales a los ya informados en primera instancia, independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en períodos diferidos. Respecto de las primeras licencias que fueron modificadas por la isapre, quedando menores o iguales a 10 días y que debido a la resolución de la COMPIN o la isapre pasen a ser mayores o iguales de 11 días, deberán agregarse los tres días descontados con anterioridad. Respecto de las licencias que son continuación y que fueron modificadas por la isapre, donde la suma de ambas fue menor a 11 días, y que debido a la resolución de la COMPIN o de la isapre la suma de ambas pasó a ser mayor de 10 días, deberán agregarse los tres días descontados con anterioridad. Debe ser cero sólo en el caso que la COMPIN confirme la resolución emitida por la isapre y en aquellos casos en que sólo se vean afectados los montos monetarios. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Admite el registro de valores negativos. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (05) Tipo de Fallo es igual a 3 (Rechaza el reclamo del cotizante o ratifica la resolución de la isapre.), entonces en este campo deberá registrarse valor 0 (cero).

[307] Descripción del campo (09) modificada por Circular IF/N° 453, de fecha 28 de diciembre de 2023.

(10) MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO[308]	Corresponde al monto total en pesos a pagar al trabajador por concepto de subsidio, de acuerdo a lo resuelto por la COMPIN o la propia isapre. Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éste se paga de una sola vez o en períodos diferidos. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (05) Tipo de Fallo es igual a 3 (Rechaza el reclamo del cotizante o ratifica la resolución de la isapre.), entonces en este campo deberá registrarse valor 0 (cero). ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación es igual a 3 (Reliquidación), este campo deberá registrar un valor mayor o igual de 0 (cero).
(11) MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE[309]	Corresponde al monto total en pesos a pagar a la isapre de la que sea beneficiario o beneficiaria la persona trabajadora, de acuerdo a lo resuelto por la COMPIN o la propia isapre[310]. Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en períodos diferidos. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (10) MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO es distinto de 0 (cero), entonces este campo deberá registrar valor distinto de 0 (cero).

[308] Descripción del campo (10) modificada por Circular IF/N° 453, de fecha 28 de diciembre de 2023.
[309] Descripción del campo (11) modificada por Circular IF/N° 453, de fecha 28 de diciembre de 2023.
[310] Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

	▪ Si el campo (04) Tipo de Situación es igual a 3 (Reliquidación), este campo deberá registrar un valor mayor o igual de 0 (cero).
(12) PLAZO OTORGADO POR LA COMPIN[311]	Corresponde a la fecha en que expira el plazo otorgado por la COMPIN para el cumplimiento por parte de la isapre. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 2 (Reconsideración emitida por la Isapre) o 3 (Reliquidación), en este campo deberá informarse valor 01011800. ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 1 (Redictámenes emitidos por la COMPIN) y el campo (05) Tipo de Fallo es igual a 3 (Rechaza el reclamo del cotizante o ratifica la resolución de la isapre.), en este campo deberá informarse el valor 01011800.
(13) FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN COMPIN[312]	Corresponde a la fecha en que la isapre ponga a disposición de la persona cotizante el pago del subsidio de acuerdo con lo redictaminado por la COMPIN. En ese caso, el valor que se registre en este campo deberá ser mayor o igual que el indicado en el campo (06) Fecha de Recepción de la Resolución de la COMPIN. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion.

[311] Descripción del campo (12) modificada por Circular IF/N° 453, de fecha 28 de diciembre de 2023.
[312] Descripción del campo (13) modificada por Circular IF/N° 453, de fecha 28 de diciembre de 2023.

	▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación es igual a 1, el valor que se registre en este campo deberá ser mayor o igual que el indicado en el campo (06) Fecha de Recepción de la Resolución de la COMPIN. ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 2 (Reconsideración emitida por la Isapre) o 3 (Reliquidación), en este campo deberá informarse valor 01011800. ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 1 (Redictámen emitido por la COMPIN) y el campo (05) Tipo de Fallo es igual a 3 (Rechaza el reclamo del cotizante o ratifica la resolución de la isapre.), en este campo deberá informarse el valor 01011800. ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 1 (Redictámen emitido por la COMPIN) pero corresponde a un caso en que la Isapre determinó que no cumple con los requisitos mínimos para el pago, deberá informarse en este campo el valor 01013000. ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 1 (Redictámen emitido por la COMPIN) y corresponde a un pago de empresa pública realizado por cobranza, en el que no existe una fecha de pago real al momento de enviarse la información, deberá informarse en este campo el valor 01013000.
(14) MONTO APORTE PREVISIONAL DE PENSIONES[313]	Corresponde al monto total en pesos a pagar a las entidades previsionales de pensiones a las que esté afiliado el trabajador, de acuerdo a lo resuelto por la COMPIN o la propia isapre.

[313] Descripción del campo (14) modificada por Circular IF/N° 453, de fecha 28 de diciembre de 2023.

	Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en períodos diferidos. Debe informarse el monto adicional al calculado originalmente por la isapre en los casos que corresponda e informar el valor total cuando la licencia haya sido rechazada inicialmente. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guion. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ▪ Si el campo (10) MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO es distinto de 0 (cero), entonces este campo deberá registrarse valor distinto de 0 (cero). ▪ Si el campo (10) MONTO SUBSIDIO LIQUIDO es igual a 0 (cero), entonces este campo deberá registrar valor 0 (cero). ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación es igual a 3 (Reliquidación), este campo deberá registrar un valor mayor o igual de 0 (cero).
(15) RUN PERSONA COTIZANTE[314]	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación de la persona cotizante. En caso que la persona cotizante no tenga RUN por ser extranjero, deberá registrarse valor 0 (cero) y la isapre deberá asignarle una identificación alternativa (campo 17). Si, posteriormente, la isapre conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN. Además, debe continuar informando el valor asignado en el campo 17, “Identificación Alternativa Persona Cotizante”. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico.

[314] Campos N° 15, 16 y 17, agregados por Circular IF/N° 453, de fecha 28 de diciembre de 2023.

	• No debe utilizarse carácter separador de miles. • Debe informarse siempre.
(16) DÍGITO VERIFICADOR DEL RUN PERSONA COTIZANTE	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN de la persona cotizante (campo 15) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso que la persona no posea RUN, deberá registrarse valor X. Si, posteriormente, la isapre conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. • Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: • Si el campo “RUN Persona Cotizante”, registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. • Si el campo “RUN Persona Cotizante”, registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo, por medio de la rutina Módulo 11.
(17) IDENTIFICACIÓN ALTERNATIVA PERSONA COTIZANTE	Corresponde a la identificación utilizada por la isapre para distinguir a la persona cotizante, en los casos en que ésta no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. En este sentido, el valor (identificación) asignado, debe ser el mismo que se emplee para identificar a esa persona en otros archivos maestros que requieran este mismo campo o información, de manera que, se favorezca el cruce de datos entre tablas. Si la identificación alternativa asignada por la isapre incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Si, posteriormente, la isapre conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 15), manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo.

	Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que a la persona cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: • Si a la persona cotizante se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). • Si a la persona cotizante nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).

Validadores Adicionales de Consistencia

Consistencia con otros archivos

- Se validará que el número, color o emisión electrónica de la licencia informado mediante el campo (01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA exista en el Archivo Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad laboral para el mismo asegurador.

- Se validará que si el campo (04) TIPO DE SITUACIÓN es igual a 1, el campo (06) FECHA DE RECEPCIÓN de la resolución de la COMPIN último deberá registrar un valor mayor al informado en el campo (24) FECHA RESOLUCIÓN ISAPRE, perteneciente al Archivo Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad laboral, para el mismo par de campos IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA y RUN DEL TRABAJADOR.

Título XVII: Estadísticas de los Reclamos deducidos ante las isapres y el Fonasa por sus cotizantes y/o beneficiarios

Las isapres y el Fonasa deberán remitir mensualmente a la Superintendencia la información estadística de los reclamos que tramiten, de acuerdo a la clasificación de materias y estructura computacional del registro, que se especifican, respectivamente, en los Anexos Nº 1 y N° 2 de este Título, a más tardar el día diez del mes siguiente a aquél que se informa.[315]

Anexo Nº 1: Clasificación y estadísticas de reclamos en isapres

Según la definición de "Reclamos: Toda presentación formal a raíz de un conflicto particular suscitado entre el Fondo Nacional de Salud o una isapre, por una parte, y uno o más cotizantes, beneficiarios, ex cotizantes o ex beneficiarios, por la otra, dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud", los archivos computacionales que contengan estadísticas de reclamos, deberán considerar las características que se indican.

1. Definiciones del Archivo Computacional

La información de Estadísticas de Reclamos, debe ser enviada de acuerdo a la estructura fija que se acompaña en el punto 4 de este anexo, y según las especificaciones para la generación y envío de archivo indicadas en el presente documento.

Los datos del mes deben estar contenidos en la estructura, la cual no debe ser modificada por agregación o eliminación de ítems, correspondiendo a esta Superintendencia la facultad de generar y solicitar una nueva estructura de acuerdo a las necesidades de información.

En los archivos con formato plano, los datos se deben presentar en el orden y contenido de acuerdo a la estructura ya señalada.

2. Reprocesos

En el evento de no ser posible acceder a la información o ésta presente errores o inconsistencias, la Institución dispondrá de dos (2) días hábiles para sustituirla, contados a partir de la fecha en que esta Superintendencia notifique la irregularidad.

3. Respaldo de la información

La Institución deberá mantener a disposición de esta Superintendencia, una copia de los dispositivos que contengan la información de los Archivos de Estadísticas de Reclamos que correspondan a los últimos tres meses remitidos.

---

[315] Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

4. Estructura de Estadísticas de Reclamos en Isapres

Institución

Mes y Año de los datos

Código	Estadística Resumen de Reclamos Mensuales	Reclamos
0001	Núm. de reclamos recibidos	
0002	Núm. reclamos registrados e ingresados a trámite	
0003	Núm. reclamos remitidos a la COMPIN	
0004	Núm. reclamos resueltos en el mes	
0005	Núm. reclamos pendientes en el mes	
0100	**Cobertura y Bonificaciones**	**Reclamos**
0101	Negativa de cobertura por preexistencia	
0102	Negativa de cobertura cirugía plástica	
0103	Negativa de cobertura por preexistencia omisión AG Ventas	
0104	Negativa de cobertura prestación no arancelada	
0105	Negativa de cobertura prestación no justificada	
0106	Negativa de cobertura prestaciones de enfermería	
0107	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas atención fuera de la red	
0108	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas enfermedad preexistente	
0109	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas prestación no arancelada	
0110	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas solicitud fuera de plazo	
0111	Negativa cobertura preferente	
0112	Negativa crédito atención de urgencia	
0113	Cobertura ambulatoria prestación hospitalaria	
0114	Bonificación inferior a la correspondiente al plan de salud	
0115	Disconformidad con bonificación otorgada	
0116	Cálculo deducible Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas	
0117	Cobertura Isapre V/S otros seguros	

0118	Cobertura planes cerrados	
0119	Cobertura restringida de parto	
0120	Cobertura restringida de preexistencia no declarada	
0121	Cobertura restringida por tope de prestación	
0122	Suspensión de beneficios	
0123	Beneficios adicionales	
0124	Beneficios mínimos artículo 35° Ley Nº 18.933[316]	
0125	Exigencia cheque en garantía	
0126	Requisitos y procedimientos otorgamiento beneficios pactados	
0128	Negativa de cobertura por presentación de documentos fuera de plazo	
0130	Negativa Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas beneficio no incorporado al contrato	
0131	Negativa Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas otras causales	
0133	Negativa de CAEC medicamentos ambulatorios	
0134	Negativa Isapre a modificar prestador CAEC	
0135	Negativa de cobertura medicamentos ambulatorios	
0136	Negativa de cobertura hospitalización domiciliaria	
0137	Negativa cobertura cotizante sin vigencia	
0138	Negativa cobertura prestaciones cubiertas por otras leyes	
0139	Negativa cobertura prestación dental	
0140	Exclusión cobertura preexistencia no declarada	
0141	Cobertura siquiátrica a prestación hospitalaria	
0142	Cobertura proporcional de parto	
0143	Disconformidad con bonificación plan con cobertura restringida de parto o sin cobertura	
0144	Modificación código prestación	
0145	Emisión de presupuestos	

[316] Hoy, artículo 194 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

0146	Cobertura internacional	
0147	Bonificación parcial hospitalización no justificada	
0148	Atención de urgencia	
0149	Problemas crédito atención de urgencia	
0150	Irregularidades otorgamiento beneficios	
0151	Extravío documentación original	
0152	Negativa isapre a modificar prestador preferente	
0199	Otras	
0200	**Suscripción y Modificación de Contratos**	**Reclamos**
0201	Suscripción de contrato	
0202	Modificación de contrato	
0203	Incorporación o eliminación de beneficiarios	
0204	Modificación tipo beneficiarios	
0205	Adulteración - Falsificación documentos	
0206	Doble afiliación	
0207	Plan con cobertura restringida de parto o sin cobertura	
0208	Entrega documentos contractuales - Credencial de salud	
0209	Suscripción o modificación contrato no cursado	
0210	Selección prestaciones valorizadas	
0211	Renuncia al desahucio	
0212	Cambio de tramo de edad	
0213	Incorporación eliminación o sustitución entidad encargada pago cotización	
0214	Incorporación Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas	
0215	Irregularidades suscripción de contrato	
0216	Irregularidades renuncia al desahucio	
0217	Irregularidades precio de plan de salud	
0218	Negativa Isapre suscripción de contrato	
0219	Modificación calidad de cotizante	
0220	Modificación calidad de beneficiario a titular	

0221	Aplicación seguro de cesantía - Renuncia a excedentes	
0222	Negativa reincorporación Isapre	
0223	Retiro irregular carga legal	
0224	Negativa de cotizante a incorporar carga	
0225	Eliminación gradual 2%	
0299	Otras	
0300	**Terminación de Contrato**	**Reclamos**
0301	Negativa Isapre a otorgar desafiliación por mutuo acuerdo	
0302	Negativa isapre a otorgar desafiliación anticipada cesantía	
0303	Terminación por fallecimiento cotizante	
0304	Término de contrato por preexistencia	
0305	Término de contrato por preexistencia omisión AG. Ventas	
0306	Término de contrato y rechazo de bonificación por preexistencia	
0307	Término de contrato y rechazo de bonificación por preexistencia omisión AG. Ventas	
0308	Término de contrato por no pago de cotizaciones	
0309	Término de contrato por incumplimiento contractual	
0310	Solicitud de término de contrato por incumplimiento contractual isapre	
0311	Termino de contrato no pago de cotizaciones trabajador dependiente	
0312	Negativa de isapre a aceptar desistimiento de desafiliación	
0313	Desafiliación no cursada	
0399	Otras	
0400	**Licencia Médica - Subsidios por Incapacidad Laboral**	**Reclamos**
0403	Incumplimiento dictamen de la Compin	
0405	Requisitos para pago de subsidio por incapacidad laboral	

