**ANEXO N°29  
DETALLE DE LOS ARCHIVOS Y CAMPOS DEL SISTEMA GRIS**

1. **ARCHIVO A01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **A01** |
| **Referencia** | : | **Trabajadores Protegidos** |
| **Sistema** | : | Afiliados |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL, Empresas con Administración Delegada |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los antecedentes generales de todos los trabajadores cubiertos por dicho organismo administrador en el mes informado.

Este archivo debe incluir a aquellos trabajadores por quienes las entidades empleadoras declararon y pagaron cotizaciones, más aquellos por los cuales declararon y no pagaron cotizaciones, y los trabajadores de una entidad empleadora que no se ha desafiliado del organismo administrador, cuyas cotizaciones no fueron declaradas ni pagadas, siempre que no se encuentren en esta última situación por más de cuatro meses, a excepción de los trabajadores independientes, en cuyo caso no se aplicará el límite de meses definido anteriormente, debiendo ser reportados mientras se mantengan como trabajadores protegidos por el organismo administrador.

Para estos efectos se consideran las cotizaciones derivadas de las remuneraciones del mes informado. Asimismo, deben ser considerados aquellos trabajadores que se encuentren con goce de subsidio por incapacidad laboral, durante todo el mes informado.

Cabe señalar que, cualquiera sea el número de contratos que una persona suscriba en el mes con la misma entidad empleadora, para estos efectos se le deberá considerar como un sólo trabajador.

En el caso que una persona esté asociada a más de una empresa, se deberá informar en tantos registros como empresas esté vinculada.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id trabajador | Identificador del trabajador. Corresponde al RUT del trabajador. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 2 | [Nacionalidad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Nacionalidad) | Corresponde a la nacionalidad del trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 4 |
| 3 | Nombre | Corresponde a los nombres del trabajador. | Texto (80) | Gabriela Andrea | - |
| 4 | Apellido paterno | Corresponde al apellido paterno del trabajador. | Texto (80) | Mistral | - |
| 5 | Apellido materno | Corresponde al apellido materno del trabajador. | Texto (80) | Contreras | - |
| 6 | Sexo | Sexo del trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 3 |
| 7 | Tipo de trabajador | Tipo de trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 2 | 2 |
| 8 | Id empresa | RUT del empleador actual. Para el caso de trabajadores independientes en este campo se deberá informar el RUT del trabajador. | Texto (11)  999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 9 | [Régimen de pensión](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Regimen_previsional_de_pensión) | Régimen previsional de pensión al que está acogido el trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 7 |
| 10 | Régimen de salud | Régimen de salud al que está acogido el trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 8 |
| 11 | Último período de devengamiento de la remuneración | Corresponde al mes y año de la última remuneración devengada del trabajador. | Número (6) AAAAMM | 201012 | - |

1. **ARCHIVO A02**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **A02** |
| **Referencia** | : | **Cotizaciones Trabajadores** |
| **Sistema** | : | Afiliados |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener los antecedentes referidos al proceso de recaudación de cotizaciones realizado por las entidades administradoras del seguro respecto de sus trabajadores afiliados, correspondiente a cotizaciones vigentes, morosas y pagadas de forma adelantada.

Este archivo debe incluir la información de las cotizaciones percibidas por la entidad en el período informado, considerando las planillas declaradas y pagadas (DP), las declaradas y no pagadas (DNP), así como también la información de las planillas que en su oportunidad fueron no declaradas y no pagadas (NDNP), siendo éstas regularizadas en el período reportado.

El detalle de los campos y el formato requerido se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id trabajador | Identificador del trabajador. Corresponde al RUT del trabajador. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 2 | [Nacionalidad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Nacionalidad) | Corresponde a la nacionalidad del trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 4 |
| 3 | Id empresa | RUT del empleador actual. Para el caso de trabajadores independientes en este campo se deberá informar el RUT del trabajador. | Texto (11)  999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 4 | Tipo de trabajador | Tipo de trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 2 | 2 |
| 5 | Tipo de canal de cotización | Identificación del canal por el cual fue recibida la cotización. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 01 | 25 |
| 6 | Tipo de declaración | Tipo de la declaración. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 44 |
| 7 | Estado de la cotización | Identifica sí la cotización corresponde al período vigente, a un período anterior o a un pago adelantado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 21 |
| 8 | Identificación declaración | Número de folio de la planilla nominada, física o electrónica, asociada con la declaración y pago, o declaración y no pago de la obligación previsional. | Texto (20) | 12345 | - |
| 9 | Tipo de pago | Corresponde al tipo de pago recibido por el trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 24 |
| 10 | Monto remuneración | Renta imponible o monto de la gratificación percibida por el trabajador correspondiente al mes informado, que sirve de base para determinar la cotización previsional para la Ley Nº 16.744. | Número (14) | 450000 | - |
| 11 | Monto de la cotización | Monto del ingreso asociado a la cotización reportada de la Ley Nº16.744. | Número (14) | 10000 | - |
| 12 | Número de días trabajados | Número de días trabajados por el trabajador en el período reportado. | Número (2) | 14 | - |
| 13 | Fecha de pago | Fecha en la que se realizó el pago de la cotización. | Número (8) AAAAMMDD | 20101231 | - |
| 14 | Período de devengamiento de la remuneración | Corresponde al mes y año de la remuneración devengada del trabajador. | Número (6) AAAAMM | 201012 | - |

1. **ARCHIVO A03**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **A03** |
| **Referencia** | : | **Cotizaciones Empresas** |
| **Sistema** | : | Afiliados |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades; ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener los antecedentes de las empresas referidos al proceso de recaudación realizado por las entidades administradoras del seguro, correspondiente a cotizaciones vigentes, morosas y pagadas de forma adelantada.

Este archivo debe incluir la información de las cotizaciones percibidas por la entidad en el período informado, considerando las planillas declaradas y pagadas (DP), las declaradas y no pagadas (DNP), así como también la información de las planillas que en su oportunidad fueron no declaradas y no pagadas (NDNP), siendo éstas regularizadas en el período reportado.

El detalle de los campos y el formato requerido se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id empresa | RUT del empleador actual. Para el caso de trabajadores independientes en este campo se deberá informar el RUT del trabajador. | Texto (11)  999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 2 | Tipo de entidad | Tipo de entidad. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 13 |
| 3 | Número de trabajadores cotizantes | Número total de trabajadores de la empresa por los que se cotizó. | Número (14) | 10000 | - |
| 4 | Monto remuneración | Renta imponible o monto de la gratificación percibida por el total de trabajadores de la entidad correspondiente al mes informado, que sirve de base para determinar la cotización previsional para la Ley Nº 16.744. | Número (14) | 450000 | - |
| 5 | Tipo de pago | Corresponde al tipo de pago. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 24 |
| 6 | Identificación declaración | Número de folio de planilla nominada, física o electrónica, asociada con la declaración y pago, o declaración y no pago de la obligación previsional. | Texto (20) | 12345 | - |
| 7 | Monto de la cotización | Monto del ingreso asociado a la cotización reportada de la Ley Nº16.744. | Número (14) | 10000 | - |
| 8 | Monto ingreso reajuste | Monto del ingreso asociado a reajustes. | Número (14) | 450000 | - |
| 9 | Monto ingreso Intereses | Monto del ingreso asociado a intereses. | Número (14) | 450000 | - |
| 10 | Monto ingreso multas | Monto del ingreso asociado a multas. | Número (14) | 450000 | - |
| 11 | Tipo de declaración | Tipo de la declaración. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 44 |
| 12 | Estado de la cotización | Identifica sí la cotización corresponde al período vigente, a un período anterior o a un pago adelantado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 21 |
| 13 | Fecha de pago | Fecha en la que se realizó el pago de la cotización. | Número (8) AAAAMMDD | 20101231 | - |
| 14 | Período de devengamiento de la remuneración | Corresponde al mes y año de la remuneración devengada de los trabajadores. | Número (6) AAAAMM | 201012 | - |

1. **ARCHIVO A04**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **A04** |
| **Referencia** | : | **Cotizaciones Adeudadas** |
| **Sistema** | : | Afiliados |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades; ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener los antecedentes referidos al stock de cotizaciones adeudadas que registran las mutualidades de empleadores e ISL, vinculado al seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Este archivo debe incluir información sobre el stock de cotizaciones adeudadas que constituyen deuda previsional por concepto de la Ley N°16.744, incluyendo a los trabajadores independientes, siendo estas registradas por la entidad en el período de reporte de la información.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id empresa | RUT de la empresa deudora. Para el caso de trabajadores independientes en este campo se deberá informar el RUT del trabajador. | Texto (11)  999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 2 | Razón social | Razón social de la empresa. | Texto (120) | Alimentos Tissu | - |
| 3 | Tipo de entidad | Tipo de entidad. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 13 |
| 4 | Período declarado | Período asociado al mes y año de la declaración que se reporta con estatus de “cotización adeudada”. | Número (6) AAAAMM | 201012 | - |
| 5 | Identificación declaración | Número de folio de planilla nominada física o electrónica asociada con la declaración de la cotización previsional. | Texto (20) | 12345 | - |
| 6 | Monto cotización adeudada Ley 16744 | Monto de la cotización adeudada por la Ley N°16.744 a la fecha del reporte. | Número (14) | 300000 | - |
| 7 | [Cobranza judicial](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Respuesta_dicotomica) | Señala si se encuentra o no en cobranza judicial la cotización adeudada a que se hace referencia. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |

1. **ARCHIVO A05**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **A05** |
| **Referencia** | : | **Empresas Adherentes y Afiliadas** |
| **Sistema** | : | Afiliados |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL, Empresas con Administración Delegada |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de todas las entidades empleadoras adheridas vigentes en el mes informado, incluyendo a los trabajadores independientes.

En este concepto se deberán incluir las entidades con cobertura vigente y aquellas que inician su cobertura el primer día del mes de reporte.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id empresa | Identificador de la empresa adherida. Corresponde al RUT de la entidad. | Texto (11)  999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 2 | Razón social | Razón social de la empresa. | Texto (120) | Alimentos Tissu | - |
| 3 | Tipo de entidad | Tipo de entidad. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 13 |
| 4 | Fecha de adhesión | Fecha de adhesión al organismo administrador. Para el caso de las empresas con administración delegada, se debe indicar la fecha de inicio de delegación. Para el caso de ISL, se debe indicar la fecha de la primera cotización. Para el caso de los trabajadores independientes se deberá señalar la fecha de su registro como adherente o afiliado de la entidad. | Número (8) AAAAMMDD | 20011105 | - |
| 5 | [Actividad económica](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Actividad_Económica) | Código de la actividad económica de la empresa. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (6) | 154110 | 11 |
| 6 | Dirección Casa Matriz | Dirección completa de la Casa Matriz. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. | Texto (120) | Santo Domingo 1364, Depto. 2405 | - |
| 7 | [Comuna](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Comuna) | Comuna en la que está ubicada la Casa Matriz. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 8 | Tasa de cotización adicional | Tasa de cotización adicional asignada a empresa, la que deberá ser informada como factor. Por ejemplo, una tasa de cotización adicional del 6,8% debe ser informada como “0,0680”. | Decimal (5,4) | 0,0680 | - |
| 9 | Riesgo presunto | Señala si la tasa de cotización adicional asociada a la empresa está sujeta al riesgo presunto definido en el Decreto Supremo N° 110, de 1968, según su actividad económica. Dicha tasa de cotización será aplicada a todas aquellas entidades empleadoras que no se hayan sometido al proceso de evaluación de siniestralidad efectiva establecido en el D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |

1. **ARCHIVO A06**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **A06** |
| **Referencia** | : | **Trabajadores independientes** |
| **Sistema** | : | Afiliados |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los trabajadores independientes que se encuentran registrados en el organismo administrador en el mes informado.

En este concepto deberán incluirse todos los trabajadores independientes que se encuentren registrados en el organismo administrador, aun cuando no tengan derecho al otorgamiento de las prestaciones de la Ley N°16.744. Tratándose del Instituto de Seguridad Laboral, dicha entidad deberá incluir, además, a aquellos trabajadores independientes obligados que conforme a lo señalado en el penúltimo inciso del artículo 88 de la Ley N°20.255, se entiendan afiliados a dicho organismo administrador.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id trabajador | Identificador del trabajador. Corresponde al RUT del trabajador. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 2 | [Nacionalidad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Nacionalidad) | Corresponde a la nacionalidad del trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 4 |
| 3 | Nombre | Corresponde a los nombres del trabajador. | Texto (80) | Gabriela Andrea | - |
| 4 | Apellido paterno | Corresponde al apellido paterno del trabajador. | Texto (80) | Mistral | - |
| 5 | Apellido materno | Corresponde al apellido materno del trabajador. | Texto (80) | Contreras | - |
| 6 | Sexo | Sexo del trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 3 |
| 7 | Fecha de registro | Corresponde a la fecha de registro como adherente o afiliado de la entidad. | Número (8) AAAAMMDD | 20011105 | - |
| 8 | [Actividad económica](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Actividad_Económica) | Código de la actividad económica del trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (6) | 154110 | 11 |
| 9 | Dirección | Dirección completa donde realiza sus labores el trabajador. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. | Texto (120) | Santo Domingo 1364, Depto. 2405 | - |
| 10 | Comuna | Comuna en el que está ubicado el lugar donde realiza sus labores el trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 11 | Tasa de cotización adicional | Tasa de cotización adicional asignada al trabajador, la que deberá ser informada como factor. Por ejemplo, una tasa de cotización adicional del 6,8% debe ser informada como “0,0680”. | Decimal (5,4) | 0,0680 | - |
| 12 | [Régimen de pensión](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Regimen_previsional_de_pensión) | Régimen previsional de pensión al que está acogido el trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 7 |
| 13 | Régimen de salud | Régimen de salud al que está acogido el trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 8 |
| 14 | Tipo de trabajador | Tipo de trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 2 | 2 |
| 15 | Trabajador registrado | Señalar si el trabajador se encuentra formalmente registrado en el organismo administrador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |

1. **ARCHIVO A07**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **A07** |
| **Referencia** | : | **Entidades empleadoras evaluadas D.S. N°67** |
| **Sistema** | : | Afiliados |
| **Periodicidad** | : | Bienal |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de todas las entidades empleadoras adheridas o afiliadas al organismo administrador respectiva, entre el 1° de julio y el 31 de diciembre del año bienal en que procede realizar el Proceso de Evaluación del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y que fueron evaluadas en dicho periodo, es decir, sometidas al cálculo de la tasa de cotización adicional por siniestralidad efectiva.

