

ANEXO N°11

COMUNICA INICIO DE PROCESO DE EVALUACIÓN - EMPRESA NO ADHERIDA A MUTUALIDAD - PODRÍA ACCEDER A REBAJA- DEBE ACREDITAR AMBOS REQUISITOS

En ____, a ____ de ____ de 20__.

REF: Comunica inicio de Proceso de Evaluación de Siniestralidad Efectiva. D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Señores

Empresa No adherida a mutualidad

De nuestra consideración:

Comunico a Uds. que se ha iniciado el Proceso de Evaluación de la Siniestralidad Efectiva de esa entidad empleadora, proceso que permitirá determinar la Tasa de Cotización Adicional diferenciada que sumada a la tasa de cotización básica, deberá pagar durante los años 20__y 20__.

Los antecedentes con que se cuenta permiten determinar que esa entidad empleadora puede acceder a la rebaja de su tasa de cotización adicional de __% a __%, sólo si cumple los requisitos que se señalan más adelante.

Se adjunta a esta carta la información relativa a la siniestralidad que su entidad empleadora registró durante el período de evaluación y que sirvió de base para el cálculo de la tasa de cotización adicional diferenciada.

Si dicha información presenta errores de hecho, se podrá solicitar su rectificación dentro del plazo de 15 días contados desde la notificación por carta certificada de esta comunicación, la que se entenderá practicada al tercer día de recibida en la Oficina de Correos correspondiente al domicilio de esa entidad empleadora. Si se notifica por correo electrónico, dicho plazo se contará desde el día hábil siguiente a su despacho.

Las solicitudes de rectificación deben ser presentadas ante esta Secretaría Regional Ministerial de Salud, aun cuando con posterioridad al 1° de julio del año en curso, usted se hubiere cambiado de organismo administrador.

1. REQUISITOS PARA ACCEDER A LA REBAJA O EXENCIÓN

a. HALLARSE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744

De acuerdo con nuestros registros, esa entidad adeuda las cotizaciones que se indican en el anexo deuda.

Para pagar las cotizaciones adeudadas y acreditar dicho pago usted dispone de los plazos que se indican en el número 2) siguiente. El pago deberá acreditarse acompañando las copias de las planillas de declaración y pago correspondientes.

b. ACREDITAR ANTE EL ORGANISMO ADMINISTRADOR HABER MANTENIDO EN FUNCIONAMIENTO, DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO ANUAL (1 de julio año 20__ al 30 de junio año 20__) DEL PERIODO DE EVALUACIÓN, UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST)

Para acreditar este requisito deberá presentar una declaración simple suscrita por el representante legal de la entidad empleadora, acompañada de una copia de la política de seguridad y salud en el trabajo, del diagnóstico de situación y del programa de trabajo preventivo.

La declaración y los documentos de respaldo podrán ser presentados en formato papel o digital. Si opta por enviarlos en formato digital debe hacerlo a través de (Señalar las opciones, por ejemplo, correo electrónico, plataforma digital etc.).

Para este efecto, podrá utilizar el formato de declaración simple adjunto a esta carta.

2. PLAZOS PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

El cumplimiento de los requisitos indicados en el número 1. deberá acreditarse hasta el 31 de octubre de 20__. Si lo hace, su nueva tasa de cotización adicional comenzará a regir el 1° de enero de 20__.

Sin embargo, si no pudiera acreditarlos dentro del referido plazo, podrá hacerlo hasta el 31 de diciembre de 20__, en cuyo caso, la nueva tasa de cotización adicional diferenciada se aplicará a contar del 1° del tercer mes siguiente a aquel en que haya efectivamente acreditado el cumplimiento de todos los requisitos.

Si no cumple con acreditar los requisitos indicados en el número 1., no podrá acceder a la rebaja de su cotización adicional diferenciada y mantendrá la tasa de cotización vigente al 1° de julio de este año.