0408	Notificación resoluciones	
0409	Plazo para emitir pronunciamiento	
0410	Finiquito laboral	
0411	Extensión del contrato de salud	
0412	Cotizaciones previsionales durante incapacidad laboral	
0413	Reintegro corporaciones o empleadores sector público	
0414	Plazo prescripción subsidios	
0415	Convenio pago de subsidios	
0416	Tramitación de licencias médicas	
0417	Plazo para pago de subsidio por incapacidad laboral	
0419	Citación a peritaje	
0420	Procedimiento visita domiciliaria	
0499	Otras	
0500	**Plan Grupal**	**Reclamos**
0501	Modificación de plan grupal	
0502	Término de plan grupal	
0503	Cobertura plan grupal	
0504	Retiro de plan grupal	
0505	Incorporación a plan grupal	
0599	Otras	
0600	**Cotizaciones de Salud**	**Reclamos**
0601	Cobranza por deuda de cotizaciones	
0602	Cotizaciones mal enteradas	
0603	Deuda de cotizaciones	
0604	Excedentes de cotización	
0605	Exceso de cotización	
0606	Reajuste precio cláusula contractual	
0607	Reajustes e intereses penales	
0608	Tope imponibilidad según calidad laboral y régimen previsional	
0609	Valor UF para pago de cotizaciones	

0699	Otras	
0800	**Adecuación de Contratos**	**Reclamos**
0801	Modificación de precio y beneficios	
0802	Modificación de beneficios	
0803	Modificación de precio	
0804	Remisión carta de adecuación	
0805	Planes alternativos	
0806	Generación excedentes sobre el 10% de cotización	
0899	Otras	
1300	**Plan Auge (GES)**	**Reclamos**
1301	Garantía de acceso de atención	
1302	Garantía de oportunidad de atención	
1303	Garantía de protección financiera (bonificación y copagos)	
1304	Garantía de calidad	
1399	Otras	
1400	**Examen de Medicina Preventivo**	**Reclamos**
1401	Garantía de acceso de atención	
1402	Garantía de protección financiera	
1499	Otras	
9900	**Otras Materias**	**Reclamos**
9901	Otras	

Definiciones de la Estadística Resumen de Solicitudes Mensuales[317]

a) Número de reclamos recibidos (cod. 0001):

Se deberá informar el total de reclamos recibidos en el mes, que será la sumatoria de los códigos 0002 y 0003.

B Núm.de reclamos registrados e ingresados a trámite (cod. 0002):

[317] Dígito "5", que antecedía al epígrafe, eliminado por Circular IF/275, de 2016.

Se considerará sólo el total de solicitudes que sean tramitadas por la Institución, excluyendo el código 0003.

c) Número de reclamos remitidos a la COMPIN (cod. 0003):

Se deberá informar el total de reclamos enviados a ese Organismo.

d) Número de reclamos resueltos en el mes (cod. 0004):

Se deberá consignar el total de reclamos en que la Institución haya emitido su pronunciamiento en el mes que se informa.

e) Número de reclamos pendientes en el mes (cod. 0005):

Corresponderá indicar el total de reclamos que se encuentren en proceso de tramitación al último día del mes que se informa.

Si en un período (mes) no existen reclamos que informar, al menos se deberá enviar un archivo con el grupo Estadística Resumen de Solicitudes de Reclamo Mensuales con ceros (0) en sus campos de cantidad.

Anexo N°2: Clasificación y estadísticas de reclamos en Fonasa[318]

Según la definición de "Reclamos: Toda presentación formal a raíz de un conflicto particular suscitado entre el Fondo Nacional de Salud o una isapre, por una parte, y uno o más cotizantes, beneficiarios, ex cotizantes o ex beneficiarios, por la otra, dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud", los archivos computacionales que contengan estadísticas de reclamos, deberán considerar las características que se indican.

1. Definiciones del Archivo Computacional

La información de Estadísticas de Reclamos, debe ser enviada de acuerdo a la estructura fija que se acompaña en el punto 4 de este anexo, y según las especificaciones para la generación y envío de archivo indicadas en el presente documento.

Los datos del mes deben estar contenidos en la estructura, la cual no debe ser modificada por agregación o eliminación de ítems, correspondiendo a esta Superintendencia la facultad de generar y solicitar una nueva estructura de acuerdo a las necesidades de información.

En los archivos con formato plano, los datos se deben presentar en el orden y contenido de acuerdo a la estructura ya señalada.

[318] Anexo introducido por Circular IF/275, de 2016.

2. Reprocesos

En el evento de no ser posible acceder a la información o ésta presente errores o inconsistencias, la Institución dispondrá de dos (2) días hábiles para sustituirla, contados a partir de la fecha en que esta Superintendencia notifique la irregularidad.

3. Respaldo de la información

La Institución deberá mantener a disposición de esta Superintendencia, una copia de los dispositivos que contengan la información de los Archivos de Estadísticas de Reclamos que correspondan a los últimos tres meses remitidos.

4. Estructura de Estadísticas de Reclamos en Fonasa

Institución

Mes y Año de los datos

Código	Estadística Resumen de Reclamos Mensuales	Reclamos
0001	Núm. de reclamos recibidos	
0002	Núm. reclamos registrados e ingresados a trámite	
0003	Núm. reclamos remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social	
0004	Núm. reclamos resueltos en el mes	
0005	Núm. reclamos pendientes en el mes	

0200	02 Acceso a Beneficios Fonasa	Reclamos
0201	Incorporación al régimen	
0203	Incorporación o eliminación de beneficiarios	
0204	Modificación tipo beneficiarios	
0206	Doble afiliación	
0299	Otras	

0400	04 Licencia Médica - Subsidios por Incapacidad Laboral	Reclamos

0405	Requisitos para pago de subsidio por incapacidad laboral	
0408	Notificación resoluciones	
0409	Plazo para emitir pronunciamiento	
0410	Finiquito laboral	
0412	Cotizaciones previsionales durante incapacidad laboral	
0413	Reintegro corporaciones o empleadores sector público	
0414	Plazo prescripción subsidios	
0417	Plazo para pago de subsidio por incapacidad laboral	
0419	Citación a peritaje	
0420	Procedimiento visita domiciliaria	
0499	Otras	

0600	**Cotizaciones de Salud**	**Reclamos**
0601	Cobranza por deuda de cotizaciones	
0602	Cotizaciones mal enteradas	
0603	Deuda de cotizaciones	
0607	Reajustes e intereses penales	
0608	Tope imponibilidad según calidad laboral y régimen previsional	
0699	Otras	

1200	**Modalidad Atención Institucional y libre Elección**	**Reclamos**
1201	Cobertura financiera (copagos)	

1202	Clasificación grupos de salud	
1203	Otorgamiento préstamos médicos	
1204	Pago Asociado a Diagnóstico	
1205	Acceso a atenciones de salud	
1206	Calidad de atención	
0148	Atención de Urgencia	
0149	Problemas crédito atención de urgencia	
1299	Otras	

1300	**Plan Auge (GES)**	**Reclamos**
1301	Garantía de acceso de atención	
1302	Garantía de oportunidad de atención	
1303	Garantía de protección financiera (bonificación y copagos)	
1304	Garantía de calidad	
1399	Otras	

1400	**Examen de Medicina Preventivo**	**Reclamos**
1401	Garantía de acceso de atención	
1402	Garantía de protección financiera	
1499	Otras	

9900	**Otras Materias**	**Reclamos**
9901	Otras	

Definiciones de la Estadística Resumen de Solicitudes Mensuales

a) Número de reclamos recibidos (cod. 0001):

Se deberá informar el total de reclamos recibidos en el mes, que será la sumatoria de los códigos 0002 y 0003.

b) Núm.de reclamos registrados e ingresados a trámite (cod. 0002):

Se considerará sólo el total de solicitudes que sean tramitadas por la Institución, excluyendo el código 0003.

c) Número de reclamos remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social (cod. 0003):

Se deberá informar el total de reclamos enviados a ese Organismo.

d) Número de reclamos resueltos en el mes (cod. 0004):

Se deberá consignar el total de reclamos en que la Institución haya emitido su pronunciamiento en el mes que se informa.

e) Número de reclamos pendientes en el mes (cod. 0005):

Corresponderá indicar el total de reclamos que se encuentren en proceso de tramitación al último día del mes que se informa.

Si en un período (mes) no existen reclamos que informar, al menos se deberá enviar un archivo con el grupo Estadística Resumen de Solicitudes de Reclamo Mensuales con ceros (0) en sus campos de cantidad.

A.- Estructura Computacional del Registro de Estadísticas de Reclamos

Campo	Descriptor	Tipo	Largo
1	Código de la Institución	Numérico	3
2	Fecha de los datos	Numérico	6
3	Código de referencia estadística	Numérico	4
4	Cantidad de casos	Numérico	8

B.- Definiciones del Archivo Computacional

(1) Código de la Institución	Corresponde al número de identificación asignado por esta Superintendencia, a la institución que envía la información Campo Numérico de largo 3, distinto de cero (0), sin coma ni punto decimal **Isapres: Código asignado** **Fonasa : Código "200"**
(2) Fecha de los datos	Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía Campo Numérico de largo 6, distinto de cero (0), sin coma ni punto decimal **Formato mmAAAA**
(3) Código de referencia estadística.	Corresponde al código del ítem estadístico según la estructura correspondiente a la institución, formalizada en el anexo Nº 2 para las isapres y Fonasa. Campo numérico de largo 4, distinto de cero (0), sin coma ni punto decimal.
(4) Cantidad de casos	Es la cantidad de reclamos por código de referencia estadística indicada según (3) Campo numérico de largo 4, sin coma ni punto decimal. Se validará que el contenido sea igual o mayor que cero(0).

C.- Modalidad de Almacenamiento

- Archivo plano
- Código ASCII
- Un registro por línea
- Largo de registro variable, de acuerdo a la definición en la estructura
- Separador de campos "pipe" (|)

D.- Nombre de los archivos

Se debe utilizar el formato **ICCCAAAA. PPQ** en donde:

I	Carácter "I" siempre obligatorio
CCC	Código de la institución (Isapres o FONASA)
AAAA	Año que se informa
PP	Período (mes) que se informa, en este caso ... 01 a 12

Q	Tipo de archivo (Carácter "Q" siempre obligatorio)

E.- Modalidad de envío

El envío de la información se debe hacer mediante el uso de la Extranet ubicada en el Portal Web www.supersalud.cl, en un ambiente estructurado que permite la transferencia segura de archivos.

Título XVIII: Recursos de protección interpuestos por los beneficiarios en contra de las isapres [Eliminado][319]

[319] Derogado por la Circular IF/N° 174, de 27 de julio de 2012.

Título XIX: Excedentes de cotización[320]

1) Archivo Maestro de Excedentes de cotización[321]

Con el propósito de obtener información de mayor exactitud respecto de los excedentes de cotización que se generan, se requiere a las Instituciones de Salud Previsional enviar dicha información, en los términos definidos en el Anexo denominado ARCHIVO MAESTRO “EXCEDENTES DE COTIZACIÓN” de este Título.

Periodicidad y plazo de envío

La transferencia de este archivo, se realizará a través de la red privada denominada Extranet SIS.

Los archivos deberán ser remitidos trimestralmente a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, a más tardar, el día 30 del mes siguiente al trimestre que se informa. Se debe aclarar que la información remitida, deberá ser detallada e individualizada por cada uno de los meses que forman parte del trimestre que se envía en el archivo.

Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

[320] Título modificado por la Circular IF/N°208, de 27 de diciembre de 2013.
[321] El contenido de este Título se incorporó a un numeral 1), conforme a lo instruido por la Circular IF/Nº344, de 27 de diciembre de 2019.

Anexo: Archivo Maestro "Excedentes de Cotización"

1. Estructura Computacional

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Periodo de Información	Numérico
03	RUN del Cotizante	Numérico
04	DV del RUN del Cotizante	Alfanumérico
05	Mes de remuneración	Numérico
06	Mes de recaudación	Numérico
07	Mes de generación	Numérico
08	Saldo contable inicial	Numérico
09	Excedentes generados	Numérico
10	Traspasos recibidos	Numérico
11	Aseguradora de origen	Numérico
12	Reajustes	Numérico
13	Intereses	Numérico
14	Comisión	Numérico
15	Usos	Numérico
16	Destino de los usos	Numérico
17	Otros cargos	Numérico
18	Clasificación de otros cargos	Numérico
19	Otros incrementos	Numérico
20	Clasificación de otros incrementos	Numérico
21	Traspasos efectuados	Numérico
22	Aseguradora de destino	Numérico
23	Saldo contable final	Numérico
24	Condición del titular de la cuenta de excedentes	Numérico
25	Correlativo	Numérico

2. Características Generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Excedentes de cotización
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAAMM.EEE, donde: ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “e” ▪ 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 “055”
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
Criterio de Ordenamiento	La información contenida en este archivo deberá venir ordenada de acuerdo a los siguientes criterios: • Primero, por RUN del cotizante; • Segundo, por período de información. • Tercero, por tipo de movimiento, es decir, al inicio debe presentarse la generación de excedentes o bien los traspasos recibidos, a continuación los reajustes; los intereses; la comisión; los usos y finalmente otros movimientos -como por ejemplo, otros cargos u otros incrementos-.
Información contenida en el Archivo	Corresponde a las cuentas corrientes de excedentes de cada persona afiliada y la información relativa a la administración de cada cuenta, hasta la fecha de su traspaso a otra entidad o a herederos, según lo aborda la normativa vigente. Las cuentas de excedentes comienzan a contabilizarse con su apertura, esto es, según la normativa, con la generación del primer excedente y/ o el traspaso recibido de otra isapre. Por ende, si no ha habido generación de excedentes, no existirá dicha apertura y no se deberá contabilizar como cuenta.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	Para efectos de este archivo, las cuentas corrientes deberán informarse aun cuando su saldo sea cero. Dicha situación se deberá informar en un registro, de acuerdo a la definición de cada campo. Respecto a la información contenida en las cuentas de excedentes, ésta no deberá presentarse de manera acumulada, sino un registro por movimiento.
Información contenida en los registros del Archivo	El saldo final se calcula en función de los valores informados en cada registro, transfiriendo, en caso de corresponder, este saldo final al registro siguiente de la persona afiliada, quedando en este último como saldo inicial. Se deberá informar en un solo registro los valores correspondientes al campo (12) Reajustes, (13) Intereses y (14) Comisión. Para los campos (16) "Destino de los usos", (18) "Clasificación de otros cargos" y (20) "Clasificación de otros incrementos", se informarán tantos registros como movimientos existan por categoría o código definido[322], asociando la clasificación en el mismo registro (ver ejemplo en anexo). Sin perjuicio de lo anterior, los excedentes que se generen producto de gratificaciones pagadas y cotizaciones declaradas y no pagadas (DNP), canceladas en su oportunidad, deberán informarse en el mes de generación que corresponda al campo (07) Mes de generación, asociándose además, al mes de remuneración que corresponda, campo (05) Mes de remuneración. Se incluirán tantos registros como movimientos existan por (05) "Mes de remuneración" y (09) "Excedentes Generados".
Período de la información contenida en el Archivo	Excedentes generados y movimientos de la cuenta durante los meses que conforman el trimestre que se informa. El primer envío corresponderá al primer trimestre de 2014.