La tasa de cotización adicional efectiva resultante del cálculo de siniestralidad efectuado en el Proceso de Evaluación informado (D.S. N°67), deberá ser aquella que resulte luego de considerar, si corresponde, la solicitud de rectificación presentada por los empleadores por errores de hecho en que haya incurrido el organismo administrador.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación. Cabe precisar que, la información solicitada se deberá determinar considerando las definiciones contenidas en el Compendio de Normas del Seguro de la Ley N°16.744 y en el D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Dentro de éstas, se entenderá como primer período anual, el inmediatamente anterior al 1° de julio del año en que se realiza el proceso de evaluación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id entidad empleadora | Identificador de la entidad empleadora adherida. Corresponde al RUT de la entidad. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | \_ |
| 2 | Fecha de adhesión | Se deberá informar la fecha de adhesión o afiliación al organismo administrador. Para el caso de ISL será la fecha de la primera cotización. | Número (8) AAAAMMDD | 20011105 | \_ |
| 3 | Actividad económica | Código de la actividad económica de la entidad empleadora. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (14) | CIIUSII\_861010 | 11 |
| 4 | Sector económico | Código del sector económico asociado a la actividad económica principal de la entidad empleadora. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 02 | 73 |
| 5 | Número resolución | Se deberá informar el número o folio correlativo, que identifica la Resolución de asignación de la tasa de cotización adicional del período de evaluación en revisión. | Texto (30) | 11001 | − |
| 6 | Tasa de cotización inicial | Tasa de cotización adicional del período de evaluación anterior, la que deberá ser informada como factor. Ésta puede corresponder al D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social o D.S. N°110, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Decimal (5,4) | 0,0034 | − |
| 7 | Origen cotización inicial | Indicar la procedencia de la tasa de cotización adicional del período de evaluación anterior. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 74 |
| 8 | Número de períodos | Indicar la cantidad de períodos anuales considerados en el Proceso de Evaluación en revisión (artículo 2 del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social). | Número (1) | 2 | \_ |
| 9 | Trabajadores cotización período I | Indicar la sumatoria de los trabajadores con remuneración sujeta a cotización, o con subsidio por incapacidad laboral en el total de meses asociados al primer período. | Número (15) | 39000 | \_ |
| 10 | Accidentes del trabajo período I | Se deberá señalar el número de accidentes del trabajo que hayan afectado a trabajadores de la entidad empleadora en el primer período. Si no presenta accidentes en dicho período, se deberá registrar "0". No se deberán incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (6) | 21 | \_ |
| 11 | Enfermedades profesionales período I | Se deberá señalar el número de enfermedades profesionales diagnosticadas a los trabajadores de la entidad empleadora, que hayan sido consideradas en el cálculo de siniestralidad en el primer período. Si no presenta enfermedades se deberá registrar "0". No se deberán incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (6) | 3 | \_ |
| 12 | Días perdidos por accidentes del trabajo período I | Corresponde al total de días perdidos por todos los trabajadores de la entidad empleadora en el primer período, entendiéndose por día perdido, aquel en que el trabajador, conservando o no la calidad de tal, se encuentra temporalmente incapacitado debido a un accidente a causa o con ocasión del trabajo con derecho a pago de subsidio. Si no presenta días perdidos en dicho período, se deberá registrar "0". No se deberán incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (10) | 201 | \_ |
| 13 | Días perdidos por enfermedades profesionales período I | Corresponde al total de días perdidos por todos los trabajadores de la entidad empleadora, que hayan sido considerados en el cálculo de siniestralidad en el primer período, entendiéndose por día perdido aquel en que el trabajador, conservando o no la calidad de tal, se encuentra temporalmente incapacitado debido a una enfermedad profesional con derecho a pago de subsidio. Si no presenta días perdidos en dicho período, se deberá registrar "0". No se deberán incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (10) | 120 | \_ |
| 14 | Grado de invalidez 1 por accidentes del trabajo período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el primer período el grado de invalidez entre 15,0% y 25,0% a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 3 | \_ |
| 15 | Grado de invalidez 1 por enfermedades profesionales período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el primer período el grado de Invalidez entre 15,0% y 25,0% a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. Nº 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se deberá registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 16 | Grado de invalidez 2 por accidentes del trabajo período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el primer período el grado de invalidez entre 27,5% y 37,5% a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 17 | Grado de invalidez 2 por enfermedades profesionales período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el primer período el grado de Invalidez entre 27,5% y 37,5% a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 18 | Grado de invalidez 3 por accidentes del trabajo período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el primer período el grado de invalidez entre 40,0% y 65,0% a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. Nº 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se deberá registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 19 | Grado de invalidez 3 por enfermedades profesionales período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el primer periodo el grado de Invalidez entre 40,0% y 65,0% a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se deberá registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 20 | Grado de invalidez 4 por accidentes del trabajo período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el primer período el grado de invalidez entre 70,0% o más a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. Nº 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 21 | Grado de invalidez 4 por enfermedades profesionales período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el primer período el grado de Invalidez entre 70,0% o más a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 22 | Grado de invalidez 5 por accidentes del trabajo período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el primer período Gran invalidez a causa de un accidente del trabajo. Si no presenta casos en dicho período, se deberá registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 23 | Grado de invalidez 5 por enfermedades profesionales período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el primer período “Gran Invalidez” a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 24 | Fatales por accidentes del trabajo período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, que hayan fallecido en el primer período, como consecuencia de un accidente del trabajo. De acuerdo al artículo 3 del D.S. Nº 67, , de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, considerar sólo los casos en donde no hubiere mediado una declaración de invalidez igual o superior al 15%, derivada del siniestro que la causó. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 25 | Fatales por enfermedades profesionales período I | Se deberá señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, que hayan fallecido en el primer período, como consecuencia de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. De acuerdo al artículo 3 del D.S. Nº 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, considerar sólo los casos en donde no hubiere mediado una declaración de invalidez igual o superior al 15%, derivada del siniestro que la causó. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 26 | Tasa de Siniestralidad por Incapacidades Temporales período I | Señalar el valor de la Tasa de Siniestralidad por Incapacidades Temporales en el primer período. Letra h), artículo 2, del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Decimal (9,2) | 736,74 | \_ |
| 27 | Factor de Invalideces y Muertes período I | Señalar el valor del Factor de Invalideces y Muertes en el primer período. Número 3, letra j), artículo 2, del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Decimal (9,2) | 11,21 | \_ |
| 28 | Trabajadores cotización período II | Indicar la sumatoria de los trabajadores con remuneración sujeta a cotización, o con subsidio por incapacidad laboral en el total de meses asociados al segundo período. | Número (15) | 39000 | \_ |
| 29 | Accidentes del trabajo período II | Se debe señalar el número de accidentes del trabajo que hayan afectado a trabajadores de la entidad empleadora en el segundo período. Si no presenta accidentes en dicho período, se debe registrar "0". No se deben incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (6) | 21 | \_ |
| 30 | Enfermedades profesionales período II | Se deberá señalar el número de enfermedades profesionales diagnosticadas a los trabajadores de la entidad empleadora, que hayan sido consideradas en el cálculo de siniestralidad en el segundo período. Si no presenta enfermedades se debe registrar “0". | Número (6) | 3 | \_ |
| 31 | Días perdidos por accidentes del trabajo período II | Corresponde al total de días perdidos por todos los trabajadores de la entidad empleadora en el segundo período, entendiéndose por día perdido aquel en que el trabajador, conservando o no la calidad de tal, se encuentra temporalmente incapacitado debido a un accidente a causa o con ocasión del trabajo con derecho a pago de subsidio. Si no presenta días perdidos en dicho período, se debe registrar “0". No se deben incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (10) | 201 | \_ |
| 32 | Días perdidos por enfermedades profesionales período II | Corresponde al total de días perdidos por todos los trabajadores de la entidad empleadora, que hayan sido considerados en el cálculo de siniestralidad en el segundo período, entendiéndose por día perdido aquel en que el trabajador, conservando o no la calidad de tal, se encuentra temporalmente incapacitado debido a una enfermedad profesional con derecho a pago de subsidio. Si no presenta días perdidos se debe registrar "0". No se deben incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (10) | 120 | \_ |
| 33 | Grado de invalidez 1 por accidentes del trabajo período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el segundo período el grado de invalidez entre 15,0% y 25,0% a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 3 | \_ |
| 34 | Grado de invalidez 1 por enfermedades profesionales período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el segundo período el grado de Invalidez entre 15,0% y 25,0% a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 35 | Grado de invalidez 2 por accidentes del trabajo período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el segundo período el grado de invalidez entre 27,5% y 37,5% a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 36 | Grado de invalidez 2 por enfermedades profesionales período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el segundo período el grado de Invalidez entre 27,5% y 37,5% a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 37 | Grado de invalidez 3 por accidentes del trabajo período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el segundo período el grado de invalidez entre 40,0% y 65,0% a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 38 | Grado de invalidez 3 por enfermedades profesionales período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el segundo período el grado de Invalidez entre 40,0% y 65,0% a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 39 | Grado de invalidez 4 por accidentes del trabajo período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el segundo período el grado de invalidez entre 70,0% o más a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 40 | Grado de invalidez 4 por enfermedades profesionales período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el segundo período el grado de Invalidez entre 70,0% o más a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. Nº 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 41 | Grado de invalidez 5 por accidentes del trabajo período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el segundo período Gran invalidez a causa de un accidente del trabajo. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 42 | Grado de invalidez 5 por enfermedades profesionales período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora a los que se les asignó en el segundo período Gran invalidez a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 43 | Fatales por accidentes del trabajo período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora que hayan fallecido en el segundo período, como consecuencia de un accidente del trabajo. De acuerdo al artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, considerar sólo los casos en donde no hubiere mediado una declaración de invalidez igual o superior al 15%, derivada del siniestro que la causó. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 44 | Fatales por enfermedades profesionales período II | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora que hayan fallecido en el segundo período, como consecuencia de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. De acuerdo al artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, considerar sólo los casos en donde no hubiere mediado una declaración de invalidez igual o superior al 15%, derivada del siniestro que la causó. Si no presenta casos en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 45 | Tasa de Siniestralidad por Incapacidades Temporales período II | Señalar el valor de la Tasa de Siniestralidad por Incapacidades Temporales en el segundo período. Letra h), artículo 2, del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Decimal (9,2) | 736,74 | \_ |
| 46 | Factor de Invalideces y Muertes período II | Señalar el valor del Factor de Invalideces y Muertes en el segundo período. Número 3, letra j), artículo 2, del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Decimal (9,2) | 11,21 | \_ |
| 47 | Período III | Indicar si la entidad empleadora fue evaluada en su siniestralidad en el tercer período anual. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 48 | Trabajadores cotización período III | Indicar la sumatoria de los trabajadores con remuneración sujeta a cotización, o con subsidio por incapacidad laboral en el total de meses asociados al tercer período. De no haber sido evaluada la entidad empleadora en el tercer período, se debe registrar "0". | Número (15) | 39000 | \_ |
| 49 | Accidentes del trabajo período III | Se debe señalar el número de accidentes del trabajo que hayan afectado a trabajadores de la entidad empleadora en el tercer período. Si no presenta accidentes o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". No se deben incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (6) | 21 | \_ |
| 50 | Enfermedades profesionales período III | Se debe señalar el número de enfermedades profesionales diagnosticadas a los trabajadores de la entidad empleadora, que hayan sido consideradas en el cálculo de siniestralidad en el tercer período. Si no presenta enfermedades o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". No se deben incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (6) | 3 | \_ |
| 51 | Días perdidos por accidentes del trabajo período III | Corresponde al total de días perdidos por todos los trabajadores de la entidad empleadora en el tercer período, entendiéndose por día perdido aquel en que el trabajador, conservando o no la calidad de tal, se encuentra temporalmente incapacitado debido a un accidente a causa o con ocasión del trabajo con derecho a pago de subsidio. Si no presenta días perdidos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". No se deben incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (10) | 201 | \_ |
| 52 | Días perdidos por enfermedades profesionales período III | Corresponde al total de días perdidos por todos los trabajadores de la entidad empleadora, que hayan sido considerados en el cálculo de siniestralidad en el tercer período, entendiéndose por día perdido aquel en que el trabajador, conservando o no la calidad de tal, se encuentra temporalmente incapacitado debido a una enfermedad profesional con derecho a pago de subsidio. Si no presenta días perdidos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". No se deben incluir las exclusiones citadas en el artículo 2° del Decreto D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (10) | 120 | \_ |
| 53 | Grado de invalidez 1 por accidentes del trabajo período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el tercer período el grado de invalidez entre 15,0% y 25,0% a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 3 | \_ |
| 54 | Grado de invalidez 1 por enfermedades profesionales período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el tercer período el grado de Invalidez entre 15,0% y 25,0% a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 55 | Grado de invalidez 2 por accidentes del trabajo período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el tercer período el grado de invalidez entre 27,5% y 37,5% a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 56 | Grado de invalidez 2 por enfermedades profesionales período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el tercer período el grado de Invalidez entre 27,5% y 37,5% a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 57 | Grado de invalidez 3 por accidentes del trabajo período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el tercer período el grado de invalidez entre 40,0% y 65,0% a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. Nº 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 58 | Grado de invalidez 3 por enfermedades profesionales período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el tercer período el grado de Invalidez entre 40,0% y 65,0% a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. Nº 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 59 | Grado de invalidez 4 por accidentes del trabajo período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el tercer período el grado de invalidez entre 70,0% o más a causa de un accidente del trabajo. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 60 | Grado de invalidez 4 por enfermedades profesionales período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el tercer período el grado de Invalidez entre 70,0% o más a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. En el caso de aumentos de grados de incapacidad, reportar de acuerdo a las consideraciones del artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 61 | Grado de invalidez 5 por accidentes del trabajo período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el tercer período Gran invalidez a causa de un accidente del trabajo. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 62 | Grado de invalidez 5 por enfermedades profesionales período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora, a los que se les asignó en el tercer período Gran invalidez a causa de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 63 | Fatales por accidentes del trabajo período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora que hayan fallecido en el tercer período, como consecuencia de un accidente del trabajo. De acuerdo al artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social considerar sólo los casos en donde no hubiere mediado una declaración de invalidez igual o superior al 15%, derivada del siniestro que la causó. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 64 | Fatales por enfermedades profesionales período III | Se debe señalar el número de trabajadores de la entidad empleadora que hayan fallecido en el tercer período, como consecuencia de una enfermedad profesional que haya sido considerada en el cálculo de siniestralidad. De acuerdo al artículo 3 del D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, considerar sólo los casos en donde no hubiere mediado una declaración de invalidez igual o superior al 15%, derivada del siniestro que la causó. Si no presenta casos o no fue evaluada en dicho período, se debe registrar "0". | Número (8) | 1 | \_ |
| 65 | Tasa de Siniestralidad por Incapacidades Temporales período III | Señalar el valor de la Tasa de Siniestralidad por Incapacidades Temporales en el tercer período. Letra h), artículo 2, del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Decimal (9,2) | 736,74 | \_ |
| 66 | Factor de Invalideces y Muertes período III | Señalar el valor del Factor de Invalideces y Muertes en el tercer período. Número 3, letra j), artículo 2, del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Decimal (9,2) | 11,21 | \_ |
| 67 | Tasa Promedio de Siniestralidad por incapacidades Temporales | Tasa Promedio de Siniestralidad por Incapacidades Temporales del empleador, considerada en el Proceso de Evaluación informado, de acuerdo a la letra i), artículo 2, del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (5) | 93000 | \_ |
| 68 | Promedio de Factores de Invalideces y Muertes | Promedio de Factores de Invalideces y Muertes del empleador, determinado para el Proceso de Evaluación informado. Número 4, letra j), artículo 2, del D.S. N°67. | Decimal (2,2) | 1,84 | \_ |
| 69 | Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muertes | Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muerte del empleador, considerada en el Proceso de Evaluación en revisión, de acuerdo al número 4, letra j), artículo 2, del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. | Número (3) | 385 | \_ |
| 70 | Tasa de Siniestralidad Total | Es la suma de la Tasa Promedio de Siniestralidad por Incapacidades Temporales y la Tasa de Siniestralidad por Invalideces y Muertes, obtenida como resultado del Proceso de Evaluación informado, de acuerdo a la letra k), artículo 2, del D.S. N°67. | Número (5) | 93385 | \_ |
| 71 | Tasa de cotización adicional | Tasa de cotización adicional efectiva resultante del cálculo de siniestralidad realizado para el Proceso de Evaluación en revisión, luego de considerar las apelaciones de los empleadores. "No incluir" la rebaja o exenciones a las cuales pudo acceder la entidad empleadora posterior al cálculo, la que deberá ser informada como factor. | Decimal (5,4) | 0,0034 | \_ |
| 72 | Muertes por falta de prevención | Se debe informar si en el Periodo de Evaluación ocurrió una o más muertes por accidentes del trabajo, cuya investigación determine que ocurrieron por falta de prevención de parte del empleador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 73 | Estado de la tasa de cotización adicional | Estado de la tasa de cotización adicional efectiva calculada, respecto de la tasa de cotización adicional del período de evaluación bienal anterior. | Texto (1) | 1 | 75 |
| 74 | Resultado de acreditación de requisitos | Resultado del proceso de acreditación de requisitos para acceder a la rebaja o exención de la tasa de cotización adicional. | Texto (1) | 1 | 76 |
| 75 | Causal de no rebaja | Indicar la(s) causal(es) por las que la entidad empleadora evaluada no accede a la rebaja o exención de la tasa de cotización adicional. | Texto (1) | 1 | 77 |
| 76 | Fecha de vigencia | Indicar el mes y año del inicio de la vigencia de la tasa de cotización adicional calculada. | Número (6) AAAAMM | 202201 | \_ |

1. **ARCHIVO I01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **I01** |
| **Referencia** | : | **Trabajadores Mutualidad** |
| **Sistema** | : | Institución |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle sobre el personal que se desempeña en la institución reportadora del seguro a la fecha de cierre de la información.

El detalle de los campos y el formato requerido se presenta a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id trabajador | Identificador del trabajador. Corresponde al RUT del trabajador. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 2 | Fecha inicio | Fecha de contratación o ingreso, en la cual comenzó a prestar servicios en la institución. | Número (8) AAAAMMDD | 20100305 | - |
| 3 | Identificación de centro de atención, oficina o sede | Corresponde al código que identifica en forma inequívoca en la entidad al centro de atención, oficina o sede, donde se desempeña el trabajador. Debe coincidir con la identificación reportada en el archivo “I02”. | Texto (20) | 111 | - |
| 4 | [Tipo de contrato](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Tipo_de_Contrato) | Tipo de relación de trabajo que mantiene el trabajador con la entidad reportadora. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 9 |
| 5 | [Tipo de remuneración](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Tipo_de_Remuneración_Ingreso) | Tipo de remuneración o ingreso que percibe el trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 10 |
| 6 | Monto retribución mensual | Remuneración o ingreso correspondiente a la fecha del reporte (mensualizada), percibida por el trabajador de forma bruta. En el caso de "tipo de contrato = honorario" reportar monto pagado en el período reportado, considerando en éste, el caso de ser descontada la retención de impuestos. | Número (10) | 75000 | - |
| 7 | Monto remuneración imponible | Monto por el cual se impone legalmente. | Número (10) | 75000 | - |
| 8 | Monto sueldo | Monto correspondiente al sueldo o sueldo base percibido por el trabajador siendo un desglose del "Monto retribución mensual". | Número (10) | 75000 | - |
| 9 | Monto sobresueldo | Monto correspondiente al sobresueldo percibido por el trabajador (remuneraciones de horas extraordinarias de trabajo), siendo un desglose del "Monto retribución mensual". | Número (10) | 75000 | - |
| 10 | Monto comisiones | Monto correspondiente a comisiones percibidas por el trabajador, siendo un desglose del "Monto retribución mensual". | Número (10) | 75000 | - |
| 11 | Monto participaciones | Monto correspondiente a parte de las remuneraciones valorizadas a partir de la participación en ciertas actividades del trabajador, siendo a su vez un desglose del "Monto retribución mensual". | Número (10) | 75000 | - |
| 12 | Monto gratificaciones legales | Monto correspondiente a las gratificaciones legales asociadas al trabajador, siendo un desglose del "Monto retribución mensual". | Número (10) | 75000 | - |
| 13 | Monto gratificaciones voluntarias | Monto correspondiente a las gratificaciones voluntarias asociadas al trabajador, siendo un desglose del "Monto retribución mensual". | Número (10) | 75000 | - |
| 14 | Monto asignaciones por años trabajados u otros | Monto correspondiente a asignaciones por años de trabajo u otras, percibidas por el trabajador, siendo un desglose del "Monto retribución mensual". | Número (10) | 75000 | - |
| 15 | Monto otros haberes | Monto correspondiente a otros haberes percibido por el trabajador, siendo un desglose del "Monto retribución mensual". | Número (10) | 75000 | - |
| 16 | Monto total asignaciones que no constituyen remuneraciones | Monto correspondiente a monto total de asignaciones que no constituyen remuneraciones percibido por el trabajador. | Número (10) | 75000 | - |
| 17 | Monto asignación movilización | Monto correspondiente a monto de asignación por movilización percibido por el trabajador, siendo un desglose del “Monto total asignaciones que no constituyen remuneraciones". | Número (10) | 75000 | - |
| 18 | Monto asignación colación | Monto correspondiente a monto de asignación por colación percibido por el trabajador, siendo un desglose del “Monto total asignaciones que no constituyen remuneraciones". | Número (10) | 75000 | - |
| 19 | Monto asignación perdida de caja | Monto correspondiente a monto de asignación por perdida de caja percibido por el trabajador, siendo un desglose del “Monto total asignaciones que no constituyen remuneraciones". | Número (10) | 75000 | - |
| 20 | Monto asignación desgaste de herramientas | Monto correspondiente a monto de asignación por desgaste de herramientas percibido por el trabajador, siendo un desglose del “Monto total asignaciones que no constituyen remuneraciones". | Número (10) | 75000 | - |
| 21 | Monto asignación por combustible | Monto correspondiente a monto de asignación de combustible percibido por el trabajador, siendo un desglose del “Monto total asignaciones que no constituyen remuneraciones". | Número (10) | 75000 | - |
| 22 | Monto asignación por representación | Monto correspondiente a monto de asignación por representación percibido por el trabajador, siendo un desglose del “Monto total asignaciones que no constituyen remuneraciones". | Número (10) | 75000 | - |
| 23 | Monto otras asignaciones que no constituyen remuneración | Monto correspondiente a monto de otras asignaciones que no constituyen remuneración percibido por el trabajador, siendo un desglose del “Monto total asignaciones que no constituyen remuneraciones". | Número (10) | 75000 | - |
| 24 | Asignación régimen Medico | Identifica el porcentaje del monto de la remuneración que es asignado al centro de costo vinculado al régimen “Prestaciones Médicas”, pudiéndose asignar el monto a más de un centro de costo. | Decimal (4,3) | 0,600 | - |
| 25 | Asignación régimen Prevención | Identifica el porcentaje del monto de la remuneración que es asignado al centro de costo vinculado al régimen “Prestaciones Preventivas”. Pudiéndose asignar el monto a más de un centro de costo. | Decimal (4,3) | 0,100 | - |
| 26 | Asignación régimen F. Técnicas | Identifica el porcentaje del monto de la remuneración que es asignado al centro de costo vinculado al régimen “Funciones Técnicas”. Pudiéndose asignar el monto a más de un centro de costo. | Decimal (4,3) | 0,100 | - |
| 27 | Asignación régimen Administración | Identifica el porcentaje del monto de la remuneración que es asignado al centro de costo vinculado al régimen “Gastos Administrativos”. Pudiéndose asignar el monto a más de un centro de costo. | Decimal (4,3) | 0,100 | - |
| 28 | [Tipo de ocupación](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Tipo_Ocupación_2) | Tipo de Ocupación del Trabajador, considerando el cuarto nivel de detalle del dominio (4 dígitos). Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (4) | 1122 | 5 |
| 29 | [Titularidad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Titularidad) | Indica la calidad de titularidad del cargo que se ejerce, siendo este subrogante o interino. Campo habilitado sólo para aquellos individuos que poseen en campo “tipo de ocupación” el siguiente rango de códigos: desde “1” al “1439”. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 14 |
| 30 | Nombre del cargo | Corresponde al nombre genérico o bien al nombre especifico cuando sea necesario precisarlo (por ejemplo, “Gerente Subrogante”, “Subgerente de Finanzas”, etc.). Campo habilitado sólo para aquellos individuos que poseen en campo “tipo de ocupación” el siguiente rango de códigos: desde “1” al“1439”. | Texto (80) | Gerente de finanzas | - |
| 31 | Fecha termino o suspensión | Corresponde al último día en que ejerció el cargo. Cuando se trate de una persona que está ejerciendo el cargo en la fecha del reporte, el campo se llenará con ceros. Campo habilitado sólo para aquellos individuos que poseen en campo “tipo de ocupación” el siguiente rango de códigos: desde “1” al“1439”. | Número (8) AAAAMMDD | 20101006 | - |
| 32 | [Causal termino o suspensión](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Causal_termino_o_suspensión) | Corresponde a la identificación del motivo por el que se deja de ejercer el cargo, incluida la suspensión transitoria por subrogación. Campo habilitado sólo para aquellos individuos que poseen en campo “tipo de ocupación” el siguiente rango de códigos: desde “1” al “1439”. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 05 | 16 |
| 33 | Prevención de riesgos | Señalar si el trabajador realiza labores de prevención de riesgos en las empresas adheridas. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |

1. **ARCHIVO I02**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **I02** |
| **Referencia** | : | **Centros de Atención y Oficinas** |
| **Sistema** | : | Institución |
| **Periodicidad** | : | Trimestral |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL, Empresa con Administración Delegada |

**Definición:**

Corresponde a la información de los centros y oficinas que son propiedad del organismo administrador, así como también aquellas que son propiedad de terceros, pero en que exista la suscripción de un convenio, incluidos policlínicos en empresas y salas de primeros auxilios.