[322] Se entenderá que es posible agrupar o sumar montos por conceptos iguales o que pertenecen a una misma "categoría definida" para informarlos.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá los datos de excedentes actualizados al trimestre que se refiere la información, con una lógica de detalle e informando un registro por línea. Por lo tanto, todas las otras variables que no se informan en ese registro deberán venir en cero.
Periodicidad de envío del Archivo	Trimestral, el día 30 del mes siguiente al trimestre que se informa, con excepción del último trimestre del año que se deberá remitir a esta Superintendencia, el último día del mes de febrero del año siguiente[323], con el fin de posibilitar la validación de la información contenida en este archivo, con la de la FEFI de cada ejercicio. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar todas las operaciones efectuadas por la isapre hasta el último día de cada mes que conforma el trimestre que se informa.

3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código aseguradora	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.

[323] Los Estados Financieros referidos al 31 de diciembre, deberán ser presentados en la Superintendencia, hasta el último día del mes subsiguiente a la respectiva fecha de cierre (Circular IF N°140/2011).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
02	Período de Información	Corresponde al mes y al año que se informa. Los datos que se remitan corresponderán a la cuenta corriente individual de excedentes, detallados por cada mes que conforma el trimestre informado, por ejemplo, para el primer trimestre se debe detallar la información para los meses de enero, febrero y marzo. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el Formato MMAAAA, donde: MM = cada uno de los meses del trimestre informado y AAAA = el año de la información. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
03	RUN del Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRC e I). En caso que la persona afectada no tenga RUN, deberá registrarse la identificación alternativa definida por la isapre. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar la identificación alternativa por el número del RUN. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
04	DV del RUN del Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante (campo 03) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso que la persona afectada no posea RUN, deberá registrarse valor X. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV correspondiente al RUN. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia: ▪ Si el campo 04 “DV del RUN del Cotizante” registra valor distinto de “X”, se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11 con el campo 05 “RUN del Cotizante”.
05	Mes de remuneración	Corresponde al mes y año de la remuneración, que servirá de base para efectuar los descuentos previsionales de salud correspondientes. Si no ocurre generación de excedentes, susceptibles de ser asociados a este campo, se deberá informar 011800. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
06	Mes de recaudación	Corresponde al mes y año de pago de la cotización que dio origen al excedente. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año. Si no ocurre generación de excedentes, susceptibles de ser asociados a este campo, se deberá informar 011800. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ El valor de este campo, salvo que registre 011800, debe ser mayor o igual al valor del campo 05, Mes de remuneración.
07	Mes de generación	Corresponde al mes y año en que la aseguradora generó el excedente en la cuenta corriente de la persona cotizante, conforme al proceso de análisis, reconocimiento e imputación de las cotizaciones. El valor que se informa en este campo podrá coincidir con el mes de recaudación. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año. Si no ocurre generación de excedentes, susceptibles de ser asociados a este campo, se deberá informar 011800. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: El valor de este campo, salvo que registre 011800, no podrá ser menor al valor del campo 06, Mes de recaudación.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
08	Saldo contable inicial	Corresponde al saldo contable en pesos con el que se abre la cuenta corriente de excedentes para el mes que se informa (saldo de apertura). Dicho monto se determinará mensualmente y corresponderá al saldo contable de excedentes de cotización del periodo anterior (saldo contable final) que tenga la persona cotizante en su cuenta corriente individual, o bien al monto traspasado desde otra isapre (traspaso recibido) que permite el registro de un saldo inicial. En el caso que el traspaso recibido sea el primer y único movimiento de la cuenta corriente de excedentes se deberá informar como Saldo contable inicial 0 (cero). Por su parte, el Saldo contable final deberá ser igual al Traspaso recibido. El saldo contable inicial se obtendrá en función del campo (23) Saldo contable Final del mes inmediatamente anterior. Este saldo podrá adoptar el valor 0 (cero), si el mes informado corresponde al período en que se abrió la cuenta corriente de la persona cotizante que se informa, o bien si los movimientos de la cuenta han consumido su saldo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
09	Excedentes generados	Corresponde al monto en pesos de los excedentes generados durante el mes y por mes de remuneración, esto es, cuando se trata de cotizaciones declaradas y no pagadas o gratificaciones asociadas a un mes de remuneración en particular, se deberán informar todos los excedentes que se generen efectuando la asociación respectiva con el campo (5) Mes de remuneración. El valor que se informe se obtendrá de 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. Se entenderá por "precio del plan convenido", el precio del plan complementario (precio base por factor del grupo familiar). Si una cuenta tiene saldo inicial cero y no hay excedentes generados en ese mes, deberá informarse un registro con valor cero para este campo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico, igual o superior a cero. ▪ Debe informarse siempre.
10	Traspasos recibidos	Corresponde al monto en pesos de los excedentes que fueron recibidos por la entidad aseguradora informante, conforme a la solicitud efectuada de remisión de fondos de excedentes asociados a la persona que se informa. Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
11	Aseguradora de Origen	Corresponde al código de la entidad aseguradora desde donde fueron remitidos los fondos de la cuenta corriente de excedentes asociados a la persona que se informa. Para efectos de informar a la Superintendencia deberán emplearse los códigos que ésta ha asignado a las entidades aseguradoras. Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: los códigos definidos por la Superintendencia para las entidades aseguradoras. ▪ Debe informarse siempre. <u>Validadores Consistencia con otros campos</u>: ▪ Si el valor del campo 10 Traspasos recibidos es igual a 0 (cero), el valor de este campo debe ser 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
12	Reajustes	Corresponde al monto en pesos que resulta de la aplicación, al saldo contable, de la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor. Cuando la variación aplicada corresponda a un valor negativo, el monto deberá informarse antecedido por un signo menos. El reajuste se devengará mensualmente, pasando a formar parte del saldo contable. De tratarse de regularizaciones, dicha suma deberá informarse: • En el campo 17 “Otros cargos”, cuando se trate de rebajas a los saldos acumulados. Deberá, en el mismo registro, clasificarse en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 16, “Clasificación de otros cargos”. • En el campo 19 “Otros incrementos”, cuando se trata de aumentos, clasificándose en el mismo registro en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 20 “Clasificación de otros incrementos”. Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores positivos, nulos o negativos.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
13	Intereses	Corresponde al monto en pesos que resulta de la aplicación, al saldo contable, del 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 interés se devengará mensualmente, pasando a formar parte del saldo contable. De tratarse de regularizaciones, dicha suma deberá informarse: -En el campo 17 “Otros cargos”, cuando se trate de rebajas a los saldos acumulados. Deberá, en el mismo registro, clasificarse en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 18, “Clasificación de otros cargos”. -En el campo 19 “Otros incrementos”, cuando se trata de aumentos, clasificándose en el mismo registro en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 20 “Clasificación de otros incrementos”. Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores mayores o iguales a cero.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
14	Comisión	Corresponde al monto en pesos devengado mensualmente que pueden cobrar las aseguradoras por la mantención de la cuenta corriente de excedentes. Si bien la comisión deberá ser cobrada semestralmente, las isapres están facultadas para provisionar mensualmente dicho monto. 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 que ésta se devenga. De tratarse de regularizaciones, dicha suma deberá informarse: - En el campo 17 “Otros cargos”, cuando se trate de rebajas a los saldos acumulados. Deberá, en el mismo registro, clasificarse en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 18, “Clasificación de otros cargos”. - En el campo 19 “Otros incrementos”, cuando se trata de aumentos, clasificándose en el mismo registro en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 20 “Clasificación de otros incrementos”. Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valor mayor o igual a cero.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
15	Usos	Corresponde al monto en pesos de los excedentes por tipo de destino que fueron destinados en el mes, al financiamiento o cobertura de los ítems que establece el artículo 188 del DFL N°1 y sus modificaciones. Las entidades aseguradoras deberán presentar un detalle de los usos realizados durante el mes que se informa, en conformidad con las especificaciones del campo 16, Destino de los usos. Deberán incorporarse tantos registros como categorías de usos se efectúen en el período informado. Por ejemplo, si existieron 5 usos, tres de ellos fueron copagos y dos corresponden a pagos de prestaciones no cubiertas, entonces se informarán 2 registros, uno correspondiente a la suma de los copagos y otro con la suma de los pagos de prestaciones no cubiertas por el plan. El valor de este campo puede ser cero si en el período correspondiente, no se ha realizado uso de excedentes por parte de la persona cotizante. <u>Validadores Técnicos:</u> Campo de tipo numérico. Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
16	Destino de los usos	Corresponde a la categorización del monto que fue requerido por la persona cotizante para ser empleado en el financiamiento o cobertura de los ítems que establece el artículo 188 del DFL N°1. Los usos efectuados deberán codificarse de acuerdo a lo siguiente: 0: Sin movimiento de usos 1: Pago de cotizaciones (por cesantía) 2: Copago 3: Financiamiento de Prestaciones de Salud no cubiertas por contrato 4: Cotizaciones Adicionales Voluntarias 5: Financiar Plan de Salud (en proceso de pensionarse) 6: Pago de cuota de préstamo Se deberán acumular los montos correspondientes a un mismo código o categoría de movimiento para informarlos. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles 0, 1, 2, 3, 4, 5 ó 6. <u>Validadores Consistencia con otros campos</u>: ▪ Si el valor del campo 15 Usos es igual a 0 (cero) el valor de este campo debe ser igual a 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
17	Otros Cargos	Corresponde al monto en pesos de los cargos efectuados en la cuenta corriente de excedentes por situaciones que requieren de un reverso como por ejemplo, errores de cálculo, error de imputación del excedente por corresponder a otro titular, duplicidad de abonos, error en la clasificación de cotizaciones, error en imputación de gratificaciones, etc. Deberán incorporarse tantos registros como categorías de cargos se efectúen en el período informado. Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> -Campo de tipo numérico. -Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
18	Clasificación de otros cargos	Corresponde a la categorización de los cargos efectuados en la cuenta corriente de excedentes campo 17, Otros cargos. Los "Otros cargos" imputados deberán codificarse según lo siguiente: 0: Sin movimiento de otros cargos 1: Errores de cálculo (por ejemplo: regularizaciones de excedentes, intereses, reajustes o comisiones) 2: Errores de imputación del excedente por corresponder a otro titular 3: Duplicidad de abonos 4: Error en la clasificación de cotizaciones 5: Error en imputación de gratificaciones 6: Otros Se deberán acumular los montos correspondientes a un mismo código o categoría de movimiento para informarlos. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles 0, 1, 2, 3, 4, 5 ó 6. <u>Validadores Consistencia con otros campos</u>: ▪ Si el valor del campo 17 Otros Cargos es igual a 0 (cero) el valor de este campo debe ser igual a 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
19	Otros Incrementos	Corresponde al monto en pesos destinado a incrementar la cuenta corriente de la persona cotizante, de mediar las situaciones contempladas en la Ley u otras de distinto origen. Deberán incorporarse tantos registros como categorías de reprocesos (abonos) se efectúen en el período informado, vinculándose al período de generación que corresponda. Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
20	Clasificación de Otros incrementos	Corresponde a la categorización de los abonos efectuados en la cuenta corriente de excedentes (campo 19 Otros incrementos). Los "Otros incrementos" imputados deberán codificarse según lo siguiente: 0: Sin movimientos de otros incrementos 1: Cotizante que pasa a tener la calidad de carga o beneficiario 2: Generaciones de excedentes del beneficiario - cotizante 3: Reprocesos, recálculos, devoluciones de bonos con excedentes u otros movimientos. Se deberán acumular los montos correspondientes a un mismo código o categoría de movimiento para informarlos <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles 0, 1, 2 ó 3. <u>Validadores Consistencia con otros campos</u>: ▪ Si el valor del campo 19 Otros Incrementos es igual a 0 (cero) el valor de este campo debe ser igual a 0 (cero).
21	Traspasos efectuados	Corresponde al monto en pesos de los excedentes que fueron transferidos, a una nueva entidad aseguradora, en razón del término de contrato de salud del afiliado/a. Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
22	Aseguradora de Destino	Corresponde al código de la entidad aseguradora donde fueron traspasados los fondos requeridos de la cuenta corriente de excedentes de la persona que se informa. Para efectos de informar a la Superintendencia deberán emplearse los códigos que ésta ha asignado a las entidades aseguradoras y que se encuentran disponibles en la extranet. Si la entidad Aseguradora de Destino del Traspaso es FONASA, en este campo se deberá informar el código “200”. Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: los códigos definidos por la Superintendencia para las entidades aseguradoras. ▪ Debe informarse siempre. <u>Validadores Consistencia con otros campos</u>: ▪ Si el valor del campo 21 Traspasos efectuados es igual a 0 (cero) el valor de este campo debe ser igual a 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
23	Saldo contable Final	Corresponde a la sumatoria en pesos del saldo contable inicial y los movimientos realizados en el periodo que se informa, asociados a la cuenta corriente individual de la persona afiliada. El valor que se informe, corresponderá al saldo de apertura o inicial del mes siguiente. El saldo contable final se determinará mensualmente considerando las especificaciones de cálculo contenidas en la Circular 24/1995 -que forma parte del Compendio de Procedimientos- o la que se encuentre vigente, no obstante, se incorporarán además, aquellos movimientos que operativamente también afectan el establecimiento del saldo real. Este cálculo se obtendrá en función de los campos contenidos en el presente archivo, como sigue: Saldo contable Final = Saldo contable inicial + (más) monto de excedentes de cotización + (más) intereses y reajustes - (menos) comisión provisionada - (menos) usos efectuados en el mes correspondiente - (menos) Otros cargos + (más) Otros incrementos de la cuenta de excedentes+ (más) Traspasos recibidos - (menos) Traspasos efectuados. El valor de este campo podrá ser 0 (cero), si en el periodo que se informa la persona afiliada no registra saldo. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
24	Condición del titular de la cuenta de excedentes	Indica el estado de la persona titular de la cuenta corriente de excedentes, en cuanto a su condición vital o a su situación contractual, siendo necesario que esta información cuadre con aquella contenida en la nota explicativa de excedentes de la FEFI. Para efectos de informar a la Superintendencia se utilizarán los siguientes valores: 0: Fallecido 1: Vigente 2: Pendiente de Traspaso Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles 0, 1 ó 2.
25	Correlativo	Corresponde a un número secuencial que garantiza la obtención de los saldos asociados a cada cuenta corriente, en cada registro y en cada período que se informa. Debe ser consistente con la definición del archivo planteada en el punto 2 “Características Generales”. En cada envío, el correlativo se inicia en 1, como se aprecia en el ejemplo adjunto:

4. Validadores Adicionales de Consistencia

4.1 Consistencia General del Archivo

Cada registro del archivo deberá ser único según las siguientes combinaciones de campos:

a) Período de Información - RUN del Cotizante - Mes Remuneración – Excedentes generados

b) Período de Información - RUN del Cotizante - Mes de remuneración- Reajustes- Intereses- Comisión

c) Período de Información- RUN del Cotizante - Otros cargos -Clasificación otros cargos

d) Período de Información - RUN del Cotizante - Otros incrementos de la cuenta de excedentes - Clasificación de otros incrementos

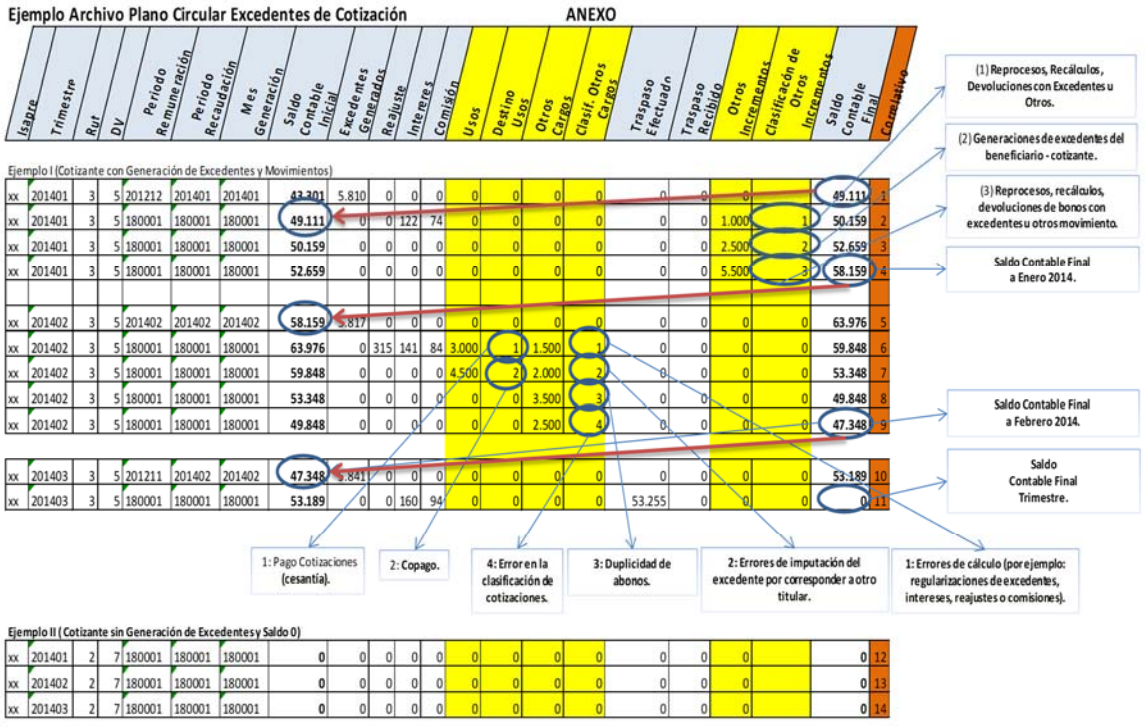
- Para cada mes que compone el trimestre, se validará lo informado en la FEFI en cuanto a:

- Cantidad de cuentas de excedentes informadas en las Notas Explicativas Excedentes de Cotización, para los mismos periodos de información que componen el trimestre.

- Total Saldo contable informado en el mismo anexo anterior para los mismos periodos de información que componen el trimestre.

- Se validará que tanto el número de Cuentas de Excedentes como los Saldos Contables informados, tengan un valor aceptable con un margen de diferencia entre el archivo y la FEFI, de acuerdo al porcentaje definido por la Superintendencia que será publicado en la extranet.

- Se validará que en el campo 02 (Fecha de la información) estén representados los tres meses que corresponden al trimestre que se informa, por ejemplo, si se informa primer trimestre de 2014, deben estar informados los periodos, 201401, 201402 y 201403.



Observaciones : Los valores Usos, Otros cargos y Otros incrementos deben informarse agrupados por clasificación.

2) Archivo Maestro para la Devolución anual de Excedentes de cotización[324]

El artículo 188 del D.F.L. N°1, establece que las isapres deberán devolver a sus afiliados el saldo acumulado en su cuenta individual de excedentes que no haya sido requerido para alguno de los fines permitidos. Dicho procedimiento de devolución anual fue regulado por el numeral 7 bis *"Devolución anual de excedentes de cotización a las personas afiliadas"*, del Título IX *"Excedentes de Cotización"*, del Capítulo III *"Cotizaciones*".

Para efectos de reportar a esta Superintendencia los respaldos de los movimientos relativos a la devolución anual de saldos acumulados de excedentes de cotización, conforme a las normas señaladas en el párrafo que precede (sobre devolución anual), las isapres deberán ingresar los siguientes archivos, en la oportunidad que se señala, junto con los documentos que resumen su información dependiendo de la etapa y plazos que corresponden a cada una.

Las transferencias de información deberán efectuarse a través de la red privada denominada Extranet Superintendencia de Salud, disponible en el Portal Web de la Superintendencia www.supersalud.gob.cl

Identificación secuencia del Inventario	Extensión	Plazo
A. "Inventario Devolución Anual de Excedentes de cotización".	098	A más tardar el quinto día hábil del mes de febrero siguiente a aquél en que se efectúe la devolución anual de excedentes
B. "Inventario estado Devolución Anual de Excedentes"	099	A más tardar el 5 de mayo siguiente a la devolución

a) Características Generales de estos Archivos Maestros

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Inventarios Devolución anual y estado de excedentes.
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, el cual se indica en cada secuencia.

[324] Numeral 2) incorporado por la Circular IF/N° 344, de 27 de diciembre de 2019.

Características del Archivo	• Archivo plano • Código ASCII • Un registro por línea • Separador de campo carácter pipe (|) • Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
Información contenida en el Archivo	En este archivo se debe registrar la información que se refiere a la devolución anual y estado de los excedentes de cotización.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al detalle de los excedentes de cotización sujetos a devolución anual.
Periodo de la Información contenida	A partir del mes de enero de 2020, la información contenida en el archivo corresponde a los datos del mes que se está informando de acuerdo a la normativa vigente para cada tipo de detalle.
Tipo de Archivo	Temporal para remitir la información que corresponda a la devolución anual y estado de las devoluciones informadas en cada letra de este numeral (b y c siguientes) según corresponda en los plazos definidos para cada evento.
Periodicidad del envío del Archivo	En la fecha que se materialice el envío de la información correspondiente a cada etapa del proceso que se informa, acompañando los cuadros definidos en el punto 7.bis.5 del Título IX, del Capítulo III, del Compendio de Procedimientos, de acuerdo a la siguiente secuencia: 1. - Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización 2. - Inventario Estado devolución anual de Excedentes

b) Estructura del Archivo Maestro "Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización que respalda el cuadro sobre la devolución anual de excedentes.

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Aseguradora	Numérico
2	Período de la Información	Numérico
3	Rut Cotizante	Numérico
4	Dígito Verificador Rut Cotizante	Alfanumérico
5	Saldo Excedentes Devolución [325]	Numérico
6	Modalidad del pago	Numérico
7	Nº Cuenta Corriente, cuenta vista, ahorro	Numérico

[325] La Circular IF 490, de 6.1.2025, elimina el campo (5) "Identificación persona Afiliada", por ende, el actual campo (6) "Saldo Excedentes Devolución", pasa a ser el campo (5) y así sucesivamente.

8	Nº de Cheque, vale vista	Numérico
9 [326]	Saldo Excedentes Aplicación TFU y < de 2 años	Numérico
10 [327]	Saldo Total Excedentes	Numérico

B1. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN
1	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.
2	Período de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre.
3	Rut Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), del beneficiario asociado al documento que se informa. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre. Validadores de Consistencia con otros archivos:[328]
4	Dígito Verificador Rut Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico.

[326] La Circular IF 490, de 6.1.2025, agrega a la estructura el campo (9) "Saldo Excedentes Aplicación TFU y < de 2 años"
[327] La Circular IF 490, de 6.1.2025, agrega a la estructura el campo (10) "Saldo Total Excedentes"
[328] Validador de Consistencia eliminado en virtud de la Circular IF 490, de 6.1.2025

		• Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. • Debe informarse siempre.
5 [329]	Saldo Excedentes Devolución	Saldo contable de la cuenta corriente sujeto a devolución en $. Este saldo no considera las devoluciones que tienen su origen en la aplicación de la Ley 21.674. [330] Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
6	Modalidad del pago	Corresponde a la modalidad de pago empleada por la isapre para hacer efectiva la devolución anual de excedentes. Los campos posibles pueden ser: 1: Transferencia electrónica o depósito. 2: Cheque 3: Vale vista u orden de pago en sucursal bancaria Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre.
7	Nº Cuenta Corriente, cuenta vista, ahorro	Este campo corresponde al número de cuenta del destinatario, que se utilizará cuando se trate de la modalidad de pago del tipo 1. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
8	Nº de Cheque, vale vista	Este campo corresponde al número del documento asignado cuando se trate de la modalidad de pago del tipo 2 y 3. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
9	Saldo Excedentes Aplicación TFU y < 2 años [331]	Corresponde al monto en pesos, del saldo final de la cuenta de excedentes sujeto a devolución, referido exclusivamente a la deuda generada por la aplicación de la Tabla de Factores Única y el no cobro de las cargas no natas y menores de 2 años (Ley N°21.674). Para expresar en pesos este valor fijado en Unidades de Fomento (UF), se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa.

[329] La Circular IF 490, de 6.1.2025, elimina el campo (5) "Identificación persona Afiliada", por ende, el actual campo (6) "Saldo Excedentes Devolución", pasa a ser el campo (5) y así sucesivamente
[330] Párrafo agregado por la Circular IF 490, de 6.1.2025
[331] Campo (9) incorporado por la Circular IF 490, de 6.1.2025

		Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero • Debe informarse siempre
10	Saldo Total Excedentes [332]	Corresponde al monto en pesos del saldo contable final de la cuenta de excedentes, sujeto a devolución. El monto informado en este campo corresponde al resultado de la siguiente ecuación: Campo (5) Saldo Excedentes Devolución + Campo (9) Saldo Excedentes Aplicación TFU y < 2 años Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico • Saldo mayor que cero • Debe informarse siempre Validadores de consistencia con otros campos: El valor de este campo debe ser igual a la suma de los valores de los campos N°5 (Saldo Excedentes Devolución) y N°9 (Saldo Excedentes aplicación TFU y < 2 años).

c) Estructura del Archivo Maestro " Inventario Estado Devolución Anual de Excedentes de Cotización"

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Aseguradora	Numérico
2	Período de la Información	Numérico
3	Rut Cotizante	Numérico
4	Dígito Verificador Rut Cotizante	Alfanumérico
5	Saldo Excedentes Devolución [333]	Numérico
6	Modalidad del pago	Numérico
7	Nº Cuenta Corriente, cuenta vista, ahorro	Numérico
8	Nº de Cheque, vale vista	Numérico
9	Estado de Cobro	Númerico

[332] Campo (10) incorporado por la Circular IF 490, de 6.1.2025
[333] La Circular IF 490, de 6.1.2025, elimina el campo (5) "Identificación persona Afiliada", por ende, el actual campo (6) "Saldo Excedentes Devolución", pasa a ser el campo (5) y así sucesivamente.

10 [334]	Saldo Excedentes Aplicación TFU y < 2 años	Númerico
11 [335]	Saldo Total Excedentes	Númerico

C1. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN
1	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.
2	Período de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre .
3	Rut Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), del beneficiario asociado al documento que se informa. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre. Validadores de Consistencia con otros archivos: • [336] • Deber estar contenido en el inventario de **Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización.**
4	Dígito Verificador Rut Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. Validadores Técnicos: • Campo de tipo alfanumérico.

[334] La Circular IF 490, de 6.1.2025, agrega a la estructura el campo (10) “Saldo Excedentes Aplicación TFU y < de 2 años”
[335] La Circular IF 490, de 6.1.2025, agrega a la estructura el campo (11) “Saldo Total Excedentes”
[336] Validador de Consistencia eliminado en virtud de la Circular IF 490, de 6.1.2025

		• Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. • Debe informarse siempre.
5	Saldo Excedentes Devolución [337]	Saldo contable de la cuenta corriente sujeto a devolución en $. Este saldo no considera las devoluciones que tienen su origen en la aplicación de la Ley 21.674 [338] Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. Validadores de Consistencia: • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al total de los saldos informados en **Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización.** • El saldo individual por afiliado debe corresponder al informado para el rut en el **Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización.**
6	Modalidad del pago	Corresponde a la modalidad de pago empleada por la isapre para hacer efectiva la devolución anual de excedentes. Los campos posibles pueden ser: 1: Transferencia electrónica o depósito. 2: Cheque 3: Vale vista u orden de pago en sucursal bancaria Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre.
7	Nº Cuenta Corriente, cuenta vista, ahorro	Este campo corresponde al número de cuenta del destinatario, que se utilizará cuando se trate de la modalidad de pago del tipo 1. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
8	Nº de Cheque, vale vista	Este campo corresponde al número del documento asignado cuando se trate de la modalidad de pago del tipo 2 y 3. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.

[337] La Circular IF 490, de 6.1.2025, elimina el campo (5) "Identificación persona Afiliada", por ende, el actual campo (6) "Saldo Excedentes Devolución", pasa a ser el campo (5) y así sucesivamente
[338] Párrafo agregado por la Circular IF 490, de 6.1.2025

9	Estado de Cobro	De acuerdo a la moda lidad de pago, se deberá Informar su estado de cobro por cada destinatario: 1: Transferencia o depósito realizado 2: Transferencia o depósito rechazado 3: Cheque o vale vista cobrado 4: Cheque o vale vista pendiente de cobro. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
10	Saldo Excedentes Aplicación TFU y < 2 años [339]	Corresponde al monto en pesos, del saldo final de la cuenta de excedentes sujeto a devolución, referido exclusivamente a la deuda generada por la aplicación de la Tabla de Factores Única y el no cobro de las cargas no natas y menores de 2 años (Ley N°21.674). Para expresar en pesos este valor fijado en Unidades de Fomento (UF), se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo</u>: • Campo de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero • Debe informarse siempre
11	Saldo Total Excedentes [340]	Corresponde al monto en pesos del saldo contable final de la cuenta de excedentes, sujeto a devolución. El monto informado en este campo corresponde al resultado de la siguiente ecuación: Campo (5) Saldo Excedentes Devolución + Campo (10) Saldo Excedentes Aplicación TFU y < 2 años <u>Validadores Técnicos del campo</u>: • Campo de tipo numérico • Saldo mayor que cero • Debe informarse siempre <u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> El valor de este campo debe ser igual a la suma de los valores de los campos N°5 (Saldo Excedentes Devolución) y N°10 (Saldo Excedentes aplicación TFU y < 2 años).