Los campos solicitados y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Identificación de centro de atención, oficina o sede | Corresponde al código que identifica en forma inequívoca en la entidad al centro de atención, oficina o sede, el cual debe ser asignado por la propia entidad. | Texto (20) | 111 | - |
| 2 | Dirección centro de atención, oficina o sede | Dirección completa del centro de atención, oficina o sede. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. | Texto (120) | Santo Domingo 1364, Depto. 2405 | - |
| 3 | [Comuna](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Comuna) | Comuna en la que está ubicado el centro de atención, oficina o sede. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 4 | [Tipo centro de atención, oficina o sede](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Tipo_centro_de_atención__oficina_o_sede.) | Tipo de centro de atención, oficina o sede. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 03 | 15 |
| 5 | [Tipo de propiedad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Tipo_de_propiedad) | Tipo de propiedad a que corresponde el lugar físico utilizado por el centro de atención, oficina o sede. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 12 |
| 6 | Fecha apertura | Fecha de apertura (o inicio de convenio) para atención del centro de atención, oficina o sede. | Número (8) AAAAMMDD | 201003 | - |
| 7 | Número de camas totales | Número de camas totales que posee el establecimiento. | Número (4) | 10 | - |
| 8 | Número de camas ley | Número de camas hospitalarias existentes dispuestas en el establecimiento para la atención de los pacientes protegidos por el Seguro de la Ley N° 16.744. | Número (4) | 10 | - |
| 9 | Número de ambulancias propias | Número de ambulancias propias de la institución principal en el establecimiento. | Número (4) | 5 | - |
| 10 | Número de ambulancias convenio | Número de ambulancias por convenio con otras instituciones dispuestas para en el establecimiento. | Número (4) | 2 | - |
| 11 | Id empresa | RUT de la empresa donde opera el policlínico o sala de primeros auxilios. Se deberá completar para los casos donde el campo “[Tipo centro de atención, oficina o sede](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Tipo_centro_de_atención__oficina_o_sede.)” registre códigos “03, 04, 05 o 06”. | Texto (11)  999999999-9 | 95668978-5 | - |

1. **ARCHIVO I03**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **I03** |
| **Referencia** | : | **Registro de Consultas y Reclamos (Stock)** |
| **Sistema** | : | Institución |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las consultas y reclamos, según lo definido en la Letra G., Título III, Libro VII. El archivo deberá contener el stock de consultas y reclamos para el mes de reporte.

Los campos solicitados y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código único | Código alfanumérico único que identifica de manera inequívoca la consulta o reclamo. | Texto (10) | A000001111 | - |
| 2 | RUT del causante | Corresponde al RUT de la persona o entidad a la que se refiere la presentación. En caso que el interesado sea el mismo que el causante, se deberá registrar el mismo RUT del campo “RUT del interesado”. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 3 | Nombre del causante | Corresponde al nombre completo del causante. | Texto (120) | Gabriela Barrios Contreras | - |
| 4 | Tipo de causante | Corresponde al tipo de causante. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 42 |
| 5 | RUT del interesado | Corresponde al RUT de la persona o entidad que realiza la presentación. En caso que el interesado sea el mismo que el causante, se deberá registrar el mismo RUT del campo “RUT del causante”. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 6 | Nombre del interesado | Corresponde al nombre completo del interesado. | Texto (120) | Gabriela Barrios Contreras | - |
| 7 | Tipo de interesado | Corresponde al tipo de interesado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 42 |
| 8 | Sexo del interesado | Sexo del interesado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 3 |
| 9 | Domicilio del interesado | Nombre de la calle, número y número de departamento, si corresponde, de la dirección asociada al interesado. | Texto (120) | Santo Domingo 1364 | - |
| 10 | Comuna del interesado | Comuna en la que está ubicado el domicilio del interesado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 11 | Teléfono del interesado | Teléfono de contacto del interesado. | Texto (15) | 5691234568 | - |
| 12 | Correo electrónico del interesado | Correo electrónico del interesado. | Texto (120) | gbarrios@mail.com | - |
| 13 | Fecha de presentación | Corresponde a la fecha de recepción de la consulta o reclamo que da origen al registro. | Número (8)  AAAAMMDD | 20141231 | - |
| 14 | Calidad de la presentación | Corresponde a la calidad de la presentación, indicando si la presentación se refiere a prestaciones de la ley o extra ley. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 41 |
| 15 | Tipo de presentación | Tipo de la presentación, identificando si corresponde a una consulta o a un reclamo. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 38 |
| 16 | Origen de la presentación | Identificación de la entidad por la que se recibió la consulta o reclamo, ya sea de forma directa al organismo administrador, o bien, a través de otras entidades. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 39 |
| 17 | Canal de recepción | Canal mediante el que se recibió la consulta o reclamo. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 40 |
| 18 | Clasificación de la presentación | Materia objeto de la consulta o reclamo. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 01 | 43 |
| 19 | Descripción de la presentación | Descripción del motivo de la consulta o reclamo que da origen al registro. | Texto (3000) | Reclamo debido a  problemas de … | - |
| 20 | Requerimiento de respuesta | Se deberá indicar si el interesado requirió o no la entrega de una respuesta formal por parte del organismo administrador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 21 | Fecha de respuesta | Corresponde a la fecha en que el organismo administrador responde al interesado mediante alguno de los canales definidos por la normativa. | Número (8)  AAAAMMDD | 20141231 | - |
| 22 | Requerimiento de prórroga | Se deberá indicar si el organismo administrador requirió o no de una prórroga para la elaboración de la respuesta al interesado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 23 | Presentación Ley N°20.584 | Se deberá indicar si la presentación corresponde a una consulta o reclamo correspondiente a la Ley N°20.584. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto(1) | 1 | 22 |

1. **ARCHIVO I04**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **I04** |
| **Referencia** | : | **Tiempos de espera en la atención médica y traslado** |
| **Sistema** | : | Institución |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los tiempos de espera en la atención médica y en el traslado de los pacientes atendidos en el mes de reporte, según lo dispuesto en las letras c) y e), número 2, letra A, Título II, Libro V.

La información que se deberá reportar es aquella relacionada con las atenciones médicas ambulatorias de urgencia, primera atención y controles programados, brindadas en los centros hospitalarios y en las agencias del organismo administrador que se encuentren ubicadas en las capitales regionales del país.

Los campos solicitados y el formato requerido por esta Superintendencia se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Identificación de centro de atención, oficina o sede | Corresponde al código que identifica en forma inequívoca en la entidad al centro de atención, oficina o sede, el cual debe ser asignado por la propia entidad. | Texto (20) | 111 | - |
| 2 | Id paciente | Corresponde al RUT del paciente. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 3 | Tipo de trabajador | Tipo de trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 2 | 2 |
| 4 | CUN | Código Único Nacional asociado al siniestro. En caso de corresponderá a un siniestro que no posee CUN, la entidad deberá asignarle un código único. | Texto (20) | 516156 | - |
| 5 | Hora de llegada al centro de atención | Corresponde a la fecha y hora de llegada del paciente al centro de atención. | Número (17)  AAAAMMDD HH:MM: SS | 20180320 16:01:23 | - |
| 6 | Hora de inicio de atención médica | Corresponde a la fecha y hora de inicio de la atención del paciente por el profesional médico. | Número (17)  AAAAMMDD HH:MM: SS | 20180320 16:01:23 | - |
| 7 | Hora de término de atención médica | Corresponde a la fecha y hora de término de la atención del paciente por el profesional médico. | Número (17)  AAAAMMDD HH:MM: SS | 20180320 16:01:23 | - |
| 8 | Hora de solicitud de transporte | Corresponde a la fecha y hora de solicitud del medio de transporte provisto por la mutualidad. En caso de no existir un traslado del paciente por parte de la mutualidad, se deberá informar vacío. | Número (17)  AAAAMMDD HH:MM: SS | 20180320 16:01:23 | - |
| 9 | Hora de traslado al domicilio | Corresponde a la fecha y hora de salida del paciente desde el centro de atención, mediante un medio de transporte provisto por la Mutualidad. En caso de no existir un traslado del paciente por parte de la Mutualidad, se deberá informar vacío. | Número (17)  AAAAMMDD HH:MM: SS | 20180320 16:01:23 | - |

1. **ARCHIVO I05**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **I05** |
| **Referencia** | : | **Sociedades u organismos filiales** |
| **Sistema** | : | Institución |
| **Periodicidad** | : | Semestral |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las sociedades u organismos filiales vinculados, directa o indirectamente con la mutualidad, e independiente del porcentaje de participación que ésta tenga en la propiedad de tales entidades.

Dicho archivo deberá incluir todas aquellas sociedades u organismos filiales (matriz y sus correspondientes filiales, hasta el último nivel de participación) que conforman los ítems 12070 “Inversiones en asociadas y en negocios conjuntos contabilizadas por el método de la participación” y 12080 “Otras inversiones contabilizadas por el método de la participación” del FUPEF-IFRS, contenido en la Letra A, Titulo IV, del Libro VIII del Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744. Se entenderá por organismo filial cualquier tipo de entidad en que participen las mutualidades en su constitución o modificación, tales como corporaciones, fundaciones y otras.

Los campos solicitados y el formato requerido se presentan a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código correlativo | Código numérico correlativo único que identifica a la sociedad u organismo filial que se vincula con la mutualidad, de forma directa o indirecta. | Número (20) | 1 | - |
| 2 | RUT Entidad | Corresponde al RUT de la sociedad u organismo filial. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 3 | Razón social | Corresponde a la razón social de la sociedad u organismo filial. | Texto (80) | Modelo S.A. | - |
| 4 | Nombre de fantasía | Corresponde al nombre de fantasía de la sociedad u organismo filial. | Texto (80) | Modelo | - |
| 5 | Tipo de participación | Tipo de participación de la mutualidad, indicando si es directa o indirecta. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 2 | 45 |
| 6 | Vinculaciones societarias | Código numérico que identifica a la sociedad u organismo filial vinculado directamente con otra sociedad ubicada en un nivel superior de la malla societaria de la mutualidad. Se deberá hacer referencia al campo "Código correlativo" que corresponda. En caso que la sociedad u organismo filial esté vinculado directamente con la mutualidad, se debe dejar vacío. Para aquellas entidades que tienen más de una vinculación directa, se deberá informar un registro por cada entidad a la que se vincule en un nivel superior de la malla societaria de la mutualidad. | Número (20) | 3 | - |
| 7 | Porcentaje de participación sociedad u organismo filial vinculado | Porcentaje de participación directa que posee la sociedad u organismo filial vinculado directamente en un nivel superior de la malla societaria de la mutualidad, el que deberá ser informado como factor. Por ejemplo, un porcentaje de participación del 90% debe ser informado como 0,9000. | Decimal (5,4) | 0,9000 | - |
| 8 | Porcentaje de participación mutualidad | Porcentaje de participación directa o indirecta, según corresponda, que posee la mutualidad en la entidad, el que deberá ser informado como factor. Por ejemplo, un porcentaje de participación del 90% debe ser informado como 0,9000. | Decimal (5,4) | 0,9000 | - |
| 9 | Porcentaje de participación Socio 1 | Porcentaje de participación del socio que posea la mayor participación en la sociedad u organismo filial, sin considerar a la mutualidad, el que deberá ser informado como factor. Por ejemplo, un porcentaje de participación del 90% debe ser informado como 0,9000. | Decimal (5,4) | 0,9000 | - |
| 10 | RUT Socio 1 | Corresponde al RUT del Socio 1 de la entidad. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 11 | Razón social Socio 1 | Corresponde a la razón social del Socio 1 de la entidad. | Texto (80) | Socio 1 S.A. | - |
| 12 | Porcentaje de participación Socio 2 | Porcentaje de participación del socio que posea la segunda mayor participación en la sociedad u organismo filial, sin considerar a la mutualidad, el que deberá ser informado como factor. Por ejemplo, un porcentaje de participación del 90% debe ser informado como 0,9000. | Decimal (5,4) | 0,9000 | - |
| 13 | RUT Socio 2 | Corresponde al RUT del Socio 2 de la entidad. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 14 | Razón social Socio 2 | Corresponde a la razón social del Socio 2 de la entidad. | Texto (80) | Socio 2 S.A. | - |
| 15 | Porcentaje de participación Socio 3 | Porcentaje de participación del socio que posea la tercera mayor participación en la sociedad u organismo filial, sin considerar a la mutualidad, el que deberá ser informado como factor. Por ejemplo, un porcentaje de participación del 90% debe ser informado como 0,9000. | Decimal (5,4) | 0,9000 | - |
| 16 | RUT Socio 3 | Corresponde al RUT del Socio 3 de la entidad. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 17 | Razón social Socio 3 | Corresponde a la razón social del Socio 3 de la entidad. | Texto (80) | Socio 3 S.A. | - |
| 18 | Porcentaje de participación Socios restantes | Porcentaje de participación que poseen en conjunto los socios restantes sin considerar a la mutualidad, el que deberá ser informado como factor. Por ejemplo, un porcentaje de participación del 90% debe ser informado como 0,9000. | Decimal (5,4) | 0,9000 | - |
| 19 | Nombre Representante Legal | Nombre del Representante Legal de la sociedad u organismo filial. | Texto (80) | Juan Pérez González | - |
| 20 | Rut Representante Legal | Corresponde al RUT del Representante Legal de la sociedad u organismo filial. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 21 | Nombre Gerente General | Nombre del Gerente General de la sociedad u organismo filial. | Texto (80) | Juan Pérez González | - |
| 22 | Rut Gerente General | Corresponde al RUT del Gerente General de la sociedad u organismo filial. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 23 | E-mail Gerente General | Corresponde al correo electrónico del Gerente General de la sociedad u organismo filial. | Texto (120) | jperez@chile.cl | - |
| 24 | Fono Gerente General | Corresponde al teléfono del Gerente General de la sociedad u organismo filial. | Número (20) | 56990999999 | - |

1. **ARCHIVO I06**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **I06** |
| **Referencia** | : | **Directores de las sociedades u organismos filiales** |
| **Sistema** | : | Institución |
| **Periodicidad** | : | Semestral |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los directores de las sociedades u organismos filiales.

Los campos solicitados y el formato requerido se presentan a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | RUT Entidad | Corresponde al RUT de la sociedad u organismo filial. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 2 | Nombre | Corresponde al nombre del director de la sociedad u organismo filial. | Texto (80) | Juan Pérez González | - |
| 3 | Cargo | Corresponde al cargo del director. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 46 |
| 4 | Monto dieta | Monto de la dieta por sesión, estipulada en los estatutos. Debe ser informada en pesos. | Número (20) | 1000000 | - |

1. **ARCHIVO R01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **R01** |
| **Referencia** | : | **Pensionados** |
| **Sistema** | : | Régimen |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los antecedentes de todos los pensionados vigentes y en tramitación al cierre del mes de la información reportada.

Se consideran todos los pensionados a los cuales la entidad les pagó una pensión en el período de reporte, entiéndase por ello, todas las pensiones emitidas a pago aun cuando no hayan sido cobradas por el beneficiario, y aquellos que se encuentren tramitando la pensión en la institución.