[339] Campo (10) incorporado por la Circular IF 490, de 6.1.2025
[340] Campo (11) incorporado por la Circular IF 490, de 6.1.2025

3) Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU [341]

Las isapres deberán generar y enviar mensualmente a la Superintendencia el siguiente archivo maestro, que contiene información relacionada con la deuda y restituciones de las cantidades percibidas en exceso por aplicación de la TFU, cuyas características, estructura y contenido se establecen a continuación.

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

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

1. Características Generales del Archivo Maestro

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	**Control de la deuda por aplicación de la Tabla de Factores Única**
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAAMM.EEE, donde: ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la isapre asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse **139**.
Características del Archivo	▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe (|) ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
Información contenida en el Archivo	En este archivo se debe registrar el movimiento mensual de la deuda y las restituciones derivadas de la aplicación

[341] Archivo incorporado por Circular IF/N°478 de 12 de agosto de 2024

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	de la TFU, individualizado por cotizante en el mes que se informa.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde a la información relacionada con la deuda y restituciones de las cantidades percibidas en exceso por aplicación de la Tabla de Factores Única.
Período de la información contenida en el Archivo	La información contenida en el archivo corresponde a los datos del mes que se está informando.
Tipo de Archivo	Mensual
Periodicidad del envío del Archivo	Mensual, hasta el último día hábil del mes siguiente al que se informa.

A. **Estructura del Archivo Maestro para el Control de la Deuda por TFU**

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico
2	Periodo de la Información	Numérico
3	RUN Cotizante	Alfanumérico
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	Alfanumérico
5	Sexo Cotizante	Alfabético
6	Edad Cotizante	Numérico
7	Fecha de Nacimiento Cotizante	Numérico
8	Tramo Etario (de acuerdo a Circular IF 472-2024)	Alfabético
9	Total cuotas según plan de pago	Numérico
10	Número de cuota o abono	Numérico
11	Número de cuotas pendientes	Numérico
12	Mes de Devengamiento	Numérico
13	Saldo Inicial del Mes	Numérico
14	Reajuste Semestral	Numérico
15	Abono Deuda Mes Actual	Numérico
16	Monto uso Mes Actual (Copago IMED)	Numérico

17	Monto uso Mes Actual (Pago Cotizaciones)	Numérico
18	Monto uso Mes Actual (Farmacia)	Numérico
19	Monto uso Mes Actual (Financiamiento Prestaciones de Salud)	Numérico
20	Monto Devolución Masiva Anual	Numérico
21	Monto deuda por modalidad de pago anticipado de la deuda o pronto pago	Numérico
22	Tipo convenio por pago anticipado de la deuda[342]	Numérico
23	Saldo Final mes actual	Numérico
24	Saldo insoluto de la deuda	Numérico
25	Vigencia Cotizante	Numérico
26 [343]	Otros Abonos	Numérico
27[344]	Monto de Descuento por Pago Anticipado (Pronto Pago)	Numérico
28[345]	Tasa de descuento por Pago Anticipado (pronto pago)	Numérico
29[346]	Monto uso Mes Actual (Compensación de Deuda)	Numérico
30[347]	Monto uso Mes Actual (Pago Directo)	Numérico

B. **Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro**

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

[342] Nombre del Campo modificado por la Circular IF N°506, de 13.8.2025
[343] Campo agregado por Circular IF/N°488 de 21 de noviembre 2024
[344] Campo agregado por Circular IF N°506, de 13.8.2025
[345] Campo agregado por Circular IF N°506, de 13.8.2025
[346] Campo agregado por Circular IF N°506, de 13.8.2025
[347] Campo agregado por Circular IF N°506, de 13.8.2025

		• No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUN Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI), del afiliado(a) (cotizante o titular del contrato) asociado al documento que se informa. En caso que el cotizante no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la Isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse separador de dígitos • Debe informarse siempre
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre.
5	Sexo Cotizante	Corresponde a la identificación del sexo del cotizante. Debe obtenerse de la sección B del FUN.

		Para efectos de informar a esta Superintendencia, se debe utilizar la siguiente codificación: F= Femenino M= Masculino <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Valores Posibles F, M • Debe informarse siempre.
6	Edad Cotizante	Corresponde a la edad del cotizante al último día del mes que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la Isapre deberá considerar edades entre 0 y 120 años para cada cotizante. <u>Validadores Técnicos del campo</u>: • Campo de tipo numérico, sin decimales • Debe informarse siempre • Valores posibles entre 0 y 120
7	Fecha de Nacimiento Cotizante	Corresponde a la fecha de nacimiento del cotizante. Debe obtenerse de la Sección B del FUN correspondiente. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA donde: DD= día, MM=mes y AAAA= año. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico, • No debe utilizarse separador de dígitos • Debe informarse siempre
8	Tramo Etario (de acuerdo a Circular IF 472-2024)	Corresponde al tramo etario definido en la Circular IF 472 del 27 de junio de 2024. Para efectos de informar a esta Superintendencia se debe utilizar la siguiente codificación: A= mayores de 80 años. B= entre 65 y 80 años. C= menores de 65 años. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo alfabético • Valores Posibles A, B y C

		• Debe informarse siempre.
9	Total cuotas según plan de pago	Corresponde a la cantidad de cuotas mensuales, determinadas según el plan de pago informado por la Isapre y aprobado por la Superintendencia. En caso que la modalidad de pago establecida sea “pago anticipado de la deuda o pronto pago”, la Isapre deberá informar en este campo valor 1 y el monto total a pagar por pago anticipado en el Campo 21 “Monto deuda por modalidad de pago anticipado de la deuda o pronto pago” y en el Campo 22 “Tipo convenio por modalidad de pago anticipado de la deuda o pronto pago”, informar el tipo de convenio de pago. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valores posibles entre 1 y 156 • Debe informarse siempre. <u>Validadores con otros campos</u> • Si el valor informado en el campo N°8, es igual a “A”, el valor informado en este campo no puede ser mayor a 24. • Si el valor informado en el campo N°8, es igual a “B”, el valor informado en este campo no puede ser mayor a 60. • Si el valor informado en el campo N°8, es igual a “C”, el valor informado en este campo no puede ser mayor a 156.
10[348]	Número de cuota o abono	Corresponde al número de cuota del mes que se informa, de acuerdo a la cantidad de cuotas determinadas para cada afiliado, según el plan de pago y ajustes informado por la Isapre y aprobado por la Superintendencia Cuando se informa el mes de reconocimiento de la deuda, deberá indicar valor de cuota cero (0), en este campo.

[348] Definición del Campo modificada por Circular IFN° 506, de 13.8.2025

		Si la Isapre realiza un pre pago o un pago anticipado (pronto pago), deberá informar el número total de cuotas que está abonando. En los meses posteriores a las cuotas adelantadas, deberá informar cero (0) hasta el abono de la próxima cuota. Por lo tanto, si el valor informado en este campo es cero (0), el valor a informar en el campo 15 (Abono Deuda Mes Actual), deberá ser cero (0). Al inicio de cada cambio en el tramo etario, deberá partir de la cuota 1. Dado que en cada cambio de tramo etario cambia el número y el valor de la cuota. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles entre 0 y 156. • Debe informarse siempre.
11[349]	Número de cuotas pendientes	Corresponde al número de cuotas pendientes de pago, al mes que se informa, de acuerdo con la cantidad de cuotas determinadas para cada afiliado, según el plan de pago y ajustes informado por la Isapre y aprobado por la Superintendencia. En caso de pronto pago o anticipos, deberá restar el total de las cuotas informadas en el campo 10, manteniendo el número de cuotas totales faltantes, hasta el abono de la próxima cuota. <u>Validador con otros campos:</u> El valor de la suma de los campos N°10 y N°11, no puede ser mayor al valor registrado en el campo N°9. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles entre 0 y 156. Debe informarse siempre.

[349] Definición del Campo modificada por Circular IFN° 506, de 13.8.2025

12	Mes de Devengamiento	Corresponde al mes y año en que la aseguradora devengó el excedente en la cuenta corriente del cotizante. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA = año y MM = mes. Validadores Técnicos: • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse separador de dígitos. • Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: El valor de este campo, no podrá ser menor al valor del campo 2, Periodo de Información
13	Saldo Inicial del Mes	Corresponde al monto en pesos del saldo acumulado del mes anterior al que se informa, referido exclusivamente a la deuda por Tabla de Factores de la Ley N°21.674. El monto informado en este campo, deberá ser igual al monto informado en el campo 23, “Saldo Final mes actual” del archivo del mes anterior al que se informa, exceptuando el primer mes de información. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
14	Reajuste Semestral	Corresponde al monto en pesos que resulta de la aplicación al saldo devengado, de la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.) en el semestre que corresponda desde el primer devengamiento de los montos a restituir. Cuando la variación aplicada corresponda a un valor negativo, el monto deberá informarse antecedido por un signo menos. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.

15[350]	Abono Deuda Mes Actual	Corresponde al monto en pesos de los excedentes abonados a la deuda por concepto de obligaciones por tabla de factores según la Ley N°21.674, tales como el abono de la cuota del mes, de la deuda establecida en el PPA aprobado por esta Superintendencia y otros montos TFU distintos al abono de la cuota, como pronto pago (pago total), prepagos (pago parcial), realizados en el mes, asociados directamente a la TFU. Para el cálculo del monto en pesos, se deberá utilizar el valor de la Unidad de Fomento (U.F.) del último día del mes anterior al que se devenga la cuota. Si al cálculo, el valor resultante queda en decimales, deberá redondear el monto al entero más cercano Por ejemplo: 1,45 = 2 1,44 = 1 <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. Debe ser mayor o igual que cero.
16	Monto uso Mes Actual (Copago IMED)	Corresponde al monto en pesos de excedentes, utilizado por el cotizante para copagar prestaciones de salud, a través de IMED, en el mes que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
17	Monto uso Mes Actual (Pago de Cotizaciones)	Corresponde al monto en pesos de excedentes, utilizado por el cotizante, para pagar Cotizaciones de Salud, Cotizaciones Adicionales voluntarias, Pago de Cotizaciones por Cesantía, pago de Cuota por Préstamo de Salud,

[350] Definición del Campo modificada por Circular IFN° 506, de 13.8.2025

		financiamiento plan de salud (en proceso de pensionarse), en el mes que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
18	Monto uso Mes Actual (Farmacia)	Corresponde al monto en pesos de excedentes, utilizado por el cotizante, como medio de pago en Farmacias, en el mes que se informa. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
19	Monto uso Mes Actual (Financiamiento Prestaciones de Salud)	Corresponde al monto en pesos de excedentes, utilizado para financiar prestaciones no cubiertas por el contrato de salud y/o copagos (distintos de IMED) y/o reembolsos, en el mes que se informa. [351] <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
20	Monto Devolución Masiva Anual	Corresponde al monto en pesos de excedentes, que se pagó al cotizante que se informa, por los saldos acumulados al 31 de diciembre, en la devolución masiva de excedentes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
21	Monto deuda por modalidad de pago anticipado de la deuda o pronto pago	Corresponde al monto en pesos, pagada al cotizante en la modalidad de pago establecida

[351] Modificado por Circular IF/N°488 de 21 de noviembre 2024

		como, “pago anticipado de la deuda o pronto pago”, del cotizante que se está informando. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
22[352]	Tipo convenio por modalidad de pago anticipado de la deuda o pronto pago	Corresponde al tipo de Convenio de pago, establecido con el cotizante. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 0= No aplica (Sin pago) 1= Pago Anticipado (Pronto Pago) 2= Prepago <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 0, 1, 2. • Debe informarse siempre.
23[353]	Saldo Final mes actual [354]	Corresponde al monto en pesos del saldo final de la cuenta del mes que se informa, referido exclusivamente a la deuda por Tabla de Factores de la Ley N°21.674. El monto informado en este campo corresponde al resultado de la siguiente ecuación Campo 23 = (Campo 13 + Campo 14 + Campo 15 + Campo 26 - Campo 16 - Campo 17 - Campo 18 - Campo 19 - Campo 20 - Campo 21 - Campo 27 - Campo 29 – Campo 30). <u>Validadores Técnicos del campo</u>: • Campo de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero

[352] Definición del Campo modificada por Circular IFN° 506, de 13.8.2025
[353] Definición del Campo modificada por Circular IFN° 506, de 13.8.2025
[354] Modificado por Circular IF/N°488 de 21 de noviembre 2024

		• Debe informarse siempre.
24	Saldo insoluto de la deuda	Corresponde al monto en pesos de la deuda aprobada en el Plan de pago. Para el primer mes que se reporta deberá informar el monto en pesos del total de la deuda. Para los meses consecutivos, será el Saldo insoluto de la deuda informado en el mes anterior menos el "Abono Deuda Mes Actual" (campo 15). Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Saldo mayor o igual que cero. • Debe informarse siempre.
25	Vigencia Cotizante	En este campo se debe informar si el titular de la cuenta corriente se encuentra o no vigente en el mes que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1: Vigente. 2: No Vigente. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 1 y 2 • Debe informarse siempre.
26 [355]	Otros Abonos	Corresponde al monto en pesos, de los abonos realizados por los reintegros derivados de usos anulados, (Anulaciones en Farmacia, Prestaciones Anuladas, entre otros) o reintegros por devolución anual fallida, ocurridos en el mes que se informa. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre Debe ser mayor o igual que cero.

[355] Campo agregado por Circular IF/N°488 de 21 de noviembre de 2024

27[356]	Monto de Descuento por Pago Anticipado (Pronto Pago)	Corresponde al monto en pesos, del descuento que realiza la Isapre, por el pago anticipado de la deuda -ya sea total o parcial- (=saldo inicial + abono deuda mes actual), bajo la modalidad de pronto pago. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Debe ser mayor o igual que cero. <u>Validadores con otros Campos:</u> • Si el valor informado en el campo 22 es igual a uno "1" (Pago Anticipado (Pronto Pago)), el valor en este campo puede ser mayor o igual a cero "0" Si el valor informado en el campo 22 es igual a cero "0" (No aplica (Sin pago)) o dos "2" (Prepago) , el valor en este campo debe ser igual a cero "0".
28	Tasa de descuento por Pago Anticipado (pronto pago)	Corresponde al porcentaje, utilizado para definir el monto de descuento, informado en el campo 27, por el pago total o parcial de la deuda, bajo la modalidad de pago anticipado (Pronto pago). Se debe aproximar al decimal más cercano de acuerdo al siguiente ejemplo: Si el tercer decimal es 5 o mayor, se redondea hacia arriba sumando 1 al segundo decimal. Si el tercer decimal es inferior a 5, para obtener el valor aproximado a dos decimales, se conserva el segundo decimal. Por ejemplo: 1,445 = 1,45 1,444 = 1,44 <u>Validadores Técnicos del campo:</u> • Campo de tipo numérico decimal.

[356] La Circular IF N°506, de 13.8.2025, agrega los campos 27, 28, 29 y 30, junto con sus definiciones

		• Debe informarse sólo cuando el campo 27 sea mayor a cero "0" Debe informar este valor, siempre con dos decimales con separación por punto.
29	Monto uso Mes Actual (Compensación de Deuda)	Corresponde al monto en pesos de excedentes, utilizado por el cotizante para pagar deuda por concepto de cotizaciones, préstamos médicos, prestaciones afectas a la Ley de Urgencia impagas, entre otras. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. Debe ser mayor o igual que cero.
30	Monto uso Mes Actual (Pago Directo)	Corresponde al monto en pesos de excedentes, que se pagó al cotizante de forma directa a través de transferencia bancaria, cheque o vale vista, distinto del monto informado en el Campo 20 con ocasión la Devolución Masiva Anual y Campo 21 (Monto deuda por modalidad de pago anticipado de la deuda o pronto pago). Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.

Título XX: Cotizaciones de Salud[357]

Este Archivo contiene las cotizaciones pagadas y adeudadas -cotizaciones declaradas y no pagadas y cotizaciones no declaradas ni pagadas- por cotizante.

[357] Título reemplazado por la Circular IF/N°159, de 12 de octubre de 2011.

1. Características Generales del Archivo Maestro[358].

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Archivo de Cotizaciones de Salud.
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 066
Características del Archivo	▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por cada entidad pagadora ▪ 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	Este archivo contendrá las cotizaciones correspondientes al mes de recaudación que se informa por concepto de: -Declaración y Pago (DP) -Declaración y No Pago (DNP) y -No Declaración y No Pago (NDNP) Se deberá incluir el pago de cotizaciones mal enteradas o situaciones especiales como cotizaciones correspondientes a beneficiarios de contratos (beneficiario cotizante), ej: pensiones de sobrevivencia, pensiones de vejez, etc. No se deberán informar las deudas generadas por el pago parcial de la cotización pactada. Deberán informarse tantos registros como pagos, DNP o NDNP existan.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro corresponderá a las cotizaciones de salud declaradas y pagadas (DP), declaradas y no pagadas (DNP) además, de las no declaradas ni pagadas (NDNP) por cada persona cotizante y empleador, correspondientes al mes que se informa.

[358] Modificado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Período de la información contenida en el Archivo	Corresponde al año y mes del último proceso de recaudación que se informa.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá las cotizaciones correspondientes al mes de recaudación que se informa por concepto de: -Declaración y Pago (DP) -Declaración y No Pago (DNP) y -No Declaración y no Pago (NDNP).
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, a más tardar el día 18 del mes siguiente al que se informa[359].
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá incluir todas las operaciones efectuadas por la isapre hasta el último día del mes informado.

2. Estructura del Archivo Maestro.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Periodo de Información	Numérico
02	Código Aseguradora	Numérico
03	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la persona Cotizante	Alfanumérico
05	Tipo de pago	Numérico
06	Número planilla cotización	Alfanumérico
07	Tipo de ente o entidad encargada del pago	Numérico
08	RUT del empleador	Numérico
09	DV del RUT del empleador	Alfanumérico
10	Nombre o Razón Social del ente pagador	Alfanumérico
11	Comuna del ente pagador	Alfanumérico
12	Ciudad del ente pagador	Alfanumérico
13	Región del ente pagador	Alfanumérico
14	Remuneración imponible	Numérico

[359] Descripción modificada por la Circular IF/Nº398, de 29 de noviembre de 2021.

15	Remuneración imponible corregida	Numérico
16	Cotización legal obligatoria	Numérico
17	Cotización legal obligatoria corregida	Numérico
18	Cotización adicional voluntaria	Numérico
19	Cotización adicional voluntaria corregida	Numérico
20	Cotización pactada	Numérico
21	Cotización total	Numérico
22	Cotización total corregida	Numérico
23	Tipo planilla	Numérico
24	Período de remuneración	Numérico
25	Fecha de pago	Numérico
26	Período Desde (aplicable para tipo pago 4 “gratificaciones” y 5 “Otros”)	Numérico
27	Período Hasta (aplicable para tipo pago 4 “gratificaciones” y 5 “Otros”)	Numérico
28	RUT de la entidad pagadora subsidio	Numérico
29	DV del RUT de la entidad pagadora subsidio	Alfanumérico
30	Modalidad de Pago de Cotizaciones	Alfabético

3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Periodo de Información	Corresponde al mes y año al que se informa. Este período coincidirá con el mes y año del último proceso de recaudación que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
02	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.
03	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. En el caso de cotizaciones mal enteradas o beneficiarios cotizantes, debe informarse el RUN consignado en la planilla de cotizaciones. Cuando se trate de cotizaciones no declaradas ni pagadas, deberá informarse el afiliado que se encuentre formalizado a través del o los FUN vigentes en el periodo que corresponda. Validadores Técnicos del campo: Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Debe informarse siempre.
04	DV del RUN 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. En el caso de cotizaciones mal enteradas o beneficiarios cotizantes, debe informarse el dígito verificador consignado en la planilla de cotizaciones. Cuando se trate de cotizaciones no declaradas ni pagadas, deberá informarse el afiliado que se encuentre formalizado a través del o los FUN vigentes en el periodo que corresponda. Validadores Técnicos del campo: Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. y K, ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia con otros campos: ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en este campo con el valor registrado en el campo (03) RUN de la persona Cotizante por medio de la rutina Módulo11.
05	Tipo de pago	Corresponde al tipo de pago informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica según la categorización que se presenta. 0= No declarada ni pagada 1= Declaración y pago 2= Declaración y no pago 3= Pago Declaración anterior 4= Gratificaciones 5= Otras (pagos por subsidios, traspasos de cotizaciones, etc.)

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Cuando en el mes que corresponde el pago de cotizaciones, esta última no fue declarada ni pagada, en este campo deberá informarse cero (0). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
06	Número Planilla de Cotización	Corresponde al folio asignado a la planilla o recaudación electrónica correspondiente. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o recaudación electrónica, o bien la planilla no registre dicho dato, en este campo debe informarse vacío, empleando el valor (0-X). Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos.
07	Tipo de ente o entidad encargada del pago	Corresponde al tipo de entidad que paga las cotizaciones de salud de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica, según el siguiente detalle: 1= Empleador 2= Entidad Encargada del pago de la pensión 3= Trabajador Independiente 4= Voluntario Deberá informarse tantos registros como pagos de los empleadores y/o entidades pagadoras existan. Para las cotizaciones no declaradas y no pagadas se deberá informar el encargado del pago de la cotización que se encuentre formalizado a través del o los FUN vigentes en el periodo que corresponda. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Debe informarse siempre.
08	RUT del Empleador	Corresponde al 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 registrar el RUN de la persona cotizante. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o recaudación electrónica (NDNP), este campo debe informarse con los datos contenidos en el último FUN vigente. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.
09	DV del RUT del Empleador	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 registrar el dígito verificador asociado al RUN de la persona cotizante. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o recaudación electrónica (NDNP), este campo debe informarse con los datos contenidos en el último FUN vigente. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre. Validadores Consistencia:

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Cuando corresponda se validará la consistencia del valor registrado en este campo con lo informado en el campo (08) RUN del Empleador por medio de la rutina Módulo 11.
10	Nombre o Razón Social del ente pagador	Corresponde al nombre o razón social del ente pagador que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o bien no se cuente con este dato, se debe informar el nombre o razón social del o los empleadores que se encuentren formalizados en el último FUN vigente. En el caso de los afiliados independientes y voluntarios debe informarse blanco. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
11	Comuna del ente pagador	Corresponde al nombre de la comuna del ente pagador que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o bien no se cuente con este dato, se debe informar el nombre de la comuna correspondiente al último FUN vigente. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
12	Ciudad del ente pagador	Corresponde al nombre de la ciudad del ente pagador que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o bien no se cuente con este dato, se debe informar el nombre de la ciudad correspondiente al último FUN vigente. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
13	Región del ente pagador	Corresponde al nombre de la región del ente pagador que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o bien no se

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		cuente con este dato, se debe informar el nombre de la región correspondiente al último FUN vigente. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
14	Remuneración Imponible	Indica el monto en pesos de la remuneración, pensión o renta declarada según sea el caso, en el período que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre puede ser igual a cero en el caso de: -Cotizantes independientes o voluntarios -Casos de no declaración y no pago -Cuando la planilla no registre el dato.
15	Remuneración imponible corregida	Corresponde al monto en pesos de la remuneración, pensión o renta imponible según sea el caso, para el período que se informa y de acuerdo a la información corregida con que cuente la isapre en sus bases de datos, según los reprocesos internos por planillas de cotización que difieran de lo informado para el mismo período en el campo 14. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Cuando no exista corrección de planillas debe informarse 0. ▪ Debe informarse siempre.
16	Cotización legal obligatoria	Corresponde al monto en pesos de la cotización legal obligatoria que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre puede ser igual a cero en el caso de: -Cotizantes voluntarios. -Casos de no declaración y no pago. -Cuando la planilla no registre el dato.
17	Cotización legal obligatoria corregida	Corresponde al monto en pesos de la cotización legal obligatoria para el período que se informa y de acuerdo a la información corregida con que cuente la isapre en sus bases de datos, según los reprocesos internos por planillas de cotización que difieran de lo informado para el mismo período en el campo 16. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Cuando no exista corrección de planillas debe informarse 0. ▪ Debe informarse siempre.
18	Cotización adicional voluntaria	Corresponde al monto en pesos por concepto de cotización adicional voluntaria que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre puede ser igual a 0 (cero) en el caso que: -No se pacte cotización adicional Voluntaria. -Casos de no declaración y no pago. -Cuando la planilla no registre el dato.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
19	Cotización adicional voluntaria corregida	Corresponde al monto en pesos por concepto de cotización adicional voluntaria para el período que se informa y de acuerdo a la información corregida con que cuente la isapre en sus bases de datos, según los reprocesos internos por planillas de cotización que difieran de lo informado para el mismo período en el campo 18. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Cuando no exista corrección de planillas debe informarse 0. ▪ Debe informarse siempre.
20	Cotización pactada	Corresponde al monto en pesos que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre puede ser igual a 0 (cero) en el caso que: -La planilla no registre el dato. -Casos de no declaración y no pago.
21	Cotización total	Corresponde al monto total en pesos pagado, que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica, de acuerdo a cada persona afiliada, por entidad empleadora o encargada de la pensión, o bien, afiliado/a independiente o voluntario. En caso de cotizaciones declaradas y no pagadas corresponde informar el monto en pesos declarado en las planillas de cotización. Cuando se trate de cotizaciones adeudadas no declaradas ni pagadas, deberá informarse la cotización total que se encuentre registrada en las bases de datos de la isapre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
22	Cotización total corregida	Corresponde al monto total en pesos pagado o declarado y no pagado, para el período que se informa de acuerdo a la información corregida con que cuente la isapre en sus bases de datos, según los reprocesos internos por planillas de cotización que difieran de lo informado para el mismo período en el campo 21. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Cuando no exista corrección de planillas debe informarse 0. ▪ Debe informarse siempre.
23	Tipo planilla	Corresponde al tipo de pago que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica según el siguiente detalle: 0 = No declaración y no pago 1 = Normal 2 = Atrasado 3 = Adelantado Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Cero en el caso de no declaración y no pago. ▪ Debe informarse siempre.
24	Período de remuneración[360]	Corresponde al mes y año en que se devengó la cotización, esto es el mes de la remuneración sobre la que se calculó y descontó

[360] Validadores técnicos del campo modificados por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		la cotización de salud de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
25	Fecha de pago	Corresponde al día, mes y año en que se recaudó la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=día, MM=mes y AAAA=año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ 01011800 para cotizaciones no declaradas ni pagadas.
26	Período Desde (aplicable para tipo de pago 4 “Gratificaciones” y 5 “Otras”)	Corresponde al mes y año de inicio en que se distribuyen las cotizaciones de salud percibidas por gratificaciones y otros conceptos de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Los restantes tipos de pago deben consignar 0.
27	Período Hasta (aplicable para tipo de pago 4	Corresponde al mes y año de término en que se distribuyen las cotizaciones de salud percibidas por gratificaciones y otros conceptos de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
	"Gratificaciones" y 5 "Otras")	Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Los restantes tipos de pago deben consignar 0.
28	RUT de la entidad pagadora subsidio	Corresponde al Rol Único Tributario de la entidad encargada de pagar los subsidios por incapacidad laboral, como Isapres, Mutuales, ISP, etc. cuando el trabajador se encuentre con subsidio por incapacidad laboral en función a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Cuando no corresponda informar pago de subsidios se deberá informar valor 0. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles.
29	DV del RUT de la entidad pagadora subsidio	Corresponde al digito verificador del Rol Único Tributario de la entidad encargada de pagar los subsidios por incapacidad laboral y debe informarse cuando el trabajador se encuentre con subsidio por incapacidad laboral de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Cuando no corresponda informar pago de subsidios se deberá informar valor 0. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles.
30	Modalidad de Pago de Cotizaciones	Corresponde a la identificación de la forma en que se efectuó el pago o declaración de la cotización, esto es, manual o electrónicamente de acuerdo a los siguientes valores: M=Manual E=Electrónica (ej. Previred)

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		En caso que el registro se refiera a una cotización no declarada y no pagada se deberá informar valor X. Validadores Técnicos del campo: - Campo de tipo alfabético. - Valores Posibles: M, E o X.

Título XXI Ley Ricarte Soto [361]

A)[362] Sobre la obligación de informar del Fonasa

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley N° 20.850, de junio de 2015 y en concordancia con lo establecido en el N°9 del artículo 115 del DFL N°1, de 2005 de Salud, el Fondo Nacional de Salud deberá informar periódicamente a la Superintendencia de Salud, respecto de las prestaciones otorgadas que formen parte del Sistema de Protección Financiera de Alto Costo y que hayan sido requeridas en este carácter.

Por otra parte, el artículo 27 de la citada ley y el Decreto N°89, del 30 de enero de 2016, establecieron la obligación del Fondo Nacional de Salud de implementar un sistema de información que permita el seguimiento, monitoreo y control del otorgamiento de las prestaciones contempladas en el Sistema de Protección Financiera sobre el que trata la ley, así como del gasto ejecutado para cada una de ellas. Asimismo, el sistema debe contener un registro de los productos sanitarios incluidos en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, los respectivos proveedores, precios de compra y duración de los contratos celebrados con la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. De acuerdo a la referida ley esta Superintendencia tendrá acceso al sistema de información y a la información correspondiente a la salud de los pacientes.