El detalle de los campos y el formato se presenta a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id beneficiario | Identificador del beneficiario. Corresponde al RUT del beneficiario de la pensión, en el caso de ser la misma persona causante de la pensión, repetir el RUT. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 2 | Nombre beneficiario | Corresponde a los nombres de la persona pensionada o en tramitación. | Texto (80) | Gabriela Andrea | - |
| 3 | Apellido paterno del beneficiario | Corresponde al apellido paterno de la persona pensionada o en tramitación. | Texto (80) | Mistral | - |
| 4 | Apellido materno del beneficiario | Corresponde al apellido materno de la persona pensionada o en tramitación. | Texto (80) | Contreras | - |
| 5 | Fecha de nacimiento beneficiario | Fecha de nacimiento del beneficiario. | Número (8) AAAAMMDD | 19800305 | - |
| 6 | [Nacionalidad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Nacionalidad) | Corresponde a la nacionalidad del beneficiario. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 4 |
| 7 | [Sexo](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Sexo) | Sexo del beneficiario. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 3 |
| 8 | Estado civil | Estado civil que posee el beneficiario. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 23 |
| 9 | [Comuna](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Comuna) | Indicar la comuna asociada al lugar de ocurrencia del evento que originó la pensión. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 10 | CUN | Código Único Nacional asociado a la pensión. En caso de corresponder a un siniestro que no posee CUN, la entidad deberá asignarle un código único. | Texto (20) | 516156 | - |
| 11 | Estado pensión | Corresponde al estado de la pensión en relación a su otorgamiento. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 26 |
| 12 | [Tipo de pensión](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Tipo_de_pensión) | Tipo de pensión. Los pensionados ascendientes y descendientes serán aquellos que son definidos en el artículo 48 de la Ley N° 16.744. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 01 | 17 |
| 13 | Origen del evento | Tipo de identificador del origen del evento relacionado a la pensión. Se consideran los códigos del 01 al 03. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 01 | 18 |
| 14 | Grado de incapacidad | Grado de incapacidad a la que está asociada la pensión, la que deberá ser informada como factor. Por ejemplo, un grado de incapacidad del 70% debe ser informado como “0,7”. | Decimal (4,3) | 0,700 | - |
| 15 | [Condición del pensionado](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Condición_del_Pensionado) | Tipo de identificador de la condición del pensionado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 19 |
| 16 | Número de cargas familiares | Número de cargas familiares autorizadas del pensionado. Se deberá señalar para las distintas pensiones de invalidez, de viudez y de madre de hijo no matrimonial. En el caso que no existiesen hijos causantes de Asignación Familiar, se deberá señalar con un 0. | Número (2) | 01 | - |
| 17 | Factor utilizado en el cálculo del capital representativo | Corresponde al factor utilizado para calcular el capital representativo del pensionado, luego de descontar los duodécimos de los meses cumplidos de la edad del pensionado, el que deberá ser informado con tres decimales. En el caso de pensión de orfandad o de viudez y de madres de hijos de afiliación no matrimonial, el factor debe ser presentado con el ajuste metodológico. | Decimal (4,3) | 3,255 | - |
| 18 | Fecha inicio de pensión | Se deberá considerar la fecha de inicio de la pensión que se señala en la resolución que la otorga, de tal forma que la fecha de la resolución con la fecha de inicio de la pensión no necesariamente debe ser la misma. En los casos de pensión transitoria, la fecha de inicio debe corresponder a la fecha de cumplimiento de las 104 semanas. | Número (8) AAAAMMDD | 19800305 | - |
| 19 | Número de resolución de incapacidad | Número de Resolución de Incapacidad Permanente. Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Texto (10) | 13215 | - |
| 20 | Fecha de solicitud de la resolución de incapacidad | Corresponde a la fecha en que se solicita la Resolución de Incapacidad Permanente. Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (8) AAAAMMDD | 20100305 | - |
| 21 | Fecha de emisión de la resolución de incapacidad | Corresponde a la fecha de emisión de la Resolución de Incapacidad Permanente. Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (8) AAAAMMDD | 20100305 | - |
| 22 | Fecha de inicio de la incapacidad | Corresponde a la fecha de inicio de la incapacidad registrada en la Resolución de Incapacidad Permanente. Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (8) AAAAMMDD | 20100305 | - |
| 23 | Capital representativo total | Corresponde al capital representativo constituido por pensión normal más la proporción que es de cargo del fondo de contingencia. No se incluye capital representativo por concurrencias por cobrar, por cuanto no corresponde su constitución (cuentas vinculadas a la actual FUPEF: “21050 + 22050”). | Número (14) | 200000 | - |
| 24 | Capital representativo constituido por pensión normal | Corresponde al capital representativo calculado sin considerar bonificaciones, concurrencias por cobrar ni por incrementos extraordinarios. | Número (14) | 200000 | - |
| 25 | Capital representativo por proporción de la pensión de cargo fondo de contingencia | Corresponde al capital representativo calculado por incrementos extraordinarios. | Número (14) | 200000 | - |
| 26 | Monto total de la pensión | Considera el monto de la pensión con sus reajustes, incrementos, suplementos del artículo 40 y por aumento del artículo 41 Ley N°16.744, concurrencias de otros organismos administradores y bonificaciones otorgadas a las viudas por las Leyes N°s 19.403, 19.539, 19.953, y aguinaldos cuando corresponda. | Número (14) | 200000 | - |
| 27 | Monto total efectivo pagado de pensión | Corresponde al monto efectivamente pagado en el mes, incluidos los montos retroactivos pendientes de pago de pensiones devengadas en meses anteriores. | Número(14) | 200000 | - |
| 28 | Incremento Ley N° 19.578 | Monto de la pensión asociado a incremento Ley N°19.578.  Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (14) | 20000 | - |
| 29 | Incremento Ley N° 19.953 | Monto de la pensión asociado a incremento Ley N°19.953.  Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (14) | 20000 | - |
| 30 | Incremento Ley N° 20.102 | Monto de la pensión asociado a incremento Ley N°20.102.  Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (14) | 20000 | - |
| 31 | Bonificación Ley N° 19.403 | Monto de la pensión asociado a bonificación Ley N°19.403.  Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (14) | 20000 | - |
| 32 | Bonificación Ley N° 19.539 | Monto de la pensión asociado a bonificación Ley N°19.539.  Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (14) | 20000 | - |
| 33 | Bonificación Ley N° 19.953 | Monto de la pensión asociado a bonificación Ley N°19.953.  Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (14) | 20000 | - |
| 34 | Suplemento por Artículo 40 de la Ley N° 16.744 | Monto asociado a suplemento por artículo 40 de la Ley N°16.744.  Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (14) | 20000 | - |
| 35 | Aumento por Artículo 41 de la Ley N° 16.744 | Monto asociado a aumento por artículo 41 de la Ley N°16.744.  Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (14) | 20000 | - |
| 36 | Aporte previsional solidario | Monto asociado al aporte previsional solidario vinculado a la Ley N°20.255.  Llenar en el caso que campo “Estado pensión” sea tipo “2”. | Número (14) | 20000 | - |
| 37 | Aguinaldo mensual | Monto asociado a la suma de los pagos de aguinaldos por fiestas patrias y navidad en mensualidades (total del año dividido por 12). | Número(14) | 20000 | - |
| 38 | Monto de la concurrencia por cobrar | Corresponde a la suma de las concurrencias de los distintos organismos administradores que concurren al pago de la pensión. | Número (14) | 20000 | - |
| 39 | Porcentaje de concurrencia ACHS | Corresponde a la concurrencia del organismo administrador "ACHS" que concurre al pago de la pensión, la que deberá ser informada como factor expresado con cuatro decimales. En caso que la entidad reportadora sea "ACHS" informar la proporción del gasto propio que corresponde afrontar. | Decimal (4,3) | 0,605 | - |
| 40 | Porcentaje de concurrencia MUSEG | Corresponde a la concurrencia del organismo administrador "MUSEG" que concurre al pago de la pensión, la que deberá ser informada como factor expresado con cuatro decimales. En caso que la entidad reportadora sea "MUSEG" informar la proporción del gasto propio que corresponde afrontar. | Decimal (4,3) | 0,605 | - |
| 41 | Porcentaje de concurrencia IST | Corresponde a la concurrencia del organismo administrador "IST" que concurre al pago de la pensión, la que deberá ser informada como factor expresado con cuatro decimales. En caso que la entidad reportadora sea "IST" informar la proporción del gasto propio que corresponde afrontar. | Decimal (4,3) | 0,605 | - |
| 42 | Porcentaje de concurrencia ISL | Corresponde a la concurrencia del organismo administrador "ISL" que concurre al pago de la pensión, la que deberá ser informada como factor expresado con cuatro decimales. En caso que la entidad reportadora sea "ISL" informar la proporción del propio que corresponde afrontar. | Decimal (4,3) | 0,605 | - |
| 43 | Rut del causante | Deberá señalarse el RUT del accidentado o fallecido que originó la pensión. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 44 | Rut de la madre | Deberá señalarse el RUT de la madre, o del padre inválido, de las pensiones de orfandad correspondientes. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 45 | Monto pensión constituir capital representativo | Corresponde al monto de la pensión que se utilizó para constituir los capitales representativos del pensionado. | Número (14) | 200000 | - |
| 46 | [Segunda pensión](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Respuesta_dicotomica) percibida | Deberá señalarse si el beneficiario recibe otra pensión, adicional a la establecida por la Ley N°16.744. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 47 | [Régimen legal de la segunda pensión](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Régimen_legal_de_la_segunda_pensión) | Se deberá identificar el cuerpo legal que otorga la segunda pensión. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 20 |
| 48 | Fecha de inicio de la segunda pensión | Se deberá considerar la fecha de inicio de la segunda pensión. | Número (8) AAAAMMDD | 20100305 | - |
| 49 | Monto total de la segunda pensión | Considera el monto bruto de la segunda pensión. | Número (14) | 200000 | - |
| 50 | Ingreso base | Monto del ingreso utilizado para el cálculo de la pensión. | Número (14) | 200000 | - |
| 51 | Pensión de vejez en trámite | Indicar si el pensionado se encuentra en trámite de pensión de vejez del Decreto Ley N° 3.500. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 52 | Duración | Corresponde a la duración asociada al pasivo que representa la pensión vigente o en trámite, medida en años. Su definición esta descrita en la Letra C., Título IV, Libro VII. | Decimal (8,4) | 3,5500 | - |
| 53 | Duración modificada | Corresponde a la duración modificada asociada al pasivo que representa la pensión vigente o en trámite, informada como factor. Su definición esta descrita en la Letra C., Título IV, Libro VII. | Decimal (8,4) | 3,5500 | - |
| 54 | Tabla mortalidad | Corresponde a la tabla de mortalidad de donde proviene el factor utilizado en el cálculo de la reserva. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 01 | 36 |
| 55 | Interés técnico | Corresponde al interés técnico utilizado para estimar los factores de la tabla de mortalidad. Debe ser informado como factor. | Decimal (5,4) | 0,0400 | - |
| 56 | Pensión en transición | Indicador categórico que define si la pensión reportada está en proceso de transición desde una pensión otorgada por el Sistema de la Ley N°16.744 hacia otro tipo de régimen de pensiones (ejemplo sistema AFP). Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 37 |
| 57 | Pensión transitoria | Indicador categórico que define si la pensión reportada corresponde a una pensión transitoria que se otorga por aplicación de lo establecido en el artículo 31 de la Ley N° 16.744. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 58 | Pensión trabajo pesado | Indicador categórico que define si el pensionado percibe una pensión de vejez anticipada por trabajo pesado, según la aplicación de lo establecido en la Ley N°19.404. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 59 | Porcentaje de reajuste DL N°2.448 | Corresponde al porcentaje de reajuste que procede otorgar a las pensiones según lo establecido en el artículo 14 del DL N°2.448, de 1978. En caso de que dicho porcentaje sea negativo, se debe registrar el valor 0. El porcentaje de reajuste se debe informar como factor. Por ejemplo, un reajuste de 2,50% debe ser informado como 0,0250. | Decimal (5,4) | 0,0250 | - |
| 60 | Monto del reajuste DL N°2.448 | Corresponde al monto que se obtiene al aplicar el porcentaje que corresponda según el artículo 14 del DL N°2.448, de 1978, al monto de la pensión. Debe ser mayor o igual a 0. | Número (14) | 54125 | - |

1. **ARCHIVO R02**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **R02** |
| **Referencia** | : | **Concurrencias por Pagar** |
| **Sistema** | : | Régimen |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las concurrencias por pagar, referente a la responsabilidad que tiene la entidad en relación al pago de pensiones con otros organismos administradores, durante el período comprendido en el reporte de información.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presenta a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id beneficiario | Identificador del beneficiario. Corresponde al RUT del beneficiario. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 2 | Rut del causante | Deberá señalarse el RUT del accidentado, enfermo o fallecido que originó la pensión. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 3 | [Nacionalidad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Nacionalidad) | Corresponde a la nacionalidad del beneficiario. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 4 |
| 4 | [Organismo que paga la pensión](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Código_de_entidad_Reportadora) | Se deberá informar el organismo administrador que paga la pensión al beneficiario. Los códigos permitidos para estos efectos son: 11, 12, 13, 21. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 11 | 1 |
| 5 | Monto total de la pensión | Considera el monto de la pensión con sus reajustes, incrementos, suplementos del articulo 40 y por aumento del artículo 41 Ley N° 16.744, concurrencias de otros organismos administradores y bonificaciones otorgadas a las viudas por las Leyes N°s 19.403, 19.539 y 19.953. | Número (14) | 200000 | - |
| 6 | Monto de la concurrencia por pagar | Corresponde al monto de la concurrencia por pagar, por parte de la entidad reportadora a otros organismos administradores de la Ley N° 16.744. | Número (14) | 200000 | - |
| 7 | Porcentaje de concurrencia por pagar | Si la institución reportadora paga la pensión sin que concurran otros organismos administradores, se deberá señalar con un 1 para definir que es un 100%, en tanto que si concurren otros organismos administradores, se deberá registrar la proporción de cargo de la institución reportadora, la que deberá ser informada como factor expresado con cuatro decimales. | Decimal (5,4) | 0,3120 | - |
| 8 | Capital representativo total | Corresponde al capital representativo constituido por pensión normal más la proporción que es de cargo del fondo de contingencia (cuentas vinculadas a la actual FUPEF: 21050 + 22050). | Número (14) | 200000 | - |
| 9 | Factor utilizado en el cálculo del capital representativo | Corresponde al factor utilizado para calcular el capital representativo del pensionado, luego de descontar los duodécimos de los meses cumplidos de la edad del pensionado, el que deberá ser informado con tres decimales. | Decimal (4,3) | 3,232 | - |
| 10 | Monto de la  pensión para constituir capital representativo | Corresponde al monto de la pensión que se utilizó para constituir los capitales representativos del pensionado. | Número (14) | 200000 | - |

1. **ARCHIVO R03**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **R03** |
| **Referencia** | : | **Gastos por Prestaciones Médicas** |
| **Sistema** | : | Régimen |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL, Empresas con Administración Delegada |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle del gasto incurrido por la entidad reportadora en el mes informado, asociado al otorgamiento de los beneficios médicos concedidos a los trabajadores protegidos.

Los gastos por prestaciones médicas podrán estar asociados a eventos ocurridos en el mes de referencia, así como también a eventos ocurridos con anterioridad, cuyo gasto se efectúe en el período de reporte.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presenta a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id beneficiario | Identificador del afiliado beneficiario. Corresponde al RUT del beneficiario. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 2 | Id empresa | Identificador de la empresa adherida. Corresponde al RUT de la empresa adherida. | Texto (11)  999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 3 | Tipo de trabajador | Tipo de trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 2 | 2 |
| 4 | [Nacionalidad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Nacionalidad) | Corresponde a la nacionalidad del beneficiario. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 4 |
| 5 | CUN | Código Único Nacional. En caso de corresponder a un siniestro que no posee CUN, la entidad deberá asignarle un código único. | Texto (20) | 516156 | - |
| 6 | Origen evento | Tipo de identificador del origen del evento que genera el gasto. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 01 | 18 |
| 7 | Monto | En este campo se debe incluir el monto total correspondiente al gasto realizado por la entidad reportadora asociado a los campos anteriores para el período de referencia. | Número (14) | 300000 | - |

1. **ARCHIVO R04**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | R04 |
| **Referencia** | : | Gastos por Subsidios |
| **Sistema** | : | Régimen |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL, Empresas con Administración Delegada |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los subsidios otorgados por la entidad reportadora en el mes informado incluyendo aquellos pagados por el artículo 77Bis.

Al respecto, se deberán informar los subsidios que se devengaron en el mes, así como también aquellos subsidios que se devengaron en períodos anteriores pero que fueron efectivamente pagados en el mes de reporte.

Cabe señalar que, la unicidad del registro estará dada por la combinación de los siguientes campos: Id beneficiario, Id empresa, CUN, Fecha de devengamiento o pago, Tipo de Movimiento y Medio de pago. Dado lo anterior, si un mismo CUN tiene asociado más de un medio de pago, se deberá informar un registro por cada medio utilizado.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presenta a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id beneficiario | Identificador del afiliado beneficiario. Corresponde al RUT del beneficiario. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 2 | Id empresa | Identificador de la empresa adherida. Corresponde al RUT de la empresa adherida. | Texto (11)  999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 3 | Tipo de trabajador | Tipo de trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 2 | 2 |
| 4 | [Nacionalidad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Nacionalidad) | Corresponde a la nacionalidad del beneficiario. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 4 |
| 5 | CUN | Código Único Nacional. En caso de corresponder a un siniestro que no posee CUN, la entidad deberá asignarle un código único. | Texto (20) | 516156 | - |
| 6 | Numero días pagados | Corresponde al número de días pagados asociado al subsidio. | Número (3) | 3 | - |
| 7 | Fecha de devengamiento o pago | Fecha en la que se realizó el devengamiento o el pago del subsidio, según corresponda. | Número (8) AAAAMMDD | 20101231 | - |
| 8 | Base de cálculo | Corresponde al monto de la remuneración neta calculada como base para el pago del subsidio. Se deberá informar sólo valores iguales o mayores a cero. | Número (14) | 300000 | - |
| 9 | Monto total del subsidio | En este campo se debe incluir el monto total correspondiente al gasto realizado por la entidad reportadora asociado a los campos anteriores para el período de referencia. Se deberá informar sólo valores iguales o mayores a cero. | Número (14) | 300000 | - |
| 10 | Monto a pagar | Corresponde al monto del subsidio menos la cotización para seguro de cesantía que corresponda por los días de subsidio. Se deberá informar sólo valores iguales o mayores a cero. | Número (14) | 300000 | - |
| 11 | Tipo de Movimiento | Se deberá indicar el tipo de movimiento asociado al subsidio. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 87 |
| 12 | Subsidio período de evaluación | Se deberá indicar si corresponde a un pago de subsidios durante el período de evaluación de la incapacidad del trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 13 | Medio de pago | Se deberá indicar el medio de pago por el cual se dispuso el beneficio económico. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 88 |

1. **ARCHIVO R05**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | R05 |
| **Referencia** | : | Gastos por Indemnizaciones |
| **Sistema** | : | Régimen |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL, Empresas con Administración Delegada |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle del gasto incurrido por la entidad reportadora en el mes informado, asociado al otorgamiento de indemnizaciones a los trabajadores protegidos.

Al respecto, se deberán informar las indemnizaciones que se devengaron en el mes, así como también aquellas indemnizaciones que se devengaron en períodos anteriores pero que fueron efectivamente pagadas en el mes de reporte.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presenta a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id beneficiario | Identificador del afiliado beneficiario. Corresponde al RUT del beneficiario. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 2 | Id empresa | Identificador de la empresa adherida. Corresponde al RUT de la empresa adherida. | Texto (11)  999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 3 | Tipo de trabajador | Tipo de trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 2 | 2 |
| 4 | [Nacionalidad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Nacionalidad) | Corresponde a la nacionalidad del beneficiario. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 4 |
| 5 | CUN | Código Único Nacional asociado a la pensión. En caso de corresponder a un siniestro que no posee CUN, la entidad deberá asignarle un código único. | Texto (20) | 516156 | - |
| 6 | Número de resolución | Número de la Resolución de Incapacidad Permanente. | Texto (10) | 13215 | - |
| 7 | Grado de incapacidad | Grado de incapacidad a la que está asociada la indemnización, la que deberá ser informada como factor. Por ejemplo, un grado de incapacidad del 40% debe ser informado como “0,400”. | Decimal (4,3) | 0,400 | - |
| 8 | Fecha de solicitud de la resolución de incapacidad | Corresponde a la fecha en que se solicita la Resolución de Incapacidad Permanente. | Número (8) AAAAMMDD | 20100305 | - |
| 9 | Fecha de emisión de la resolución de incapacidad | Corresponde a la fecha de emisión de la Resolución de Incapacidad Permanente. | Número (8) AAAAMMDD | 20100305 | - |
| 10 | Fecha de inicio de la incapacidad | Corresponde a la fecha de inicio de la incapacidad registrada en la Resolución de Incapacidad Permanente. | Número (8) AAAAMMDD | 20100305 | - |
| 11 | Fecha de pago o devengamiento | Fecha en la que se realizó el devengamiento o el pago de la indemnización, según corresponda. | Número (8) AAAAMMDD | 20101231 | - |
| 12 | Sueldo base | Corresponde al monto del sueldo base considerado para la determinación del beneficio. | Número (14) | 300000 | - |
| 13 | Monto total de la indemnización | En este campo se debe incluir el monto total correspondiente al gasto realizado por la entidad reportadora asociado a los campos anteriores para el período de referencia. | Número (14) | 300000 | - |
| 14 | Indemnización pagada | Se deberá indicar si corresponde a una indemnización efectivamente pagada al beneficiario en el período de reporte. En caso de corresponder a un devengamiento del beneficio se deberá completar con código “2”. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |

1. **ARCHIVO R06**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | R06 |
| **Referencia** | : | Reserva por Prestaciones Médicas |
| **Sistema** | : | Régimen |
| **Periodicidad** | : | Trimestral |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los antecedentes de todos los expuestos vigentes que generan obligaciones de otorgar prestaciones médicas, hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por el accidente del trabajo, de trayecto o la enfermedad profesional, al cierre del mes de la información reportada.

El detalle de los campos y el formato se presenta a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id expuesto | Identificador que corresponde al RUT del expuesto afecto a reserva de la prestación médica. | Texto (11)  999999999-9 | 15677881-8 | - |
| 2 | Nombre expuesto | Corresponde a los nombres de la persona expuesta a reserva de la prestación. | Texto (80) | Gabriela Andrea | - |
| 3 | Apellido paterno del expuesto | Corresponde al apellido paterno de la persona expuesta a reserva de la prestación. | Texto (80) | Mistral | - |
| 4 | Apellido materno del expuesto | Corresponde al apellido materno de la persona expuesta a reserva de la prestación. | Texto (80) | Contreras | - |
| 5 | [Nacionalidad](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Nacionalidad) | Corresponde a la nacionalidad del expuesto a reserva. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 4 |
| 6 | Fecha de nacimiento expuesto | Fecha de nacimiento del expuesto. | Número (8) AAAAMMDD | 19800305 | - |
| 7 | [Sexo](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Sexo) | Sexo del expuesto. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 3 |
| 8 | CUN | Código Único Nacional asociado al siniestro. En caso de corresponder a un siniestro que no posee CUN, la entidad deberá asignarle un código único e inequívoco. | Texto (20) | 516156 | - |
| 9 | Fecha de ocurrencia | Se deberá considerar la fecha de emisión de la DIAT cuando sea a consecuencia de un accidente o fecha de emisión de la DIEP en el caso de una enfermedad profesional. | Número (8) AAAAMMDD | 19800305 | - |
| 10 | Origen de la reserva | Tipo de identificador del origen de la reserva que genera el gasto. Se consideran los códigos del 01 al 03. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 01 | 18 |
| 11 | [Tipo de expuesto](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Tipo_de_pensión) | Tipo de expuesto. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 01 | 68 |
| 12 | Grado de incapacidad | Grado de incapacidad del expuesto, la que deberá ser informada como factor. Por ejemplo, un grado de incapacidad del 70% debe ser informado como “0,7”. | Decimal (4,3) | 0,700 | - |
| 13 | [Condición del expuesto](file:///C:\Documents%20and%20Settings\csantana\Escritorio\SUSESO\MUTUALES\7.%20Información\Levantamiento%20Mutuales\Modelo%20Mutuales%2006072012%20(+%20COMENTARIO%20USESAT).xlsx#Condición_del_Pensionado) | Tipo de identificador de la condición del expuesto. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 19 |
| 14 | Tratamiento principal | Corresponde al diagnóstico/tratamiento principal que genera la clasificación en una de las tablas de persistencia y origina la reserva, todo asociado a un CUN. | Texto (8) |  | STCIE10 CIE10 N 1 |
| 15 | Código tabla de persistencia | Código único que identifica la tabla de persistencia asociada al tratamiento principal del expuesto, de forma inequívoca, que asigna cada Entidad Reportadora. Dicho código se compondrá por la concatenación de “T“ y un número de 2 caracteres, tal como se indica en el ejemplo. Este número se deberá asignar a cada tabla de persistencia de forma correlativa comenzando por el valor “01”. | Texto (3) | T01 | - |
| 16 | Número de periodos cumplidos del tratamiento | Corresponde al número de periodos cumplidos del tratamiento principal según el largo de la tabla de persistencia en la que está el expuesto a la fecha de cálculo de la reserva. | Número (3) | 100 | - |
| 17 | Número de periodos faltantes por proyectar | Corresponde al mínimo entre los periodos faltantes de tratamiento () y la diferencia entre la edad tope () de la tabla de mortalidad y la edad con meses del expuesto () a la fecha de cálculo de la reserva. | Número (3) | 100 | - |
| 18 | Tabla mortalidad | Corresponde a la tabla de mortalidad de donde provienen los Lx utilizados en el cálculo de la reserva. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (2) | 01 | 36 |
| 19 | Año de factor de mejoramiento | Corresponde a la cantidad de años transcurridos desde el año de referencia de la tabla, considerados para efecto de aplicar el factor de mejoramiento de acuerdo a la tabla de mortalidad utilizada. | Número (1) | 1 | - |
| 20 | Tasa de interés técnico | Corresponde a la tasa real de interés técnico () utilizada en la estimación de la reserva por prestaciones médicas. Debe ser informado como factor. | Decimal (5,4) | 0,0400 | - |
| 21 | Tasa de ahorro por eficiencia | Corresponde a la tasa de ahorro () producto de la ganancia en eficiencia utilizada sólo para efectos de determinar el flujo del año siguiente de la reserva a proyectar. Debe ser informado como factor. | Decimal (5,4) | 0,0400 | - |
| 22 | Variación de costo de salud | Corresponde al porcentaje de variación real anual esperada (Var) de acuerdo a las variaciones históricas del IPC de salud. Debe ser informado como factor. | Decimal (6,5) | 3,25555 | - |
| 23 | Monto total base | Corresponde al monto base que se utilizó para constituir la reserva por prestación médica del expuesto (). Debe incluirse en este campo la totalidad de gastos asociado al CUN, que se generen en el primer período. | Número (14) | 200000 | - |
| 24 | Factor acumulado utilizado en el cálculo de la reserva | Corresponde a la sumatoria de los factores utilizados para calcular la reserva por prestaciones médicas (), el que deberá ser informado mediante la aproximación al quinto decimal. En el caso de que se termine su tabla de persistencia, y se siga con tratamientos, este campo debe reflejar el valor por una provisión de gasto equivalente a 12 meses de tratamiento. | Decimal (6,5) | 3,25555 | - |
| 25 | Reserva total por prestaciones médicas | Corresponde a la reserva total constituida por prestaciones médicas por otorgar (cuentas vinculadas a la actual FUPEF: “21060 + 22060”). | Número (14) | 200000 | - |

1. **ARCHIVO G01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | G01 |
| **Referencia** | : | Eventos de Riesgo Operacional |
| **Sistema** | : | Gestión |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los eventos de riesgo operacional, según lo descrito en la Letra G., Título IV, Libro VII. El archivo deberá contener el reporte de todos los eventos de riesgo operacional ocurridos en el mes de referencia, y éste podrá ser remitido hasta el último día del mes siguiente. El evento de riesgo operacional individualizado deberá ser informado en el reporte mensual correspondiente, por única vez, a menos que el evento presente modificaciones, en periodos posteriores, en términos de su definición. De no existir eventos de riesgo operacional para un mes determinado, el archivo no deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código evento | Código único que identifica el evento de riesgo operacional, de forma inequívoca, que asigna cada Entidad Reportadora. Dicho código se compondrá por la concatenación de “E- “y un número de 8 caracteres, tal como se indica en el ejemplo. Este número se deberá asignar a cada evento de riesgo operacional de forma correlativa comenzando por el valor “00000001”. | Texto (10) | E-00000001 | - |
| 2 | Línea negocio | Identificación de la(s) línea(s) de negocio en que se ha producido el evento que registra. Ver tabla de dominio correspondiente.  Si un evento afecta más de una línea de negocio, se deberá enviar distintos registros con un mismo código de evento, para cada una.  En el caso que la mutualidad cuente con líneas de negocio internas, éstas deberán encontrarse mapeadas a las líneas de negocio definidas en la correspondiente tabla de dominio.  Los eventos que no tengan efectos directos en ninguna de las líneas de negocio, o aquellos que tengan efectos globales en la Entidad Reportante y que afecten a todas las líneas de negocio, deberán registrarse bajo el dominio “otros procesos distintos a los anteriores”. (Código 1901). | Texto (4) | 1001 | 27 |
| 3 | Tipo evento | Identificación del tipo en que puede clasificarse el evento de riesgo operacional. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (3) | 101 | 28 |
| 4 | Fecha ocurrencia | Fecha de ocurrencia o de inicio asociado al evento de riesgo operacional reportado. | Número (8)  AAAAMMDD | 20141231 | - |
| 5 | Fecha detección | Fecha de detección, descubrimiento o toma de consciencia del evento de riesgo operacional reportado. | Número (8)  AAAAMMDD | 20141231 | - |
| 6 | Descripción evento | Descripción del detalle del evento que se registra. Se debe indicar la línea de negocio afectada y aquellas personas, sistemas, procesos o eventos externos involucrados, además de toda aquella información que permita entender la materialización del evento. | Texto (250) | Interrupción del sistema de pagos por corte de electricidad… | -. |

1. **ARCHIVO G02**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | G02 |
| **Referencia** | : | Impactos de Riesgo Operacional |
| **Sistema** | : | Gestión |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los impactos de eventos de riesgo operacional, según lo descrito en la Letra G., Título IV, Libro VII. El archivo deberá contener el reporte de todos los impactos de eventos de riesgo operacional ocurridos en el mes de referencia, y éste podrá ser remitido hasta el último día del mes siguiente.

Para el caso de impactos calificados como “monetarios”, se deberá informar todo efecto registrado en la cuenta de resultados (pérdida) o en la situación patrimonial de la Entidad Reportadora, que haya sido provocado a consecuencia de cualquier evento de riesgo operacional. En el caso de los impactos calificados como “no monetarios” se deberá cuantificar el impacto con metodologías definidas por la Entidad Reportadora para estos efectos. Cada evento de riesgo operacional puede registrar varios impactos, siendo estos consecutivos o no en el tiempo, los impactos deberán ser reportados oportunamente de forma diferenciada en el archivo del mes correspondiente. De no existir impactos de riesgo operacional para un mes determinado, el archivo no deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código evento | Código único que identifica el evento de riesgo operacional, de forma inequívoca, que asigna cada Entidad Reportadora. Dicho código se compondrá por la concatenación de “E-“y un número de 8 caracteres, tal como se indica en el ejemplo. Este número se deberá asignar a cada evento de riesgo operacional de forma correlativa comenzando por el valor “00000001”. | Texto (10) | E-00000001 | - |
| 2 | Código impacto | Código único que identifica el impacto asociado a un evento de riesgo operacional (código\_ evento). Un evento de riesgo operacional puede tener varios impactos, para lo cual se solicita que se identifiquen de forma individualizada cada impacto detectado. El código de identificación debe ser asignado por la propia Entidad Reportadora de forma inequívoca. Dicho código se compondrá por la concatenación de “I-“y un número de 8 caracteres, tal como se indica en el ejemplo. Este número se deberá asignar a cada impacto de riesgo operacional de forma correlativa, para cada evento de riesgo operacional, comenzando por el valor “00000001”. | Texto (10) | I-00000001 | - |
| 3 | Monto bruto | Corresponde al monto bruto del impacto asociadas al evento reportado (sin considerar recuperaciones). Se debe informar en pesos, sin decimales. | Número (14) | 1000000 | - |
| 4 | Línea negocio | Identificación de la línea de negocio en que se ha producido el impacto que se registra. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (4) | 1001 | 27 |
| 5 | Tipo evento | Identificación del tipo en que puede clasificarse el evento de riesgo operacional. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (3) | 101 | 28 |
| 6 | Tipo impacto | Tipo de Impacto: Monetario/No Monetario. Se definirá como impacto monetario a aquel que genere un impacto monetario en las cuentas de resultados (pérdidas) o en la situación patrimonial de la Entidad Reportadora. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 29 |
| 7 | Descripción impacto | Descripción del impacto asociado a un evento de riesgo operacional que se registra. Se debe indicar qué impacto provocó. | Texto (250) | Perdidas no-monetarias X ocasionadas por cierre de hospital… | - |
| 8 | Fecha contable | Fecha de registro contable del impacto asociado al evento de riesgo operacional. En el caso que el “Tipo de impacto” sea “no monetario”, se debe reportar como vacío. | Número (8)  AAAAMMDD | 20141231 | - |
| 9 | Ítem contable | Corresponde a la identificación del Item del FUPEF-IFRS de la Entidad Reportadora en donde se realizó la contabilización del impacto. En el caso que el “Tipo de impacto” sea “no monetario”, se debe reportar como vacío. | Texto (5) | 11010 | - |

1. **ARCHIVO G03**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | G03 |
| **Referencia** | : | Recuperación de Riesgo Operacional |
| **Sistema** | : | Gestión |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las recuperaciones asociadas a eventos de riesgo operacional, según lo descrito en la Letra G., Título IV, Libro VII. El archivo deberá contener el reporte de todas las recuperaciones asociadas a eventos de riesgo operacional ocurridos en el mes de referencia, y éste podrá ser remitido hasta el último día del mes siguiente.

Las recuperaciones pueden ser directas, en el caso que se logran tras las gestiones realizadas por la Entidad Reportadora, o indirectas, en el caso de que provengan de una negociación o acuerdo previo a la ocurrencia del evento suscrito anticipadamente con un tercero, como ocurre en el caso de indemnizaciones por el aseguramiento de siniestros. Cada evento de riesgo operacional puede registrar varias recuperaciones, siendo estas consecutivas o no en el tiempo. Las recuperaciones deberán ser reportadas oportunamente de forma diferenciada en el archivo del mes correspondiente.

En caso de no existir recuperaciones de riesgo operacional para un mes determinado, el archivo no deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código evento | Código único que identifica el evento de riesgo operacional, de forma inequívoca, que asigna cada Entidad Reportadora. Dicho código se compondrá por la concatenación de “E- “y un número de 8 caracteres, tal como se indica en el ejemplo. Este número se deberá asignar a cada evento de riesgo operacional de forma correlativa comenzando por el valor “00000001”. | Texto (10) | E-00000001 | - |
| 2 | Código recuperación | Código único que identifica la recuperación asociada a un evento de riesgo operacional (código evento) y a un Impacto de riesgo operacional (código impacto).  Un Impacto de riesgo operacional puede tener varias recuperaciones, para lo cual se solicita que se identifiquen de forma individualizada cada recuperación. El código de identificación debe ser asignado por la propia Entidad Reportadora de forma inequívoca. Dicho código se compondrá por la concatenación de “R-“ y un número de 8 caracteres, tal como se indica en el ejemplo. Este número se deberá asignar a cada recuperación de riesgo operacional de forma correlativa, para cada evento de riesgo operacional, comenzando por el valor “00000001”. | Texto (10) | R-00000001 | - |
| 3 | Tipo recuperación | Identificación del tipo de recuperación, ya sea directa o indirecta. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 30 |
| 4 | Descripción recuperación | Descripción de la recuperación asociada al evento e impacto. | Texto (250) | Recuperación por seguro de incendios | - |
| 5 | Monto bruto | Monto de la recuperación. Se debe informar en pesos, sin decimales. | Número (14) | 1000000 | - |
| 6 | Fecha recuperación | Fecha en la que se produce la recuperación. | Número (8)  AAAAMMDD | 20141231 | - |
| 7 | Línea negocio | Identificación de la línea de negocio asociada a la recuperación directa. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (4) | 1001 | 27 |
| 8 | Tipo evento | Identificación del tipo de evento operacional que puede clasificarse el evento asociado a la recuperación. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (3) | 101 | 28 |
| 9 | Fecha contable | Fecha de registro contable de la recuperación obtenida por la Entidad Reportadora. | Número (8)  AAAAMMDD | 20141231 | - |
| 10 | Ítem contable | Corresponde a la identificación del Item del FUPEF-IFRS de la Entidad Reportadora en donde se realizó la contabilización del impacto. En el caso que el “Tipo de impacto” sea “no monetario”, se debe reportar como vacío. | Texto (5) | 11010 | - |

1. **ARCHIVO G04**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **G04** |
| **Referencia** | : | **Riesgo Técnico** |
| **Sistema** | : | Gestión |
| **Periodicidad** | : | Anualmente |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de la información solicitada en la Letra B., Título IV, Libro VII. La información del archivo deberá ser referida al 31 de diciembre de cada año, y éste podrá ser remitido hasta el último día del tercer mes siguiente al cierre del período que se informa (marzo).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código | Código que identifica de manera única la partida dentro del modelo de riesgo técnico. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (4) | 1101 | 31 |
| 2 | Valor flujo | Valor asociado al código del flujo.  Los valores monetarios deben ser informados en pesos. Cuando corresponda a un valor porcentual, éste debe ser informado como factor. | Decimal  (18,4) | 1000,4444 | - |

1. **ARCHIVO G05**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **G05** |
| **Referencia** | : | **Riesgo de Mercado** |
| **Sistema** | : | Gestión |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de la información solicitada en la Letra C., Título IV, Libro VII. La información del archivo deberá ser referida al último día del mes reportado, y éste podrá ser remitido hasta el último día del mes siguiente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código | Código que identifica de manera única la partida dentro del modelo de riesgo de mercado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (3) | 101 | 32 |
| 2 | Valor flujo | Valor asociado al código del flujo.  Los valores monetarios deben ser informados en pesos. Cuando corresponda a un valor porcentual, éste debe ser informado como factor. | Decimal  (18,4) | 1000,4444 | - |

1. **ARCHIVO G06**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **G06** |
| **Referencia** | : | **Brechas de Liquidez** |
| **Sistema** | : | Gestión |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de la información solicitada en la Letra F., Título IV, Libro VII. La información del archivo deberá ser referida al último día del mes reportado, y éste podrá ser remitido hasta el último día del mes siguiente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código | Código de la cuenta para los flujos de ingresos y egresos, correspondiente al código de la partida definida en la tabla asociada. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (3) | 101 | 33 |
| 2 | Valor Banda 1 | Monto del flujo correspondiente a la banda temporal 1 del modelo de liquidez. Se debe informar en pesos, sin decimales. | Número (14) | 100000 | - |
| 3 | Valor Banda 2 | Monto del flujo correspondiente a la banda temporal 2 del modelo de liquidez. Se debe informar en pesos, sin decimales. | Número (14) | 100000 | - |
| 4 | Valor Banda 3 | Monto del flujo correspondiente a la banda temporal 3 del modelo de liquidez. Se debe informar en pesos, sin decimales. | Número (14) | 100000 | - |
| 5 | Valor Banda 4 | Monto del flujo correspondiente a la banda temporal 4 del modelo de liquidez. Se debe informar en pesos, sin decimales. | Número (14) | 100000 | - |
| 6 | Valor Banda 5 | Monto del flujo correspondiente a la banda temporal 5 del modelo de liquidez. Se debe informar en pesos, sin decimales. | Número (14) | 100000 | - |

1. **ARCHIVO G07**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **G07** |
| **Referencia** | : | **Ratios Liquidez** |
| **Sistema** | : | Gestión |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de la información solicitada en la Letra F., Título IV, Libro VII. La información del archivo deberá ser referida al último día del mes reportado, y éste podrá ser remitido hasta el último día del mes siguiente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código | Código que identifica de manera única la partida dentro del modelo.  Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (3) | 001 | 34 |
| 2 | Valor flujo | Valor asociado al código del flujo o ratio.  Los valores en pesos deben ser informados en pesos. Cuando corresponda a un valor porcentual, éste debe ser informado como factor. | Decimal  (18,4) | 1000,4444 | - |

1. **ARCHIVO G08**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **G08** |
| **Referencia** | : | **Riesgo de Crédito** |
| **Sistema** | : | Gestión |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de la información solicitada en la Letra D., Título IV, Libro VII. La información del archivo deberá ser referida al último día del mes reportado, y éste podrá ser remitido hasta el último día del mes siguiente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código | Código que identifica de manera única la partida dentro del modelo.  Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (4) | 1101 | 35 |
| 2 | Valor flujo | Valor asociado al código del flujo o ratio.  Los valores en pesos deben ser informados en pesos. Cuando corresponda a un valor porcentual, éste debe ser informado como factor. | Decimal  (18,4) | 1000,4444 | - |

1. **ARCHIVO G09**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **G09** |
| **Referencia** | : | **Castigos de deudas previsionales y no previsionales** |
| **Sistema** | : | Gestión |
| **Periodicidad** | : | Semestral |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de las deudas previsionales y no previsionales que son sometidas a la aprobación de la declaración de incobrabilidad a la Superintendencia de Seguridad Social, para proceder a efectuar el castigo de las deudas por parte del organismo administrador.

La información reportada corresponde a las deudas previsionales y no previsionales que hayan cumplido en el transcurso del semestre los requisitos para ser castigadas, en conformidad a lo dispuesto por la Superintendencia de Seguridad Social en la Letra E., Título IV, Libro VII.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Id deudor | Identificador del deudor. Se podrá informar en este campo un RUT chileno, pasaporte u otra identificación extranjera equivalente. | Texto (11)  999999999-9 | 15677481-K | - |
| 2 | Número folio | Número único que identifique la operación. | Texto (20) | 12345 | - |
| 3 | Fecha deuda | Fecha de inicio de la deuda. | Número (8) AAAAMMDD | 20101006 | - |
| 4 | Fecha primer impago | Fecha de vencimiento del impago más antiguo. | Número (8) AAAAMMDD | 20101006 | - |
| 5 | Monto deuda | Monto de la deuda en pesos. Para el caso de deudas en moneda reajustable, este valor se deberá expresar en pesos, utilizando la U.F. al cierre contable reportado. | Número (10) | 75000 | - |
| 6 | Intereses y multas | Monto de los intereses, multas, reajustes u otros recargos que haya generado la deuda morosa, en pesos. Para el caso de deudas en moneda reajustable, este valor se deberá expresar en pesos, utilizando la U.F. al cierre contable reportado. | Número (10) | 75000 | - |
| 7 | Provisión | Monto de la provisión constituida en pesos. Para el caso de deudas en moneda reajustable, este valor se deberá expresar en pesos, utilizando la U.F. al cierre contable reportado. | Número (10) | 75000 | - |
| 8 | Cuenta contable | Código del ítem del activo del FUPEF – IFRS donde se encuentra imputado el monto de la deuda. | Número (5) | 11050 | - |
| 9 | Cobranza judicial | Señalar si la deuda se encuentra en cobranza judicial. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 10 | Deuda previsional | Señalar si la deuda corresponde a deuda previsional. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |

1. **ARCHIVO G10**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **G10** |
| **Referencia** | : | **Transacciones Judiciales y Extrajudiciales** |
| **Sistema** | : | Gestión |
| **Periodicidad** | : | Mensual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el stock de todas las transacciones judiciales y extrajudiciales suscritas a contar de enero de 2020, que se encuentren ejecutadas y todas las que a partir del mismo mes y año, hubieren sido aprobadas por acuerdo de directorio o por resolución del Director del ISL y que no fueron ejecutadas.