En virtud de lo anterior, una vez que el Sistema Informático que establece la ley esté plenamente operativo, situación que deberá ser informada a esta Superintendencia, el Fonasa deberá otorgar clave de acceso a esta Superintendencia, mediante la asignación de un perfil de usuario que permita la visualización de la información, en forma individual y agregada, en caso que proceda. Lo anterior, según los estándares técnicos y de seguridad, así como las políticas de acceso, uso y mantención que el Fonasa haya establecido para dicho sistema.

Por otra parte, el Fondo Nacional de Salud deberá enviar a esta Intendencia mensualmente, a más tardar el día 25 del mes siguiente al que se refiere la información, el archivo denominado “Trazabilidad del Paciente Ley Ricarte Soto”, envío que deberá realizarse a través de la red privada denominada Extranet SIS, que permite la remisión de archivos computacionales mediante un protocolo seguro de transferencia, de acuerdo a las siguientes especificaciones técnicas:

Anexo: Archivo Trazabilidad del paciente Ley Ricarte Soto

Este archivo deberá ingresarse usando la plataforma de la Extranet de la Superintendencia de Salud. Para ello el administrador funcional del Fonasa deberá asignar a un responsable del envío, quien deberá remitirlo con la periodicidad que se indica.

---

[361] Este Título fue agregado por la Circular IF/N°302, del 20.12.17
[362] Letra A antepuesta por Circular IF N° 428, de 21.4.23

1. Características Generales del Archivo

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	**Trazabilidad del paciente Ley Ricarte Soto**
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato, sCCCAAAAMM**078** 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 • **078**: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse
Características del Archivo	Archivo en formato de texto: (MS-DOS)*txt. Los datos deben almacenarse con caracteres con comas o tabulaciones para separar los campos. Los datos no deben contener acentos ni letras “ñ”.
Información contenida en el Archivo	Este archivo contiene la información que permita la trazabilidad del paciente, fármaco y prestador de cada caso relacionado con la Ley Ricarte Soto. La primera línea debe identificar los datos de encabezado del archivo.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro contiene la información de cada uno de los pacientes que han hecho uso de las prestaciones que asegura el Sistema de Protección Financiera para diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.
Periodicidad de envío del Archivo	Debe remitirse en forma mensual, a más tardar el día 25 del mes siguiente al que se refiere la información, o el día hábil siguiente.

2. Estructura del Archivo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	ETIQUETA	TIPO
01		Período de Información	Numérico
02		Código Aseguradora	Numérico
03	rut	RUT de a persona beneficiaria	Numérico
04	fecha-nac	Fecha de nacimiento beneficiario	Numérico (DDMMAAAA)
05	sexo	Indicar sexo de la persona beneficiaria: Sexo	Texto /categoría
		Hombre (1)	
		Mujer (2)	

06	previsión	Tipo de afiliación previsional del beneficiario	Texto /categoría
		Fonasa(1)	
		Isapre (2)	
		FFAA(3)	
07	grupo_fonasa	En caso de que el beneficiario sea Fonasa, indicar el grupo de afiliación:	Texto /categoría
		A(1)	
		B(2)	
		C(3)	
		D(4)	
		sin grupo (5)	
08	tipo_ben	Indicar condición de afiliación al sistema previsional de salud	Texto /categoría
		Carga (1)	
		Titular (2)	
09	rut_titular	Rut del Titular o cotizante asociado al beneficiario	Numérico
10	n_cargas	Número de cargas asociadas al titular del beneficiario	Numérico
11	Val_cot	Valor cotización mensual efectuada por el titular en el respectivo sistema previsional de salud	Numérico

12	Patología [363]	Informar nombre y número o categoría asignada por el Decreto Supremo vigente, que contiene los diagnósticos y tratamientos de alto Texto /categoría costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera N° 20.850	Texto /categoría
13		Peso inicial (kilos) cuando corresponda	Numérico
14		Peso de Seguimiento (kilos) cuando corresponda	Numérico
15		Edad gestacional (prematuro)	Numérico
16		Estado del caso LRS	Texto/categoría
17		Estado (número)	Texto/categoría
18		Fecha de solicitud	Numérico
19		Fecha confirmación/descarte	Numérico
20		Fecha cierre del caso (caso cerrado)	Numérico
21		Causa término (texto)	Texto/categoría
22		Causa término (Categoría) Tratamiento finalizado (1); Falleció (2); Rechaza Tratamiento (3); Reacciones Adversas al Medicamento (4);Contraindicación Clínica (5)	Texto/categoría
23		Examen Confirmación diagnóstica (texto)	Texto/categoría

[363] Definición modificada por la Circular IF 340, 09.10.2019

24		Examen Confirmación diagnóstica (Categoría) Si (1) No (2)	Texto/categoría
25		Región[364] del paciente (texto)	Texto/categoría
26		Región del paciente (Categoría)	Texto/categoría
27		Región de tratamiento del paciente (Texto)	Texto/categoría
28		Región de tratamiento del paciente (categoría)	Texto/categoría
29		Establecimiento diagnóstico	Texto
30		Establecimiento tratamiento	Texto
31		Servicio de salud	Texto
32		Rut médico tratante	Numérico
33		Especialidad médico tratante	Texto
34		Principio Activo	Texto
35		Medicamento clínico	Texto
36		Cantidad (actual)	Numérico
37		Dosis (actual)	Numérico
38		Tipo Duración (Actual)	Texto

B) Sobre la obligación de informar de la CENABAST[365]

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley Nº 20.850, que "Crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos", la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud deberá informar a la Superintendencia de Salud, los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte de dicho Sistema y que hayan sido requeridas en este carácter.

La información antes señalada deberá ser remitida en forma mensual a esta Superintendencia, dentro de los diez primeros días de cada mes, conteniendo la información que corresponda al mes inmediatamente anterior, a través de la Plataforma de Transferencias Cloud, que permitirá el envío de archivos computacionales mediante un protocolo seguro de transferencia, de acuerdo a las especificaciones técnicas indicadas en el Anexo que forma parte de estas instrucciones. En el inicio del proceso, CENABAST deberá indicar al menos una casilla de correo electrónico, a la cual la

[364] Las regiones deben informarse de acuerdo a los códigos dispuestos y vigentes por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
[365] Letra B) y su contenido, incorporados por Circular IF N° 428, de 21.4.23

Superintendencia de Salud remitirá link de acceso a su plataforma de transferencia de archivos con las respectivas credenciales de acceso.

Con todo, CENABAST deberá designar un profesional técnico dependiente de dicho Servicio, que permita la correcta y permanente coordinación con la Superintendencia de Salud para el cumplimiento de la norma legal citada. Tanto los reemplazos temporales como los permanentes de dicho profesional, deberán informarse a esta Superintendencia a más tardar el siguiente día hábil de producidos.

Anexo: Prestaciones Ley Ricarte Soto

Este archivo deberá cargarse en la Plataforma de Transferencias Cloud de la Superintendencia de Salud. Para ello el administrador funcional de la CENABAST deberá asignar a un responsable del envío, quien deberá remitirlo con la periodicidad que se indica.

1. Características Generales del Archivo

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	**Prestaciones Ley Ricarte Soto**
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato, CENABASTMMAAAA donde: • MM: mes que se informa • AAAA: año que se informa
Características del Archivo	Archivo en formato *.csv. Los datos deben almacenarse con caracteres con comas o tabulaciones para separar los campos. Los datos no deben contener acentos ni letras “ñ”.
Información contenida en el Archivo	Este archivo contiene la información que permita hacer un seguimiento a los precios unitarios, frecuencias y prestaciones otorgadas que formen parte del Sistema de protección Financiera de Alto Costo (Ley Ricarte Soto).
Periodicidad de envío del Archivo	Debe remitirse en forma mensual, a más tardar el día 10 del mes siguiente al que se refiere la información, o el día hábil siguiente.

2. Estructura del Archivo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	Descripción	TIPO
01	Precio Unitario	Precio establecido por CENABAST por cada unidad.	Numérico
02	Frecuencia	Cantidad de unidades entregadas por CENABAST durante el periodo informado.	Numérico
03	Producto Genérico	Nombre del producto genérico.	Alfanumérico

Título XXII: Archivo Maestro de Cotizaciones Mal Enteradas[366]

Con el propósito de obtener información periódica respecto del traspaso mensual de las cotizaciones mal enteradas, se requiere a las Isapres y al FONASA enviar dicha información, en los términos definidos en el Anexo denominado **ARCHIVO MAESTRO TRASPASO MENSUAL DE COTIZACIONES DE SALUD MAL ENTERADAS,** de este Título.

Periodicidad y plazo de envío

La transferencia de este archivo, se realizará a través de la red privada denominada Extranet SIS.

Los archivos deberán ser remitidos a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, a más tardar, el último día hábil del mes siguiente al que se realizó el traspaso de cotizaciones mal enteradas que se informa.

Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

[366] Título incorporado por Circular IF/N° 376, de 2020.

Anexo: Archivo Maestro Traspaso Mensual de Cotizaciones de Salud Mal Enteradas

Este archivo contiene la información de las cotizaciones de salud mal enteradas que son traspasadas mensualmente por las isapres y por el FONASA a las instituciones de salud de destino.

1. Características generales del Archivo Maestro

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Traspaso Mensual de Cotizaciones de Salud Mal Enteradas
Nombre Computacional del Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAAMM.EEE, donde: □ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” □ CCC: código de la institución de salud 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 106
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 montos traspasados mensualmente a las instituciones de salud de destino por concepto de cotizaciones mal enteradas.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al detalle por cotizante de las cotizaciones de salud mal enteradas que fueron traspasadas a la institución de salud de destino en el mes que se informa.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, al último día hábil del mes siguiente a cada proceso de traspaso.

2. Estructura del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Institución de Salud	Numérico
02	Fecha de la Información	Numérico
03	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	Alfanumérico
05	Número de la Planilla de Cotización	Numérico
06	RUT Entidad encargada del pago de la cotización	Numérico
07	DV del RUT Entidad encargada del pago de la cotización	Alfanumérico
08	Nombre o Razón Social de la Entidad encargada del pago de la cotización	Alfanumérico
09	Remuneración Imponible	Numérico
10	Cotización Legal Obligatoria	Numérico
11	Cotización Adicional Voluntaria	Numérico
12	Cotización Mal Enterada traspasada	Numérico
13	Mes de la Remuneración	Numérico
14	RUT Institución de Salud de Destino	Numérico
15	DV del RUT Institución de Salud de Destino	Alfanumérico
16	Código Institución de Salud de Destino	Numérico
17	Fecha de la Devolución	Numérico

3. Definiciones.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Institución de Salud	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la institución de salud que envía el archivo. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la institución de salud.
02	Fecha de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM= mes y AAAA= año. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos ▪ Debe informarse siempre.
03	RUN de la Persona Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante (titular o carga) que es informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. 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).
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	Corresponde al dígito verificador del RUN de la persona cotizante (titular o carga) que es informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K ▪ Debe informarse siempre.
05	Número Planilla de Cotización	Corresponde al número de serie de la planilla de pago de cotizaciones o recaudación electrónica.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Cuando se trate de la recaudación enterada por la Tesorería General de la República por concepto de retenciones de cotizantes independientes se debe informar 0 (cero).
06	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 cotizantes independientes y voluntarios, se debe repetir el RUN de la persona cotizante. 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).
07	DV del RUT Entidad encargada del pago de la cotización	Corresponde al digito verificador del 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 cotizantes independientes y voluntarios, se debe repetir el DV del RUN de la persona cotizante. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre.
08	Nombre o Razón Social Entidad encargada del pago de la cotización	Corresponde al nombre o razón social de la Entidad o persona encargada del pago de la cotización que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre.
09	Remuneración Imponible	Indica el monto en pesos de la remuneración, pensión o renta del período que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse el

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		campo de la planilla o recaudación electrónica correspondiente. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre salvo cuando se trate de la recaudación enterada por la Tesorería General de la República por concepto de retenciones de cotizantes independientes en cuyo caso debe informar 0. ▪ En caso de la remuneración imponible para los afiliados voluntarios, se debe informar el valor cero.
10	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 o recaudación electrónica correspondiente. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre salvo cuando se trate de la recaudación enterada por la Tesorería General de la República por concepto de retenciones de cotizantes independientes en cuyo caso debe informar 0. ▪ En caso de la cotización legal obligatoria para los afiliados voluntarios, se debe informar el valor cero.
11	Cotización Adicional Voluntaria	Corresponde al monto en pesos de la 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. Validadores Técnicos del campo: • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre salvo cuando se trate de la recaudación enterada por la Tesorería General de la República por concepto de retenciones de cotizantes independientes en cuyo caso debe informar 0.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ En caso de la cotización adicional voluntaria para los afiliados voluntarios, se debe informar el valor cero.
12	Cotización Mal Enterada traspasada	Corresponde al monto total en pesos que fue traspasado a la institución de salud de destino. Estos montos deben incluir los reajustes efectuados por la Tesorería General de la República, en el caso de las cotizaciones de salud de los trabajadores independientes cuyos pagos fueron realizados con cargo a las sumas retenidas por el Servicio de Impuestos Internos. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.
13	Mes de la 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. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse al campo de la planilla correspondiente. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes. **Validadores Técnicos del campo:** ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ En caso del mes de la remuneración para los afiliados voluntarios, se debe informar el valor cero.
14	RUT Institución de Salud de Destino	Corresponde al Rol Único Tributario de la Institución de salud a la que se efectúa el traspaso de cotizaciones mal enteradas. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
15	DV del RUT Institución de Salud de Destino	Corresponde al digito verificador de Rol Único Tributario de la Institución de Salud de Destino. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre.
16	Código Institución de Salud Destino	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la institución de salud de destino. Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la institución de salud.
17	Fecha de la Devolución	Corresponde a la fecha en que se materializó el traspaso a la entidad de destino. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAA, donde: DD= Día MM= Mes. AAAA= Año Validadores Técnicos del campo: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos ni comas. ▪ Debe informarse siempre.

Título XXIII: Archivo Maestro de Beneficios Adicionales [367]

Archivo Maestro de Beneficios Adicionales

Las isapres deberán informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales acerca de los Beneficios Adicionales contratados por sus beneficiarios, mediante la generación de los siguientes archivos, cuyas características, estructura y contenido se presentan a continuación.

A) Archivo Maestro de Beneficios Adicionales

1. Características Generales del Archivo Maestro.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Archivo Maestro de Beneficios Adicionales
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato, sCCCAAAAMMEEE 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 124.
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 campo
Información contenida en el Archivo	Contiene información sobre las características de todos los beneficios adicionales vigentes y/o en comercialización a la fecha solicitada. Se entiende por beneficio adicional vigente aquel que tenga, a lo menos, un cotizante con beneficios vigentes en el mes que se informa, independientemente de si se está comercializando. Asimismo, se entiende por beneficio adicional en comercialización aquel que se encuentra a la venta en el mes que se informa, aunque no tenga cotizantes adscritos.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del archivo corresponde a un beneficio adicional más sus datos asociados.