Los campos solicitados y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla**  **de dominio** |
| 1 | Código transacción | Código número correlativo único identificatorio de la transacción judicial o extrajudicial, que la propia entidad debe asignar, por ejemplo “0000001”. | Número (6) | 000001 | - |
| 2 | Tipo demandante | Corresponde al demandante en el proceso judicial al que se busca poner término en virtud de la transacción judicial o a quien pretende iniciar el proceso judicial que se busca precaver mediante la transacción extrajudicial, siendo los tipos:  01: Un tercero, distinto a la entidad reportante, es decir, al organismo administrador del seguro de Ley 16.744).  02: La propia entidad reportante. | Texto (2) | 02 | 69 |
| 3 | RUT contraparte | Corresponde al RUT de la persona natural o jurídica que es contraparte de la entidad reportante.  En caso de ser más de 1, se debe reportar el RUT de una de las contrapartes. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 4 | Nombre | Corresponde al nombre de la persona natural o razón social de la persona jurídica que es contraparte de la entidad reportante.  En caso de ser más de 1, se debe reportar el nombre o razón social de una de las contrapartes. | Texto (80) | Modelo S.A. | - |
| 5 | Fecha Acuerdo | Fecha en que se suscribió la transacción judicial o extrajudicial. | Número (8) AAAAMMDD | 20101231 | - |
| 6 | Origen | Descripción del litigio de origen asociado a la transacción. | Texto (3000) | El litigio se originó por la denuncia del Sr. XX, por prestaciones médicas mal otorgadas… | - |
| 7 | Tipo transacción | Corresponde al tipo de transacción, siendo los tipos:  01: Transacción judicial.  02: Transacción extrajudicial. | Texto (2) | 02 | 70 |
| 8 | RIT | Rol Interno del Tribunal asociado a la transacción judicial.  Campo obligatorio en caso de que el campo “tipo transacción” sea tipo 01.  En caso que el campo “tipo transacción” sea tipo 02, no llenar. | Texto (15) | C-254-2015 | - |
| 9 | Tribunal | Identificación del tribunal asociado a la transacción judicial.  Campo obligatorio en caso de que el campo “tipo transacción” sea tipo 01.  En caso que el campo “tipo transacción” sea tipo 02, no llenar. | Texto (100) | Primer juzgado civil de Antofagasta | - |
| 10 | Monto transacción | Monto o valorización en pesos chilenos asociado a la transacción judicial o extrajudicial. | Número (14) | 450000 | - |
|  |  |  |  |  |  |
| 11 | Descripción transacción | Describir los términos en que se otorgará la contraprestación, sea ésta en dinero o servicios. | Texto (3000) | La contraprestación consideró el pago de xxx, en 3 cuotas cada una por xxx…. | - |
| 12 | Elevación consulta | Debe precisar si fue elevado en consulta a la Superintendencia, siendo las opciones:  01 : Sí fue elevado  02: No fue elevado | Texto (2) | 02 | 71 |
| 13 | Estado ejecución | Debe precisar si la transacción se encuentra ejecutada o no, siendo las opciones:  01: Ejecutada  02: No ejecutada | Texto (2) | 02 | 72 |
| 14 | Fecha ejecución | Fecha en que se efectúa el primer pago o se da inicio a la prestación acordada. | Número (8) AAAAMMDD | 20101231 | - |

1. **ARCHIVO P01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **P01** |
| **Referencia** | : | **Resultados aplicaciones cuestionario SUSESO/ISTAS21 versión breve** |
| **Sistema** | : | Prevención |
| **Periodicidad** | : | Trimestral |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades, ISL, empresas con administración delegada |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener la información de los cuestionarios SUSESO/ISTAS21 versión breve, respondidos por los trabajadores de los centros de trabajo que hayan sido evaluados en el trimestre inmediatamente anterior al mes en que se informa.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
| 1 | Identificador único del proceso | Identificador único del proceso de medición (encuesta), permite identificar un proceso en forma unívoca. | Texto (20) | 2019030100 | - |
| 2 | Id empresa | Rut de la entidad empleadora a la que pertenece el centro de trabajo evaluado. | Texto (11) | 11111111-1 | - |
| 3 | Razón social | Razón social de la entidad empleadora. | Texto (120) | Acme Ltda | - |
| 4 | Actividad económica | Código de la actividad económica del centro de trabajo evaluado, por ejemplo, código de Educación cuando se trate de un establecimiento escolar que dependa de una Municipalidad. El organismo administrador deberá informar a las entidades empleadoras sobre la correcta asignación del código de actividad del centro de trabajo evaluado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (6) | 851110 | - |
| 5 | Nombre centro de trabajo (CT) | Nombre descriptivo del centro de trabajo evaluado. Nombre que tenga el centro de trabajo según la organización de la entidad empleadora. El organismo administrador deberá informar a las entidades empleadoras sobre la correcta asignación del nombre de aquellos centros de trabajo que no lo tienen y que serán evaluados. Dicho nombre deberá permitir distinguir con razonable certeza el centro de trabajo. Debe evitarse el uso de términos genéricos como “Casa matriz” sin especificidad, o ajenos al centro de trabajo, como “Comité de Aplicación”, “ISTAS”, “Comité ISTAS”, “riesgo psicosocial” y similares. Los establecimientos escolares y de salud que dependan de una Municipalidad deben identificarse con el nombre del centro de trabajo. | Texto (120) | Sucursal Acme Talca o  Casa matriz Acme  o  Liceo Violeta Parra de Talca | - |
| 6 | Dirección | Dirección del centro de trabajo. Combinación nombre de calle y número. | Texto (120) | Amunátegui N°277 | - |
| 7 | Código comuna | Código único territorial de la comuna donde se encuentra el centro de trabajo. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (5) | 13101 | 6 |
| 8 | Fecha inicio evaluación | Fecha en que se inició la evaluación del centro de trabajo. | Número (8) AAAAMMDD | 20190419 | - |
| 9 | Fecha cierre evaluación | Fecha en que se cerró la evaluación del centro de trabajo. | Número (8) AAAAMMDD | 20190419 | - |
| 10 | N° de trabajadores totales CT | Cantidad total de trabajadores del centro de trabajo. | Número (14) | 321 | - |
| 11 | Id cuestionario | Correlativo que identifica el cuestionario respondido. | Texto (20) | 111 | - |
| 12 | Sexo | Sexo del trabajador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 2 | 3 |
| 13 | Edad | Rango de edad. Ver tabla de dominio correspondiente | Número (1) | 3 | 47 |
| 14 | Código ocupación CIUO-08 | Se utilizará las categorías de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, CIUO-08. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (4) | 2221 | 5 |
| 15 | Pregunta 1 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 16 | Pregunta 2 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 17 | Pregunta 3 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 18 | Pregunta 4 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 19 | Pregunta 5 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 20 | Pregunta 6 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 21 | Pregunta 7 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 22 | Pregunta 8 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 23 | Pregunta 9 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 24 | Pregunta 10 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 25 | Pregunta 11 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 26 | Pregunta 12 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 27 | Pregunta 13 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 28 | Pregunta 14 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 29 | Pregunta 15 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 30 | Pregunta 16 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 31 | Pregunta 17 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 32 | Pregunta 18 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 33 | Pregunta 19 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |
| 34 | Pregunta 20 | Contendrá el puntaje correspondiente a la respuesta de acuerdo a lo especificado en el Manual de uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21. Los puntajes son números enteros que van de 0 a 4. | Número (1) | 0 | - |

1. **ARCHIVO P02**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **P02** |
| **Referencia** | : | **Priorización – Autoevaluación** |
| **Sistema** | : | Prevención |
| **Periodicidad** | : | Anual |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de la base de datos de entidades empleadoras que hubieren categorizado como “Priorización 1” = Alta, “Priorización 2” = Media, “Priorización 3” = Baja, según la aplicación del algoritmo que se instruye en el número 4, Letra A, del Título II, Libro IV, del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744.

Los campos solicitados y el formato requerido por esta Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
| 1 | Id Empleador | Rut de la entidad empleadora a la pertenece el centro de trabajo evaluado. | Texto (11) | 95668978-5 | - |
| 2 | Razón social | Razón social de la entidad empleadora. | Texto (120) | Sociedad Agro Ltda. | - |
| 3 | Actividad económica | Código de la actividad económica de la entidad empleadora. El organismo administrador deberá informar a las entidades empleadoras sobre la correcta asignación del código de actividad de la empresa evaluada. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (6) | 154110 | 11 |
| 4 | Número de Trabajadores | Número promedio anual de trabajadores de un año calendario. | Número (14) | 10000 | - |
| 5 | Dirección empleador | Dirección completa del empleador. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. | Texto (120) | Huérfanos 1376, Depto. 2405 | - |
| 6 | Código de comuna | Código único territorial de la comuna donde se encuentra la empresa. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 7 | Id de Empresa Principal | Rut de la empresa principal o mandante. En el caso que un centro de trabajo opere bajo un régimen de subcontratación. | Texto (11) | 99.000.000-9 | - |
| 8 | Centro de Trabajo (CT) | Indica si la información reportada corresponde a la de un Centro de Trabajo. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 9 | Nombre del CT | Nombre descriptivo del centro de trabajo evaluado. | Texto (120) | Sucursal Talca | - |
| 10 | Función del Empleador en el CT | Función del empleador en el centro de trabajo. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 48 |
| 11 | Número de Trabajadores del CT | Cantidad total de trabajadores del centro de trabajo. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Número (14) | 10000 | - |
| 12 | Dirección del CT | Dirección completa del Centro de Trabajo. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Texto (120) | Huérfanos 1376, Depto. 2405 | - |
| 13 | Código de comuna del CT | Código único territorial de la comuna donde se encuentra el Centro de Trabajo. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 14 | Actividad económica del CT | Código de la actividad económica del Centro de Trabajo evaluado, por ejemplo, código de Educación cuando se trate de un establecimiento escolar que dependa de una Municipalidad. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Texto (6) | 154110 | 11 |
| 15 | Fecha inicio faena | Fecha de inicio de la faena. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 16 | Fecha término faena | Fecha de término de la faena, si corresponde. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 17 | Nivel de priorización | Declara la priorización definida por el organismo administrador, correspondiente a los niveles; “Priorización 1” = Alta, “Priorización 2” = Media, “Priorización 3” = Baja en los algoritmos de cada organismo administrador por entidad empleadora o centro de trabajo según corresponda. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 49 |
| 18 | Autoevaluación | Declara la ejecución del listado de autoevaluación legal y/o de riesgos de críticos, o ambas, en la entidad empleadora que recibió efectivamente asistencia técnica por parte del organismo administrador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 62 |

1. **ARCHIVO P03**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | : | **P03** |
| **Referencia** |  | : | **Asistencias Técnicas** |
| **Sistema** |  | : | Prevención |
| **Periodicidad** |  | : | Semestral |
| **Entidad reportadora** |  | : | Mutualidades e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de la asistencia técnica de los organismos administradores a las entidades empleadoras en materia de gestión de riesgos de desastres (GRD), manejo de sustancias químicas peligrosas, gestión del Comité Paritario de Higiene y Seguridad, implementación de sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo e implementación de la Guía para la Evaluación y Control de Riesgos asociados al manejo o Manipulación Manual de Carga, entre otras.

Los campos solicitados y el formato requerido por esta Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
| 1 | Id Empleador | Rut de la entidad empleadora. | Texto (11) | 95668978-5 | - |
| 2 | Razón social | Razón social de la entidad empleadora. | Texto (120) | Sociedad Agro Ltda. | - |
| 3 | Actividad económica | Código de la actividad económica de la Entidad empleadora. El organismo administrador deberá informar a las entidades empleadoras sobre la correcta asignación del código de actividad de la empresa evaluada. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (6) | 154110 | 11 |
| 4 | Número de Trabajadores | Número promedio anual de trabajadores de un año calendario. | Número (14) | 10000 | - |
| 5 | Dirección empleador | Dirección completa del empleador. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. | Texto (120) | Huérfanos 1376, Depto. 2405 | - |
| 6 | Código de Comuna del empleador | Código único territorial de la comuna donde se encuentra la entidad empleadora. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 7 | Id de Empresa Principal | Rut de la empresa principal o mandante. En el caso que un centro de trabajo opere bajo un régimen de subcontratación. | Texto (11) | 99.000.000-9 | - |
| 8 | Centro de Trabajo (CT) | Indica si la información reportada corresponde a la de un Centro de Trabajo. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 9 | Nombre del CT | Nombre descriptivo del centro de trabajo evaluado. | Texto (120) | Sucursal Talca | - |
| 10 | Función del Empleador en el CT | Función del empleador en el centro de trabajo. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 48 |
| 11 | Número de Trabajadores del CT | Cantidad total de trabajadores del centro de trabajo. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Número (14) | 10000 | - |
| 12 | Dirección del CT | Dirección completa del Centro de Trabajo. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Texto (120) | Huérfanos 1376, Depto. 2405 | - |
| 13 | Código de comuna del CT | Código único territorial de la comuna donde se encuentra el Centro de Trabajo (CT). Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 14 | Actividad económica del CT | Código de la actividad económica del Centro de Trabajo evaluado, por ejemplo, código de Educación cuando se trate de un establecimiento escolar que dependa de una Municipalidad. El organismo administrador deberá informar a las entidades empleadoras sobre la correcta asignación del código de actividad del Centro de Trabajo evaluado. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Texto (6) | 154110 | 11 |
| 15 | Fecha inicio faena | Fecha de inicio de la faena. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 16 | Fecha término faena | Fecha de término de la faena, si corresponde. Informar sólo si el campo “Centro de Trabajo (CT)” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 17 | Asesoría en IPER | Indica la existencia de asesoría en IPER. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 18 | Fecha de Asesoría IPER | Corresponde a la fecha de ejecución de la actividad. Informar sólo si el campo “Asesoría en IPER” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 19 | Plan de trabajo IPER | Indica la existencia de plan de trabajo. Informar sólo si el campo “Asesoría en IPER” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 50 |
| 20 | Actividades de capacitación | Indica si existe elaboración o prescripción de un plan de capacitación. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asesoría en IPER” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 63 |
| 21 | Asistencia Técnica en GRD/EMERG | Indica la existencia de asistencia técnica en GRD/EMERG. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 22 | Tipo de Asistencia Técnica en GRD/EMERG | Corresponde al tipo de actividad de asistencia técnica proporcionada por el organismo administrador. En caso que se entregue más de una asistencia técnica, se deben registrar los códigos de forma consecutiva. Por ejemplo, si se entrega “Prescripción”, “Capacitación/Difusión” y “Reunión/es” se deberá informar el valor “124”. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en GRD/EMERG” es igual a 1. | Texto (77) | 124 | 51 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 23 | Fecha de última Asistencia Técnica en GRD/EMERG. entregada | Corresponde a la fecha de ejecución de la actividad. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en GRD/EMERG” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 24 | Asistencia Técnica en uso de sustancias químicas peligrosas | Indica la existencia de asistencia técnica en uso de sustancias químicas peligrosas. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 25 | Identificación de uso de sustancias químicas peligrosas | Corresponde al tipo de utilización de sustancias químicas peligrosas en la entidad empleadora o en el centro de trabajo. En caso que la sustancia química tenga más de un uso, se deben registrar los códigos de forma consecutiva. Por ejemplo, si se utiliza en “Producción” y “Almacenamiento” se deberá informar el valor “23”. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en uso de sustancias químicas peligrosas” es igual a 1. | Texto (5) | 23 | 52 |
| 26 | Tipos de sustancias químicas | Corresponde a la clase o tipo de sustancias química identificada. En caso que la sustancia química corresponde a más de un tipo o clase, se deben registrar los códigos de forma consecutiva. Por ejemplo, si corresponde a “Clase 3: líquida inflamable” y “Clase 4: sólida inflamable” se deberá informar el valor “34”. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en uso de sustancias químicas peligrosas” es igual a 1. | Texto (9) | 34 | 53 |
| 27 | Tipo de Asistencia Técnica en Sustancias Químicas Peligrosas | Corresponde al tipo de actividad de asistencia técnica proporcionada por el organismo administrador.  En caso que se entregue más de una asistencia técnica, se deben registrar los códigos de forma consecutiva. Por ejemplo, si se entrega “Prescripción”, “Capacitación/Difusión” y “Reunión/es” se deberá informar el valor “124”. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en uso de sustancias químicas peligrosas” es igual a 1. | Texto (77) | 124 | 51 |
| 28 | Fecha última Asistencia Técnica en sustancias químicas peligrosas | Corresponde a la fecha de ejecución de la actividad. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en uso de sustancias químicas peligrosas” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 29 | Asistencia Técnica en C.P.H.S. | Indica la existencia de asistencia técnica en Comités Paritarios de Higiene y Seguridad C.P.H.S. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 30 | Identificación de existencia C.P.H.S. | Indica la conformación del Comité Paritario de Higiene y Seguridad C.P.H.S. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en C.P.H.S.” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 54 |
| 31 | Tipo de Asistencia Técnica en C.P.H.S. | Corresponde al tipo de actividad de asistencia técnica en Comités Paritarios de Higiene y Seguridad, proporcionada por el organismo administrador.  En caso que se entregue más de una asistencia técnica, se deben registrar los códigos de forma consecutiva. Por ejemplo, si se entrega “Prescripción”, “Capacitación/Difusión” y “Reunión/es” se deberá informar el valor “124”. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en C.P.H.S.” es igual a 1. | Texto (7) | 124 | 51 |
| 32 | Fecha de última Asistencia Técnica en C.P.H.S. | Corresponde a la fecha de ejecución de la actividad. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en C.P.H.S.” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 33 | Asistencia Técnica en S.G.S.S.T. | Indica la existencia de asistencia técnica en Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. (S.G.S.S.T). Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 34 | Estado del S.G.S.S.T. | Corresponde al estado del S.G.S.S.T. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en S.G.S.S.T.” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 55 |
| 35 | Asistencia Técnica en implementación de S.G.S.S.T. | Corresponde al tipo de actividad de asistencia técnica en S.G.S.S.T. proporcionada por el organismo administrador. En caso que se entregue más de una asistencia técnica, se deben registrar los códigos de forma consecutiva. Por ejemplo, si se entrega “Prescripción”, “Capacitación/ Difusión” y “Reunión/es” se deberá informar el valor “124”. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en S.G.S.S.T.” es igual a 1. | Texto (7) | 124 | 51 |
| 36 | Fecha de última Asistencia Técnica entregada en S.G.S.S.T. | Corresponde a la fecha de ejecución de la actividad. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en S.G.S.S.T.” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 37 | Asistencia Técnica en M.M.C. | Indica la existencia de asistencia técnica en Manejo Manual de Carga (M.M.C.) Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 38 | Tipo de Asistencia Técnica en M.M.C entregada | Corresponde al tipo de actividad de asistencia técnica en M.M.C. proporcionada por el organismo administrador. En caso que se entregue más de una asistencia técnica, se deben registrar los códigos de forma consecutiva. Por ejemplo, si se entrega “Prescripción”, “Capacitación /Difusión” y “Reunión/es” se deberá informar el valor “124”. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en M.M.C.” es igual a 1. | Texto (7) | 124 | 51 |
| 39 | Fecha última Asistencia Técnica en M.M.C. | Corresponde a la fecha de ejecución de la actividad. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en M.M.C.” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 40 | Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS | Indica la existencia de asistencia técnica en Protocolo TMERT-EESS. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 41 | Tipo Asistencia Técnica Protocolo TMERT-EESS | Corresponde al tipo de asistencia técnica en TMERT-EESS. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 57 |
| 42 | Lista de chequeo TMERT-EESS | Indica la existencia de lista de chequeo. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 43 | Fecha de lista de chequeo TMERT-EESS | Corresponde a la fecha de ejecución de la actividad. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 44 | Nivel de riesgo categorías lista de chequeo TMERT-EESS | Corresponde al nivel de riesgo según la lista de chequeo. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 58 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 45 | Prescripción de medidas según lista de chequeo TMERT-EESS | Indicar la existencia de prescripción de medidas de acuerdo a la lista de chequeo. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 46 | Fecha de verificación de medidas según lista de chequeo TMERT-EESS | Corresponde a la fecha en que se verificaron las medidas prescritas según los resultados de la lista de chequeo. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 47 | Tipo evaluación cuantitativa TMERT-EESS | Corresponde al tipo de evaluación cualitativa. En caso que exista más de una evaluación cualitativa, se deben registrar los códigos de forma consecutiva. Por ejemplo, si existe “OCRA” y “OWAS” se deberá informar el valor “13”. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Texto (4) | 13 | 59 |
| 48 | Resultado evaluación OCRA TMERT-EESS | Corresponde al resultado del test OCRA. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Texto (1) | Aceptable | 64 |
| 49 | Resultado evaluación Strain Index TMERT-EESS | Corresponde al resultado del test Strain Index. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Texto (1) | 1;2;3;4;5;6;7. | 65 |
| 50 | Resultado evaluación OWAS TMERT-EESS | Corresponde al resultado del test Owas. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Texto (1) | 1;2;3;4 | 66 |
| 51 | Prescripción de medidas según evaluación cuantitativa TMERT-EESS | Indica la existencia de prescripción de medidas según el resultado de la evaluación cuantitativa. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 52 | Fecha de verificación de medidas según evaluación cuantitativa TMERT-EESS | Corresponde a la fecha en que se verificaron las medidas prescritas según los resultados de cualquiera de las evaluaciones cuantitativas. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 53 | Ingresa a programa de vigilancia salud TMERT-EESS | Indica si existe ingreso a programa de vigilancia de salud. Ver tabla de dominio correspondiente. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 54 | Fecha de Ingreso a vigilancia de salud TMERT-EESS | Corresponde a la fecha de ingreso a vigilancia de salud. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Número (8) AAAAMMDD | 20190905 | - |
| 55 | Número de trabajadores que deben ingresar a vigilancia de salud TMERT-EESS | Corresponde al número de trabajadores en vigilancia. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Número (14) | 50 | - |
| 56 | Número de trabajadores evaluados TMERT-EESS | Corresponde al número de trabajadores evaluados. Informar sólo si el campo “Asistencia Técnica en Protocolo TMERT-EESS” es igual a 1. | Número (14) | 50 | - |
| 57 | Número de casos enfermos profesionales TMERT-EESS | Se debe completar, si no presenta enfermos profesionales registrar “0”, si presenta enfermos profesionales, registrar número de trabajadores. | Número (14) | 3 | - |

1. **ARCHIVO P04**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **:** | **P04** |
| **Referencia** | **:** | **Riesgo psicosocial laboral - Centros de trabajo y unidades de vigilancia que ingresan a vigilancia por Riesgo Alto y Enfermedad Profesional de Salud Mental (EPSM).** |
| **Sistema** | **:** | Prevención |
| **Periodicidad** | **:** | Mensual |
| **Entidad reportadora** | **:** | Mutualidad e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los centros de trabajo de las entidades empleadoras que ingresen a programa

de vigilancia de riesgos psicosociales durante un determinado mes.