[367] Se incorpora nuevo Título en razón de la Circular IF N°397, de 16.11.2021, que instruye el envío de un nuevo archivo maestro

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Período de la información contenida en el Archivo	Beneficios Adicionales vigentes y/o en comercialización al último día del mes que se informa. El primer envío corresponde al mes de noviembre de 2021.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, el día 10 del mes siguiente al que se informa. De manera excepcional, el primer envío correspondiente al mes de noviembre 2021, deberá remitirse el día 20 de diciembre de 2021 Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.
Fecha de cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar los Beneficios Adicionales vigentes y/o en comercialización al último día hábil del mes que se informa.

2. Estructura del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Período de información	Numérico
03	Identificación Única del Beneficio Adicional	Alfanumérico
04	Nombre del Beneficio Adicional	Alfanumérico
05	Fecha Inicio del Beneficio Adicional	Numérico
06	Comercialización	Numérico
07	Ámbito de cobertura del Beneficio Adicional	Numérico
08	Modalidad del Precio	Numérico
09	Definición del Precio	Numérico
10	Precio	Numérico
11	Reajuste Contractual Anual	Numérico
12	Fecha de Aplicación del Reajuste Contractual	Numérico
13	Grupo Objetivo	Numérico

14	Deducible	Numérico
15	Existencia de Tope de Bonificación	Numérico
16	Tope Anual de cobertura	Numérico
17	Número de Cotizantes suscritos al Beneficio Adicional	Numérico

3. Definiciones del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
01	Código Aseguradora	Corresponde al número de identificación de la isapre registrada en esta Superintendencia. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Período de información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. El archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiere la información. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12) Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
03	Identificación Única del Beneficio Adicional	Corresponde a la codificación técnica del beneficio adicional informado que la isapre utiliza para identificarlo de manera Única. BA + Código Isapre + Campo Alfa Numérico. Dónde:

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		BA: Corresponde a la sigla asignada a la expresión “Beneficios Adicionales” y, por ende, no tendrá variación. Código Isapre: Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la Institución de Salud Previsional. Campo Alfa Numérico: Código, folio, correlativo o identificación interna que ha asignado la institución de salud al producto que comercializa. De no contar la isapre con un código, folio, correlativo o identificación interna para este tipo de producto, deberá asignarlo para efectos de informar a esta Superintendencia. Validadores Técnicos: ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero.
04	Nombre del Beneficio Adicional	Corresponde al nombre de fantasía o comercial que la isapre ha asignado al beneficio adicional que se informa, el cual se encuentra impreso en su carátula. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
05	Fecha Inicio de comercialización Beneficio Adicional	Corresponde al mes y año en que se comenzó a comercializar el beneficio adicional informado. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12) Validadores Técnicos:

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero
06	Comercialización	Identifica si el beneficio adicional se está comercializando en el período informado. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1= Si 2 = No Validadores Técnicos: ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados
07	Ámbito de cobertura del Beneficio Adicional	Indica el ámbito o materia protegida por el beneficio adicional que se informa. Los valores posibles a informar son: 1=Dental 2=Urgencias 3=Prestaciones Hospitalarias 4=Prestaciones Ambulatorias 5=Medicamentos Farmacias 6=Enfermedades Catastróficas 7=Telemedicina 8=Asistencia Médica Extranjero 9=Cotizaciones 0=Otros En la categoría “Otro” debe hacer referencia a cualquier otro ámbito de protección no considerado en las categorías anteriores. En caso de presentar más de una categoría, se deberán informar en este

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		campo **multivalor**, todos los ámbitos de protección que abarca el beneficio adicional en el orden que establezca la aseguradora. Cuando el campo es multivalor no se debe utilizar separador. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados
08	Modalidad del Precio	Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el precio del beneficio adicional informado. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = UF 2 = $ <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados
09	Definición del precio	Indica la forma como se encuentra definido el precio del beneficio adicional que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = Fijo por contrato 2 = Fijo por beneficiario 3 = Variable por contrato según amplitud de la cobertura. 4 = Variable por beneficiario según edad.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		5 =Variable por beneficiario según amplitud de la cobertura. 6 = Otro no especificado Validadores Técnicos: ▪ Campo numérico ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados.
10	Precio	Corresponde al precio asignado por la Isapre al beneficio adicional que se informa, expresado en unidades de fomento (UF), utilizando un máximo de dos decimales. Si el precio varía conforme a la edad del beneficiario o amplitud de la cobertura contratada **(en referencia al campo 09 "Definición del Precio")** se deberá informar un precio promedio. Para expresar en UF el precio base del beneficio adicional que se encuentren establecidos en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa. Validadores Técnicos: ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
11	Reajuste Contractual Anual	Informa el reajuste porcentual anual que haya sido estipulado en el contrato, que se aplica al precio del beneficio adicional

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		informado cuando éste se encuentra expresado en pesos. Debe informarse, aunque no se haya aplicado todavía. Debe expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un decimal y sin el signo porcentual. Debe informarse con valor cero si no existe reajuste estipulado en el contrato o si el precio del beneficio adicional se encuentra expresado en UF. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo numérico con un decimal. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
12	Fecha de Aplicación del Reajuste Contractual	Corresponde a la fecha en que la isapre debe aplicar el reajuste contractual anual informado en el campo 11 (Reajuste Contractual Anual). Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12) <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <u>Validadores de Consistencia:</u> ▪ Debe ser cero en caso que el beneficio no establezca un reajuste contractual anual.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		▪ No se acepta cero en beneficios que informen la existencia de un reajuste contractual anual, es decir, cuando el campo 11 (Reajuste Contractual Anual) sea distinto de cero.
13	Grupo Objetivo	Corresponde al segmento de beneficiarios hacia el cual se encuentra orientado el beneficio adicional que se informa, conforme a la naturaleza de este último, sin perjuicio de la disposición que regula que deben ser ofrecidos indistintamente y sin discriminación. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores, señalando aquel que mejor represente al grupo objetivo del beneficio adicional: 1 = Sólo Cotizantes 2 = Adultos Mayores 3 = Mujeres en Edad Fértil 4 = Embarazadas 5 = Mayores de 24 años 6 = Menores de 2 años 7 = Deportistas 8 = Otro grupo no especificado 9 = Sin grupo objetivo específico <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		▪ No se aceptan valores distintos a los especificados.
14	Deducible	Indica si el beneficio adicional considera algún tipo de deducible en su cobertura. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = Con deducible 0 = Sin deducible <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <u>Validadores de Consistencia:</u> Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los beneficios que se informan.
15	Existencia de Tope de Bonificación	Indica si el beneficio adicional informado cuenta con tope de bonificación. Debe informarse con valores 1 o 2, según corresponda, donde: 1= Con Tope 2= Sin Tope <u>Validadores Técnicos:</u>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados
16	Tope Anual de cobertura	Corresponde al monto del tope anual por beneficiario establecido en el beneficio adicional informado, expresado en unidades de fomento (UF) y sin decimales. <u>Validadores Técnicos del Campo:</u> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <u>Validadores de Consistencia:</u> Debe ser cero sólo cuando el beneficio adicional no considere un tope anual por beneficiario.
17	Número de Cotizantes suscritos al Beneficio Adicional	Corresponde al número de **cotizantes** que a la fecha de la información se encuentran adscritos al beneficio adicional que se informa. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre ▪ Se acepta con valor 0, si a la fecha de la información el Beneficio Adicional no cuenta con cotizantes adscritos.

4. Envío del archivo

Para efectos de remitir este archivo, se deberá emplear la red privada Extranet de esta Superintendencia, ubicada en el Portal Web Institucional.

Si tras la validación del archivo enviado-, este acusa fallas o errores que lo- califican como "Rechazado", la isapre deberá corregirlo y reenviarlo nuevamente hasta que se apruebe definitivamente el proceso.

El Archivo de Beneficios Adicionales deberá ser remitido mensualmente a esta Intendencia, a más tardar, el día 10 del mes siguiente al que se informa. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

B) Archivo Maestro de Suscripciones a Beneficios Adicionales:

1. Características Generales del Archivo Maestro.

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Archivo Maestro de Suscripciones a Beneficios Adicionales
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 125.
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	Contiene información de los cotizantes que han contratado un beneficio adicional, esto es, respecto a la suscripción efectuada por cada cotizante, desde el período de vigencia del beneficio adicional hasta que se pone término a este último. Asimismo, incluye datos relacionados con el precio total a pagar asociado al período que se está informando y la causal del término. Por lo anterior, se deberá tener en consideración, que la suscripción de cada beneficiario a uno o más beneficios adicionales, se deberá informar hasta la fecha en que se pone término al beneficio adicional.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde a los cotizantes que hayan suscrito un Beneficio Adicional al último día o fecha de

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
	cierre del mes que se informa (dupla RUN cotizante/ Beneficio adicional) Cada Beneficio Adicional se informará tantas veces como cotizantes contenga.
Período de la información contenida en el Archivo	Cotizantes que se encuentren suscritos y vigentes a Beneficios Adicionales al último día del mes que se informa. El primer envío corresponde al mes de noviembre de 2021.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, el día 10 del mes siguiente al que se informa. De manera excepcional, el primer envío correspondiente al mes de noviembre 2021, deberá remitirse el día 20 de diciembre de 2021
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar tanto las suscripciones como la fecha en que se pone término al beneficio adicional y causales al último día hábil del mes que se informa.

2. Estructura del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Período de información	Numérico
03	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	Alfanumérico
05	Identificación alternativa Cotizante	Alfanumérico
06	Identificación única	Alfanumérico

	del plan de salud	
07	Identificación Única del Beneficio Adicional	Alfanumérico
08	Fecha de suscripción del Beneficio Adicional	Numérico
09	Fecha Término Beneficio Adicional	Numérico
10	Causa Término Beneficio Adicional	Numérico
11	Número de Beneficiarios del Beneficio Adicional	Numérico
12	Precio Total a Pagar	Numérico
13	RUT del Agente de Ventas	Numérico
14	DV del RUN del Agente Ventas	Alfanumérico

3. Definiciones del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
01	Código Aseguradora	Corresponde al número de identificación de la isapre registrada en esta Superintendencia Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Período de información	Corresponde al mes y año de la información que se envía. El archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiere la información. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12) Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
03	RUN de la Persona Cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante del beneficio adicional, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCeI). En caso que el Cotizante no tenga RUN por ser extranjero, deberá registrarse valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa. (campo 05). Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN. <u>Validadores Técnicos:</u> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN de la persona cotizante del beneficio adicional (campo 03). En caso que la persona cotizante no posea RUN, deberá registrarse valor X. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN. <u>Validadores Técnicos</u>: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
05	Identificación alternativa Cotizante	Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona Cotizante del beneficio adicional, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. Si la Identificación alternativa asignada por la isapre incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 03), manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo. Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa. <u>Validadores Técnico:</u> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
06	Identificación única del plan de salud	Corresponde a la codificación técnica que la isapre ha otorgado al plan de salud complementario que mantiene vigente el cotizante asociado al beneficio adicional, con el objeto de identificarlo de manera única.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		Validadores Técnicos: ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. ▪ No se acepta prefijo “plan” o “plan de salud” en la identificación única del plan. Validadores de Consistencia: ▪ El nombre identificador del plan debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en toda estructura de datos requerida por esta Superintendencia, particularmente, en el Archivo Maestro de Planes de Salud.
07	Identificación Única del Beneficio Adicional	Corresponde a la codificación técnica del beneficio adicional informado que la isapre utiliza para identificarlo de manera Única. BA + Código Isapre + Campo Alfa Numérico. Donde: BA: Corresponde a la sigla asignada a la expresión “Beneficios Adicionales” y, por ende, no tendrá variación. Código Isapre: Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la Institución de Salud Previsional. Campo Alfa Numérico: Código, folio, correlativo o identificación interna que ha asignado la institución de salud al producto que comercializa. De no contar la isapre con un código, folio, correlativo o identificación interna para este tipo de producto, deberá

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		asignarlo para efectos de informar a esta Superintendencia Validadores Técnicos: ▪ Campo alfanumérico ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero.
08	Fecha de suscripción del Beneficio Adicional	Corresponde al día, mes y año que da cuenta de la suscripción del afiliado al beneficio adicional en particular. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
09	Fecha Término Beneficio Adicional	Corresponde a la fecha en que se pone término al beneficio adicional, ya sea por incumplimiento de las obligaciones contractuales, desahucio o desafiliación de la isapre, muerte del afiliado, o bien pérdida de la relación laboral (art. 200 del DFL N°1). Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año. En caso de no haberse puesto término de contrato deberá informarse 01011800.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
10	Causa Término Beneficio Adicional	Corresponde a la causa por la que se pone término al beneficio adicional ya sea por parte del afiliado(a) o la Institución de Salud Previsionales. Los valores posibles a informar son: 0 = No Aplica término de contrato. 1 = Desahucio Voluntario. 2 =Desahucio por parte de la Isapre. 3 = Desahucio por Mutuo Acuerdo. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados
11	Número de Beneficiarios suscritos al Beneficio Adicional	Corresponde al número de beneficiarios que el cotizante ha suscrito al beneficio adicional contratado, en el período que se informa. El número que se informe debe incluir al cotizantes como beneficiario. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.
12	Precio Total a Pagar [368]	Corresponde al costo total en pesos del beneficio adicional, asociado al número de beneficiarios del beneficio adicional (campo 11) y al período que se informa.

[368] Se modifica Definición de Campo y Validador Técnico en razón de la Circular IF N°399, de 22.12.2021

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		Para expresar en pesos el precio base del beneficio adicional que se encuentren establecidos en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa Debe informarse valor 0 (cero), en caso de existir una excepción temporal respecto del cobro del precio del beneficio adicional. Validadores Técnicos: ▪ Campo numérico, sin separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
13	RUN del Agente de Ventas	Corresponde al Rut del Agente de Ventas asociado al último movimiento registrado. Si no ha habido participación de Agente de Ventas en el movimiento efectuado, o bien no se cuenta con este dato dada la antigüedad del registro, debe informarse cero (0). Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.
14	DV del RUN del Agente Ventas	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número informado del RUT del Agente de Ventas (campo 13). Si no corresponde informar el Rut del agente de ventas, por las circunstancias señaladas en el campo (13), deberá registrarse una X. Validadores Técnicos: ▪ Campo de tipo alfanumérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre.

4. Envío del archivo

Para efectos de remitir este archivo, se deberá emplear la red privada Extranet de esta Superintendencia, ubicada en el Portal Web Institucional.

Si tras la validación del archivo enviado, este acusa fallas o errores que lo califican como “Rechazado”, la isapre deberá corregirlo y reenviarlo nuevamente hasta que se apruebe definitivamente el proceso.

El Archivo de Suscripciones a Beneficios Adicionales deberá ser remitido mensualmente a esta Intendencia, en conjunto con el Archivo Maestro de Beneficios Adicionales, a más tardar, el día 10 del mes siguiente al que se informa. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.