Los campos solicitados y el formato requerido por esta Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
| 1 | Id Empleador | Rut de la entidad empleadora. | Texto (11) | 95668978-5 | - |
| 2 | Razón social | Razón social de la entidad empleadora. | Texto (120) | Sociedad Agro Ltda. | - |
| 3 | Nombre de fantasía del empleador | Nombre de fantasía que utiliza el empleador. | Texto (120) | Pizzas Milenio | - |
| 4 | Actividad económica de la entidad empleadora | Código de la actividad económica de la entidad empleadora. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (6) | 154110 | 11 |
| 5 | CUN que da origen a la vigilancia | Corresponde al Código Único Nacional. Ingresar cuando corresponda a vigilancia por Enfermedad Profesional de Salud Mental. | Texto (20) | 516156 | - |
| 6 | Tipo de evaluación | Identificación de la evaluación a nivel de Centro de Trabajo o Unidad de Vigilancia. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 60 |
| 7 | Nombre Centro de Trabajo | Nombre descriptivo del centro de trabajo evaluado. Nombre que tenga el centro de trabajo según la organización de la entidad empleadora. El organismo administrador deberá informar a las entidades empleadoras sobre la correcta asignación del nombre de aquellos centros de trabajo que no lo tienen y que serán evaluados. Dicho nombre debe permitir distinguir con razonable certeza el centro de trabajo. Debe evitarse el uso de términos genéricos como “Casa matriz” sin especificidad, o ajenos al centro de trabajo, como “Comité de Aplicación”, “ISTAS”, “Comité ISTAS”, “riesgo psicosocial” y similares. Los establecimientos escolares y de salud que dependan de una municipalidad deben identificarse con el nombre del centro de trabajo. | Texto (120) | Sucursal Pizzas Milenio Talca o Liceo Violeta Parra de Talca | - |
| 8 | Actividad económica Centro Trabajo | Código de la actividad económica del centro de trabajo evaluado. Por ejemplo, código de Educación cuando se trate de un establecimiento escolar que dependa de una Municipalidad. El organismo administrador deberá informar a las entidades empleadoras sobre la correcta asignación del código de actividad del centro de trabajo evaluado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (6) | 456789 | 11 |
| 9 | Nombre Unidad de Vigilancia | Nombre descriptivo de la Unidad en Vigilancia evaluada, si correspondiere. | Texto (120) | Grupo Operaciones Bodega o Enfermeras UTI | - |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10 | Función empleador en CT | Función del empleador en el centro de trabajo. Ver tabla de dominio correspondiente | Texto (1) | 1 | 48 |
| 11 | Dirección del CT | Dirección completa del centro de trabajo. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. Combinación nombre de calle y número. | Texto (120) | Amunátegui 277 | - |
| 12 | Código Comuna | Comuna en la que está ubicado el centro de trabajo. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 13 | CUV | Código Único de Vigilancia. | Texto (20) | 44444 | - |
| 14 | Número de trabajadores del CT | Cantidad total de trabajadores del centro de trabajo. | Número (14) | 765 | - |
| 15 | Número trabajadores Unidad Vigilancia (RPSL) | Cantidad total de trabajadores de la unidad de vigilancia a evaluar. | Número (14) | 80 | - |
| 16 | Razón de vigilancia (RPSL) | Motivo por el cual el centro de trabajo ingresa a vigilancia ambiental y de la salud por RPSL. | Texto (1) | 1 | 61 |
| 17 | Fecha que organismo administrador toma conocimiento de RA o EPSM (RPSL) | Fecha en la que el organismo toma conocimiento de riesgo alto o de una enfermedad profesional de salud mental. | Número (8) AAAAMMDD | 20190904 | - |

1. **ARCHIVO P05**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **:** | **P05** |
| **Referencia** | **:** | **Riesgo psicosocial laboral – planes de intervención prescritos** |
| **Sistema** | **:** | Prevención |
| **Periodicidad** | **:** | Semestral |
| **Entidad reportadora** | **:** | Mutualidad e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los planes de intervención prescritos, durante el semestre anterior, a las entidades empleadoras de los centros de trabajo en vigilancia.

Los campos solicitados y el formato requerido por esta Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
| 1 | Id Empleador | Rut de la entidad empleadora. | Texto (11) | 95668978-5 | - |
| 2 | Razón social | Razón social del empleador. | Texto (120) | Sociedad Agro Ltda. | - |
| 3 | Nombre de fantasía del empleador | Nombre de fantasía que utiliza el empleador. | Texto (120) | Pizzas Milenio | - |
| 4 | Actividad económica entidad empleadora | Código de la actividad económica de la entidad empleadora. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (6) | 154110 | 11 |
| 5 | Número de Trabajadores | Número total de trabajadores del último mes cotizado al cierre del semestre. | Número (14) | 10000 | - |
| 6 | Dirección empleador | Dirección completa del empleador. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. | Texto (120) | Huérfanos 1376, Depto. 2405 | - |
| 7 | Código de comuna del empleador | Código único territorial de la comuna donde se encuentra el empleador. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 8 | Id de Empresa Principal | Rut de la empresa principal o mandante. En el caso que un centro de trabajo opere bajo un régimen de subcontratación. | Texto (11) | 99.000.000-9 | - |
| 9 | Nombre del CT | Nombre descriptivo del centro de trabajo evaluado. Nombre que tenga el centro de trabajo según la organización de la entidad empleadora. El organismo administrador deberá informar a las entidades empleadoras sobre la correcta asignación del nombre de aquellos centros de trabajo que no lo tienen y que serán evaluados. Dicho nombre debe permitir distinguir con razonable certeza el centro de trabajo. Debe evitarse el uso de términos genéricos como “Casa matriz” sin especificidad, o ajenos al centro de trabajo, como “Comité de Aplicación”, “ISTAS”, “Comité ISTAS” u otros. Los establecimientos escolares y de salud que dependan de una municipalidad deben identificarse con el nombre del centro de trabajo. | Texto (120) | Sucursal Talca | - |
| 10 | Función del Empleador en el CT | Función del empleador en el centro de trabajo. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 48 |
| 11 | Número de Trabajadores del CT | Cantidad total de trabajadores del centro de trabajo. | Número (14) | 100 | - |
| 12 | Dirección del CT | Dirección completa del Centro de Trabajo. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. | Texto (120) | Huérfanos 1376, Depto. 2405 | - |
| 13 | Código de comuna del CT | Código único territorial de la comuna donde se encuentra el Centro de Trabajo (CT). Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 14 | Actividad económica del CT | Código de la actividad económica del Centro de Trabajo evaluado, por ejemplo, código de educación cuando se trate de un establecimiento escolar que dependa de una Municipalidad. El organismo administrador deberá informar a las entidades empleadoras sobre la correcta asignación del código de actividad del Centro de Trabajo evaluado. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (6) | 154110 | 11 |
| 15 | CUV | Código único de vigilancia | Número (20) | 44444 | - |
| 16 | Tipo de evaluación (RPSL) | Identificación de la evaluación a nivel de Centro de Trabajo o Unidad de Vigilancia. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 60 |
| 17 | Nombre Unidad de Vigilancia (RPSL) | Nombre descriptivo de la Unidad en Vigilancia evaluada, completar si Tipo de evaluación (16) es igual a 2. | Texto (120) | Unidad de Urgencia | - |
| 18 | Número trabajadores Unidad Vigilancia (RPSL) | Número total de trabajadores de la unidad de vigilancia a evaluar, completar si Tipo de evaluación (16) es igual a 2. | Número (14) | 80 | - |
| 19 | Motivo de vigilancia (RPSL) | Indica el motivo por el cual el centro de trabajo ingresa a vigilancia ambiental y de la salud por RPSL. Ver tabla de dominio correspondiente. | Número (1) | 1 | 61 |
| 20 | Fecha que organismo administrador toma conocimiento de RA o EPSM (RPSL) | Fecha en la que el organismo toma conocimiento de riesgo alto o de una enfermedad profesional de salud mental. | Número (8) AAAAMMDD | 20190904 | - |
| 21 | Fecha inicio evaluación (RPSL) | Fecha en que se activó el cuestionario en plataforma para la evaluación del Centro de Trabajo o Unidad de Vigilancia. | Número (8) AAAAMMDD | 20190904 | - |
| 22 | Fecha cierre evaluación (RPSL) | Fecha en que se cerró el cuestionario en plataforma, concluyendo el periodo de la evaluación del Centro de Trabajo o Unidad de Vigilancia. | Número (8) AAAAMMDD | 20190904 | - |
| 23 | Alto riesgo en Ex. Psicológicas (RPSL) | Indica la existencia de alto riesgo en la dimensión de exigencias psicológicas. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 24 | Alto riesgo en Trabajo Activo y Desarrollo de habilidades | Indica la existencia de alto riesgo en la dimensión trabajo activo y desarrollo de habilidades. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 25 | Alto riesgo en Ap. Social y C. Liderazgo (RPSL) | Indica la existencia de alto riesgo en la dimensión de apoyo social y calidad de liderazgo. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 26 | Alto riesgo en Compensaciones (RPSL) | Indica la existencia de alto riesgo en la dimensión de compensaciones. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 2 | 22 |
| 27 | Alto riesgo en Doble Presencia (RPSL) | Indica la existencia de alto riesgo en la dimensión de doble presencia. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 28 | Alto riesgo en subdimensiones (RPSL) | Corresponde a las sub dimensiones en alto riesgo del CT o UV evaluada. | Texto (50) | 1, 2, 7 | 67 |
| 29 | Fecha inicio análisis grupal (RPSL) | Fecha en que se inició el análisis grupal de los resultados. | Número (8) AAAAMMDD | 20190904 | - |
| 30 | Fecha cierre análisis grupal (RPSL) | Fecha en que se finalizó el análisis grupal de los resultados. | Número (8) AAAAMMDD | 20191010 | - |
| 31 | Medida de intervención prescrita (RPSL)\_1 | Medida prescrita por el organismo administrador al empleador. | Texto (200) | Revisar la planificación, distribución y asignación de la carga laboral de los trabajadores, para así adecuar los tiempos destinados a la realización de las labores | - |
| 32 | Medida de intervención prescrita (RPSL)\_2 | Medida prescrita por el organismo administrador al empleador. | Texto (200) | Revisar la planificación, distribución y asignación de la carga laboral de los trabajadores, para así adecuar los tiempos destinados a la realización de las labores | - |
| 33 | Medida de Intervención prescrita (RPSL)\_3 | Medida prescrita por el organismo administrador al empleador. | Texto (200) | Revisar la planificación, distribución y asignación de la carga laboral de los trabajadores, para así adecuar los tiempos destinados a la realización de las labores | - |
| 34 | Medida de intervención prescrita (RPSL)\_4 | Medida prescrita por el organismo administrador al empleador. | Texto (200) | Revisar la planificación, distribución y asignación de la carga laboral de los trabajadores, para así adecuar los tiempos destinados a la realización de las labores |  |
| 35 | Medida de intervención prescrita (RPSL)\_5 | Medida prescrita por el organismo administrador al empleador. | Texto (200) | Revisar la planificación, distribución y asignación de la carga laboral de los trabajadores, para así adecuar los tiempos destinados a la realización de las labores | - |
| 36 | Medida de intervención prescrita (RPSL)\_6 | Medida prescrita por el organismo administrador al empleador. | Texto (200) | Revisar la planificación, distribución y asignación de la carga laboral de los trabajadores, para así adecuar los tiempos destinados a la realización de las labores | - |
| 37 | Medida de intervención prescrita (RPSL)\_7 | Medida prescrita por el organismo administrador al empleador. | Texto (200) | Revisar la planificación, distribución y asignación de la carga laboral de los trabajadores, para así adecuar los tiempos destinados a la realización de las labores | - |
| 38 | Medida de intervención prescrita (RPSL)\_8 | Medida prescrita por el organismo administrador al empleador. | Texto (200) | Revisar la planificación, distribución y asignación de la carga laboral de los trabajadores, para así adecuar los tiempos destinados a la realización de las labores | - |
| 39 | Medida de intervención prescrita (RPSL)\_9 | Medida prescrita por el organismo administrador al empleador. | Texto (200) | Revisar la planificación, distribución y asignación de la carga laboral de los trabajadores, para así adecuar los tiempos destinados a la realización de las labores | - |
| 40 | Medida de intervención prescrita (RPSL)\_10 | Medida prescrita por el organismo administrador al empleador. | Texto (200) | Revisar la planificación, distribución y asignación de la carga laboral de los trabajadores, para así adecuar los tiempos destinados a la realización de las labores | - |

1. **ARCHIVO “P06” IPER\_ Antecedentes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **:** | **P06\_IPER\_Antecedentes** |
| **Referencia** | **:** | **EVALUACIÓN PRIMARIA DE RIESGOS** |
| **Sistema** | **:** | Prevención |
| **Periodicidad** | **:** | Trimestral |
| **Entidad reportadora** | **:** | Mutualidad e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las entidades empleadoras y centros de trabajo en los que se haya realizado el proceso de identificación de peligros y evaluación de riesgos (IPER) de manera inicial, una actualización o un seguimiento del mismo, por parte del organismo administrador, este registro contiene los antecedentes de la entidad empleadora, centro de trabajo, el tipo de actividad y origen de la misma.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
|
| 1 | Código IPER | Código IPER, identifica en forma univoca el documento realizado. La forma completar este campo es Código OA + Año + correlativo. | Número (12) | 112021000000 | - |
| 2 | Folio IPER | Folio Asignado al documento IPER por el organismo administrador. Este folio indica la versión del Código IPER, este debe incrementar en 1 cada vez, en caso de actualizar el registro IPER. Este debe reiniciarse con valor 1 cada vez que se registra un nuevo Código IPER. Una vez concluido el año calendario, los nuevos folios deberán ser reiniciados. | Número (6) | 000003 | - |
| 3 | RUT empleador | Corresponde al Rut empleador | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 4 | Nombre | Nombre o Razón social | Texto (120) | Gabriela Andrea S.A. | - |
| 5 | Dirección | Dirección del empleador | Texto (120) | Santo Domingo 1364, Depto. 2405 | - |
| 6 | Comuna | Código comuna donde se encuentra ubicado el empleador. | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 7 | Código CIIU | Código de la actividad económica del a entidad empleadora. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (14) | CIIUSII\_154110 | 11 |
| 8 | Número trabajadores | Número de trabajadores de la entidad empleadora. | Número (6) | 900 | - |
| 9 | Número trabajadores hombres | Número de trabajadores hombres de la empresa. | Número (6) | 6 | - |
| 10 | Número trabajadores mujeres | Número de trabajadores mujer de la empresa | Número (6) | 6 | - |
| 11 | Rut representante legal | Rut representante legal | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 12 | Nombre representante legal | Nombre representante legal | Texto (120) | José Martínez | - |
| 13 | CUV | Corresponde al Código Único Vigilancia. En caso que el CT donde se realizó el IPER no exista CUV, este debe ser creado con un e-doc 51, con un origen diferenciado como “iper prevención”, el cual mantendrá principalmente el registro de datos del centro de trabajo y con validaciones específicas que permitan el registro. | Número (6) | 445544 | - |
| 14 | Rut Empleador Principal | Rut Empleador Principal (en caso de no existir empleador principal deberá contener el RUT de entidad empleadora). | Texto (11) | 95668978-5 | - |
| 15 | Nombre Empleador Principal | Nombre Empleador Principal (en caso de no existir empleador principal deberá contener el nombre de la entidad empleadora. | Texto (120) | Novatec s.a. | - |
| 16 | Nombre Centro de Trabajo | Nombre que le asigna la empresa evaluada, al centro de trabajo donde se desempeñan los trabajadores/as evaluadas. | Texto (120) | *“Faena las golondrinas de Maullin”* | - |
| 17 | Dirección centro de trabajo | Dirección completa del centro de trabajo. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. Combinación nombre de calle y número. | Texto (120) | Amunátegui 277 | - |
| 18 | Código Comuna | Comuna donde se encuentra ubicado el CT | Texto (5) | 13120 | 6 |
| 19 | Función empleador CT | Función empleador CT | Número (1) | 2 | 48 |
| 20 | Geo Latitud | CT Geolocalización se refiere a la ubicación geográfica del CT (Latitud). | Texto (10) | 33.4569° S | - |
| 21 | Geo Longitud | CT Geolocalización se refiere a la ubicación geográfica del CT (Longitud). | Texto (10) | 70.6483° O | - |
| 22 | Descripción de la Actividad Centro Trabajo | Descripción de la actividad o servicio que desarrollan los trabajadores evaluados y que no necesariamente corresponde a la descripción del CIIU de la entidad empleadora evaluada. | Texto (500) | *“observación si corresponde”* | - |
| 23 | N° Total Trabajadores propios CT | Número Total Trabajadores en el Centro de Trabajo del Empleador Evaluado. | Número (6) | 30 | - |
| 24 | N° Trabajadores Hombres CT | Número de Trabajadores Hombres en el Centro de Trabajo del Empleador Evaluado. | Número (6) | 18 | - |
| 25 | N° Trabajadores Mujer CT | Número de Trabajadores Mujeres en el Centro de Trabajo del Empleador Evaluado. | Número (6) | 12 | - |
| 26 | Nombre Profesional Ejecutor | Nombre del profesional que ejecuta la actividad IPER. | Texto (120) | JUAN CARLOS | - |
| 27 | Apellido paterno Profesional Ejecutor | Apellido paterno del profesional que ejecuta la actividad IPER. | Texto (120) | SALAZAR | - |
| 28 | Apellido materno Profesional Ejecutor | Apellido materno del profesional que ejecuta la actividad IPER. | Texto (120) | PEREZ | - |
| 29 | Rut Profesional Ejecutor | Rut del profesional que ejecuta la actividad IPER. | Texto (11) 999999999-9 | 16125235-9 | - |
| 30 | Correo electrónico | Mail del profesional que ejecuta la actividad IPER. | Texto (50) | JCSALAZAR@oa.cl | - |
| 31 | Fecha visita a la entidad empleadora o centro de trabajo | Fecha en la que se realiza la visita y se ejecuta la actividad de evaluación. | Fecha (8) AAAAMMDD | 20211105 | - |
| 32 | Tipo visita IPER | Corresponde al identificador de la etapa de visita al centro de trabajo, el cual que identifica si la actividad IPER ejecutada es inicial, una actualización o está vinculada a seguimiento. Ver tabla de dominio. | Número (1) | 1 | 78 |
| 33 | Origen IPER | Identificación del origen o motivo principal del inicio de un proceso de IPER, realizado por el organismo administrador, de acuerdo a las causales definidas en la tabla de dominio correspondiente. Ver tabla de dominio. | Número (1) | 1 | 79 |
| 34 | CUN | Debe ser registrado según la selección en el campo 33, si fuera opción “6 u 8”. Este registro aplica en los casos de accidentes fatales o graves. | Número (7) | 0000134 | - |
| 35 | Rut -CUN | Corresponde a la Rut del trabajador que corresponde al CUN, registrado en el campo N° 34. Este registro aplica en los casos de accidentes fatales o graves. | Texto (11) | 95668978-5 | - |
| 36 | Antecedentes u observaciones | Antecedentes u observaciones adicionales a la visita de evaluación a la entidad empleadora o centro de trabajo. Esta instancia de registro, permite contextualizar el alcance de la evaluación en desarrollo, por parte del profesional del organismo administrador. | Texto (500) | *…La actividad contempla tres áreas de trabajo donde se realizan tareas …* | - |
| 37 | Cantidad de tareas levantadas | Cantidad (número) de tareas en proceso de análisis, las cuales son ejecutadas por los trabajadores del centro de trabajo, las cuales contemplan los riesgos en evaluación. | Número (6) | 3 | - |
| 38 | Anula tabla | Código que posibilita la anulación de tabla de datos enviada. | Texto (1) | 2 | 22 |

1. **ARCHIVO “P07” IPER\_CLASIFICACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **:** | **P07 IPER\_CLASIFICACIÓN** |
| **Referencia** | **:** | **EVALUACIÓN PRIMARIA DE RIESGOS** |
| **Sistema** | **:** | Prevención |
| **Periodicidad** | **:** | Trimestral |
| **Entidad reportadora** | **:** | Mutualidades e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de cada una de las tareas declaradas en archivo “P06”, y para las cuales se evalúa el riesgo en la entidad empleadora o centro de trabajo, por parte del organismo administrador.

Por ejemplo, en el proceso de evaluación realizada a las actividades desarrolladas por la entidad empleadora o el centro de trabajo, se identificaron 3 tareas potencialmente riesgosas, para cada una de estas tareas, debe levantarse la información correspondiente, en el archivo “P07”.

Este archivo, contiene la información de los riesgos de seguridad, higiene, músculo esquelético y/o psicosociales, en proceso de evaluación.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
|
| 1 | Código IPER | Código IPER, identifica en forma univoca el documento realizado. La forma completar este campo es Código OA + Año + correlativo. | Número (12) | 112021000000 | - |
| 2 | Folio IPER | Folio Asignado al documento IPER por el organismo administrador. Este folio indica la versión del Código IPER, este debe incrementar en 1 cada vez, en caso de actualizar el registro IPER. Este debe reiniciarse con valor 1 cada vez que se registra un nuevo Código IPER. Una vez concluido el año calendario, los nuevos folios deberán ser reiniciados. | Número (6) | 000003 | - |
| 3 | RUT empleador | Corresponde al RUT empleador. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 4 | CUV | Corresponde al Código Único Vigilancia. En caso que el CT donde se realizó el IPER no exista CUV, este debe ser creado con un e-doc 51, con un origen diferenciado como “IPER prevención”, el cual mantendrá principalmente el registro de datos del centro de trabajo y con validaciones específicas que permitan el registro. | Número (6) | 445544 | - |
| 5 | Código de tarea | Código identificador de la tarea definida para evaluación, el código es un valor univoco entregado por el organismo administrador, al que se deberá anteponer la sigla “TA-“ | Texto (12) | TA-XXXXXXXXX | - |
| 6 | Tarea | Nombre con el que se identifica la tarea realizada por el trabajador(es) “actividad realizada” | Texto (120) | ejemplo “Conducir” | - |
| 7 | Tarea rutinaria | Indicar si la tarea realizada es rutinaria o no rutinaria. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 8 | Puesto(s) de trabajo vinculados | Denominación o nombre del o los puestos de trabajos principales vinculados directamente a la tarea evaluada. | Texto (120) | ejemplo “Conducir” | - |
| 9 | Trabajadores hombres | Número de trabajadores hombre involucrado en tarea 0. | Número (6) | 1 | - |
| 10 | Trabajadores mujer | Número de trabajadores mujer involucrado en tarea. | Número (6) | 0 | - |
| 11 | Código Riesgo | Se refiere al código del riesgo específico que se está evaluando, según la tarea en particular. El riesgo específico deberá identificarse con la codificación de la columna “Código Riesgo” de la clasificación establecida en el Anexo N°38 "Clasificación de Riesgos del Trabajo", de la Letra K. Anexos, del Título II del LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS o su homóloga de referencia en la tabla de dominio N°80. | Texto (2) | 22 | 80 |
| 12 | Categoría del riesgo | Campo correspondiente a la categorización del riesgo específico en evaluación, identificado por el “Código Riesgo” y la definición de su “Categoría”, en la columna respectiva del Anexo N°38 "Clasificación de Riesgos del Trabajo" de Letra K. Anexos, del Título II del LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS. | Número (1) | 1 | 81 |
| 13 | Resultado probabilidad | La determinación de la variable “probabilidad” debe graduarse para este reporte de la siguiente forma:  • Baja: El daño ocurrirá rara vez o en contadas ocasiones (posibilidad de ocurrencia remota).  • Media: El daño ocurrirá en varias ocasiones posibilidad de ocurrencia mediana (puede pasar).  • Alta: En este caso, el daño ocurrirá siempre o casi siempre (posibilidad de ocurrencia inmediata o muy presente). | Número (1) | 2 | 82 |
| 14 | Resultado consecuencia | La determinación de la variable “consecuencia” (potencial severidad del daño), será asignada según magnitud del daño o lesiones que se podrían presentar por la exposición al agente de riesgo, esta variable debe graduarse para este reporte de la siguiente forma:  • Baja (Ligeramente dañino): Esta graduación debe ser adoptada en aquellos casos que pueden causar pequeñas lesiones o daños superficiales (cortes superficiales, magulladuras, etc.), o molestias e irritaciones con tiempos rápidos de recuperación.  • Media (Dañino): Esta graduación debe ser adoptada en aquellos casos que pueden causar lesiones (laceraciones, quemaduras, torceduras, etc.) y/o intoxicaciones que pueden causar incapacidad temporal).  • Alta (extremadamente dañino): Esta graduación debe ser adoptada en aquellos casos en los cuales se puedan generar eventos extremadamente dañinos como amputaciones, lesiones múltiples que generen incapacidades permanentes y lesiones fatales. | Número (1) | 3 | 82 |
| 15 | Resultado Clasificación/Magnitud del riesgo | La clasificación/magnitud del riesgo evaluado corresponde al registro final del resultado del proceso de evaluación inicial del riesgo y permite en base a definiciones de temporalidad asignar y adoptar las medidas de controles necesarios y efectivos que apunten a la eliminación y/o disminución del riesgo evaluado. Su graduación corresponderá a:  1.- Trivial  2.- Tolerable  3.- Moderado  4.- Importante  5.- Intolerable  Su homologación corresponderá al organismo administrador, considerando sus definiciones técnicas. | Número (1) | 2 | 83 |
| 16 | Define Prescripción | Identifica si la actividad de evaluación contempla prescripción de medidas, asociada a la evaluación del riesgo reportado. | Texto(1) | 2 | 22 |
| 17 | Detalle “no” Prescripción | Campo que justifica la opción “2” (no), del campo N°16. Este es obligatorio, si campo 16 es =”2” | Texto (500) | *…la evaluación concluye con la evaluación del riesgo xx, sin prescripción, debido a …* | - |
| 18 | Número de Medidas Prescritas | Indica la cantidad de medidas prescritas “número total”, para el riesgo específico y según la tarea evaluada. | Número (6) | 000001 | - |
| 19 | Anula tabla | Código que posibilita la anulación tabla de datos enviada. | Texto (1) | 2 | 22 |

1. **ARCHIVO “P08” IPER\_PRESCRIPCIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **P08 IPER\_PRESCRIPCIÓN** |
| **Referencia** | : | **EVALUACIÓN PRIMARIA DE RIESGOS** |
|  |  |  |
| **Sistema** | : | Prevención |
| **Periodicidad** | : | Trimestral |
| Entidad reportadora | : | Mutualidades e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las medidas prescritas para cada uno de los riesgos evaluados según archivo “P07”, por parte del organismo administrador.

Este proceso contempla en su desarrollo, la prescripción de medidas específicas para la gestión de riesgos laborales de seguridad, higiene (\*), músculo esquelético (\*), psicosocial (\*) y su verificación según corresponda.

(\*) El organismo administrador deberá contemplar que para cualquier riesgo identificado en esta evaluación y que cuente con normativa específica (Protocolo Ministerial, Guía de aplicación u otra normativa), la prescripción que deberá consignar al empleador o su representante será: “Iniciar al proceso correspondiente definido por la normativa para el riesgo identificado” (ejemplo. Ruido = iniciar proceso Protocolo de Exposición Ocupacional a Ruido (PREXOR), Polvo = iniciar implementación Protocolo de Vigilancia del Ambiente de Trabajo y de la Salud de los Trabajadores con Exposición a sílice, etc.), asimismo, la valoración de este tipo de riesgos se considerará como base referencial. El reporte contempla la entidad empleadora y potencialmente todos sus centros de trabajo identificados con e-doc 51-datos centro de trabajo.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
|
| 1 | Código IPER | Código IPER, identifica en forma univoca el documento realizado. La forma completar este campo es Código OA + Año + correlativo. | Número (12) | 112021000000 | - |
| 2 | Folio IPER | Folio Asignado al documento IPER por el organismo administrador. Este folio indica la versión del Código IPER, este debe incrementar en 1 cada vez, en caso de actualizar el registro IPER. Este debe reiniciarse con valor 1 cada vez que se registra un nuevo Código IPER. Una vez concluido el año calendario, los nuevos folios deberán ser reiniciados. | Número (6) | 000003 | - |
| 3 | RUT empleador | Corresponde al Rut empleador. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 4 | CUV | Corresponde al Código Único Vigilancia, en caso que el CT donde se realizó el IPER no exista CUV, este debe ser creado con un e-doc 51, con un origen diferenciado como “IPER prevención”, el cual mantendrá principalmente el registro de datos del centro de trabajo y con validaciones específicas que permitan el registro. | Número (6) | 445544 | - |
| 5 | Código de tarea | Código Identificador de Tarea evaluada, el código es un valor entregado por el organismo administrador, al que se deberá anteponer la sigla “TA-“. | Texto (12) | TA-XXXXXXXXX | - |
| 6 | Código Riesgo | Se refiere al código del riesgo específico se está evaluando, según la tarea en particular. El riesgo específico deberá identificarse con la codificación de la columna “Código Riesgo” de la clasificación establecida en el Anexo N°38 "Clasificación de Riesgos del Trabajo", de la Letra K. Anexos, del Título II del LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS o su homóloga de referencia en la tabla de dominio N°80. | Texto (2) | 2 | 80 |
| 7 | Categoría del riesgo | Campo correspondiente a la categorización del riesgo específico en evaluación, identificado por el “Código Riesgo” y la definición de su “Categoría”, en la columna respectiva del Anexo N°38 "Clasificación de Riesgos del Trabajo" de la Letra K, del Título II del LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS. | Número (1) | 1 | 81 |
| 8 | Código tipo de medida prescrita | Código corresponde a la clasificación de la medida que se prescribe, según el tipo de medida de control. Ver tabla de dominio correspondiente. | Número (1) | 2 | 84 |
| 9 | Folio medida prescrita | Folio Asignado a la medida prescrita, el cual es entregado por el organismo administrador, este corresponde a un correlativo que permite identificar cada medida prescrita en caso de ser más de una para un mismo riesgo. | Número (6) | 000001 | - |
| 10 | Fecha prescripción medida | Fecha en que se realiza la prescripción de la medida a la entidad empleadora o centro de trabajo. | Fecha (8) AAAAMMDD | 20211105 | - |
| 11 | Descripción de la medida prescrita | Descripción y detalle técnico de la medida prescrita a implementar por parte de la entidad empleadora para la gestión del riesgo. | Texto (500) | *El centro de trabajo deberá implementar el protocolo de …* | - |
| 12 | Fecha de plazo para la verificación de cumplimiento de la medida | Corresponde a la fecha para la realización de la verificación de cumplimiento de la medida prescrita. Esta fecha deberá considerar las definiciones establecidas en las letras a) y b), del número 8. Verificación del cumplimiento, Capítulo I, Letra G. Prescripción de medidas de control, del Título II del LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS. | Fecha (8) AAAAMMDD | 20211105 | - |
| 13 | Anula tabla | Código que posibilita la anulación tabla de datos enviada. | Texto (1) | 2 | 22 |

1. **ARCHIVO “P09” IPER\_VERIFICACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **“P09” IPER\_VERIFICACION** |
| **Referencia** | : | **EVALUACIÓN PRIMARIA DE RIESGOS** |
| **Sistema** | : | Prevención |
| **Periodicidad** | : | Trimestral |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las medidas prescritas por los organismos administradores y que fueron verificadas en las entidades empleadoras o centros de trabajo, describiendo el cumplimiento alcanzado por la misma, conforme a envío del archivo “P08”.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
|
| 1 | Código IPER | Código IPER, identifica en forma univoca el documento realizado. La forma completar este campo es Código OA + Año + correlativo. | Número (12) | 112021000000 | - |
| 2 | Folio IPER | Folio Asignado al documento IPER por el organismo administrador. Este folio indica la versión del Código IPER, este debe incrementar en 1 cada vez, en caso de actualizar el registro IPER. Este debe reiniciarse con valor 1 cada vez que se registra un nuevo Código IPER. Una vez concluido el año calendario, los nuevos folios deberán ser reiniciados. | Número (6) | 000003 | - |
| 3 | RUT empleador | Corresponde al RUT empleador. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 4 | CUV | Corresponde al Código Único Vigilancia. En caso que el CT donde se realizó el IPER no exista CUV, este debe ser creado con un e-doc 51, con un origen diferenciado como “IPER prevención”, el cual mantendrá principalmente el registro de datos del centro de trabajo y con validaciones específicas que permitan el registro. | Número (6) | 445544 | - |
| 5 | Código de tarea | Código Identificador de Tarea evaluada, el código es un valor univoco entregado por el organismo administrador, al que se deberá anteponer la sigla “TA-“. | Texto (120) | TA-XXXXXXXXX | - |
| 6 | Código Riesgo | Se refiere al código del riesgo específico se está evaluando, según la tarea en particular. El riesgo específico deberá identificarse con la codificación de la columna “Código Riesgo” de la clasificación establecida en el Anexo N°38 "Clasificación de Riesgos del Trabajo", de la Letra K. Anexos, del Título II del LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS o su homóloga de referencia en la tabla de dominio N°80. | Texto (2) | 2 | 80 |
| 7 | Categoría del riesgo | Campo correspondiente a la categorización del riesgo específico en evaluación, identificado por el “Código Riesgo” y la definición de su “Categoría”, en la columna respectiva del Anexo N°38 "Clasificación de Riesgos del Trabajo" de la Letra K. Anexos, del Título II del LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS. | Número (1) | 1 | 81 |
| 8 | Código tipo de medida prescrita | Código corresponde a la clasificación de la medida que se prescribe, según el tipo de medida de control. Ver tabla de dominio correspondiente. | Número (1) | 2 | 84 |
| 9 | Folio medida prescrita | Folio Asignado a la medida prescrita, el cual es entregado por el organismo administrador, este corresponde a un correlativo que permite identificar cada medida prescrita en caso de ser más de una para un mismo riesgo. | Número (14) | 000001 | - |
| 10 | Fecha de ejecución de verificación de cumplimiento de medida. | Corresponde a la fecha en que se realiza la verificación de cumplimiento de la medida prescrita. | Fecha (8) AAAAMMDD | 20211105 | - |
| 11 | Descripción de la medida prescrita | Descripción de la medida prescrita para ser implementada en el centro de trabajo (ídem descripción “P08”, campo N°11). | Texto (5500) | *El centro de trabajo deberá implementar el protocolo de…* | - |
| 12 | Cumplimiento medida | Indica la forma en que se realizó el cumplimiento de la medida prescrita por parte del empleador en el centro de trabajo o entidad empleadora. | Número (1) | 3 | 85 |
| 13 | Observación medida | Observación o comentario sobre el cumplimiento de la medida. | Texto (500) | “…La medida se cumplió eficazmente…” | - |
| 14 | Ampliación de plazo de medida | La ampliación de plazo para la implementación de la medida, según lo señalado en el número 8. Verificación del cumplimiento, Capítulo I, Letra G. Prescripción de medidas de control, Título II, del LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 15 | Nueva fecha de ampliación de plazo | Nueva fecha de verificación de cumplimiento. | Fecha (8) AAAAMMDD | 20211105 | - |
| 16 | Observaciones | Observación o comentario sobre ampliación del plazo. | Texto (500) | *… Se contactará en 2 meses más por seguimiento….* | - |
| 17 | Nombre verificador | Nombre del verificador que constató el cumplimiento de las medidas prescritas. | Texto (120) | JUAN CARLOS | - |
| 18 | Apellido paterno | Apellido paterno del verificador que constató el cumplimiento de las medidas prescritas. | Texto (120) | SALAZAR | - |
| 19 | Apellido materno | Apellido materno del verificador que constató el cumplimiento de las medidas prescritas. | Texto (120) | PEREZ | - |
| 20 | Rut | Rut del verificador que constató el cumplimiento de las medidas prescritas. | Texto (11) 999999999-9 | 16125235-9 | - |
| 21 | Correo electrónico | E-mail del verificador que constató el cumplimiento de las medidas prescritas. | Texto (50) | arcoiris@oa.cl | - |
| 22 | Anula tabla | Código que posibilita la anulación tabla de datos enviada. | Texto (1) | 2 | 22 |

1. **ARCHIVO “P10” REG\_ASISTENCIAS\_ TÉCNICAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **“P10” REGISTRO\_ASISTENCIA\_ TÉCNICA** |
| **Referencia** | : | **PREVENCIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICA** |
| **Sistema** | : | Prevención |
| **Periodicidad** | : | Trimestral |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las entidades empleadoras y centros de trabajo en los que el organismo administrador haya realizado una asistencia técnica específica en un periodo determinado. En caso de realizarse más de una asistencia técnica específica en un mismo periodo, estas deberán reportarse por separado.

Este registro contempla antecedentes de la entidad empleadora, centro de trabajo y detalle de la asistencia técnica específica otorgada.

En caso de existir prescripción de medidas en la ejecución de alguna de las asistencias técnicas definidas, se deberá proceder a registrar las medidas prescritas y su verificación en los archivos planos “P11” PRESCRIPCIÓN\_ASISTENCIA\_TÉCNICA y “P12” VERIFICACIÓN\_ASISTENCIA\_TÉCNICA”. En caso que exista una identificación de peligros y evaluación de riesgos en los procesos de asistencia técnica ejecutada por el organismo administrador, estas deberán ser reportadas en los archivos “P06” a “P09”.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
|
| 1 | Código AT | Código asignado al documento de asistencia técnica. Código que identifica en forma univoca el documento realizado. La forma completar este campo es Código OA + Año + correlativo. | Número (12) | 112021000000 | - |
| 2 | Folio AT | Folio asignado al documento de Asistencia Técnica por el organismo administrador. Este folio indica la versión del código de A.T. Este folio deberá reiniciarse con valor “1”, toda vez que se registre un “nuevo código de A.T.”. Una vez concluido el año calendario los nuevos folios deberán ser reiniciados. | Número (6) | 000003 | - |
| 3 | RUT empleador | RUT empleador. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 4 | CUV | Corresponde al Código Único Vigilancia. En caso que el CT donde se realizó la asistencia técnica no exista CUV, este debe ser creado con un e-doc 51, con un origen diferenciado como “gris prevención”, el cual mantendrá principalmente el registro de datos del centro de trabajo y con validaciones específicas que permitan el registro. | Número (06) | 445544 | - |
| 5 | Nombre | Nombre o Razón social. | Texto (120) | Gabriela Andrea S.A. | - |
| 6 | Dirección | Dirección del empleador. | Texto (120) | Santo Domingo 1364, Depto. 2405 | - |
| 7 | Comuna | Código comuna donde se encuentra ubicado el empleador. | Número (5) | 13120 | 6 |
| 8 | Código CIIU | Código de la actividad económica de la entidad empleadora. Ver tabla de dominio correspondiente. | Texto (14) | CIIUSII\_154110 | 11 |
| 9 | Número trabajadores | Número de trabajadores de la entidad empleadora. | Número (6) | 009 | - |
| 10 | Número trabajadores hombres | Número de trabajadores hombres de la entidad empleadora. | Número (6) | 006 | - |
| 11 | Número trabajadores mujeres | Número de trabajadores mujer de la entidad empleadora. | Número (6) | 003 | - |
| 12 | Rut representante legal | Rut representante legal. | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 13 | Nombre representante legal | Nombre representante legal. | Texto (120) | José Martínez | - |
| 14 | Rut Empleador Principal | Rut Empleador Principal (en caso de no existir empleador principal deberá contener el RUT de entidad empleadora). | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 15 | Nombre Empleador Principal | Nombre Empleador Principal (en caso de no existir empleador principal deberá contener el nombre de la entidad empleadora). | Texto (120) | Novatep s.a. | - |
| 16 | Nombre Centro de Trabajo | Nombre que le asigna la empresa evaluada, al centro de trabajo donde se desempeñan los trabajadores evaluados. | Texto (120) | *“Faena las golondrinas de Maullin”* | - |
| 17 | Dirección centro de trabajo | Dirección completa del centro de trabajo. Debe incluir calle, número y departamento, si es que corresponde. Combinación nombre de calle y número. | Texto (120) | Amunátegui 277 | - |
| 18 | Código Comuna | Comuna donde se encuentra ubicado el CT. | Número (5) | 13120 | 6 |
| 19 | Función empleador CT | Función empleador CT. | Número (1) | 2 | 48 |
| 20 | Geo Latitud | CT Geolocalización se refiere a la ubicación geográfica del CT (Latitud). | Texto (10) | 33.4569° S | - |
| 21 | Geo Longitud | CT Geolocalización se refiere a la ubicación geográfica del CT (Longitud). | Texto (10) | 70.6483° O | - |
| 22 | Descripción de la Actividad Centro Trabajo | Descripción de la actividad o servicio que desarrollan los trabajadores evaluados y que no necesariamente corresponde a la descripción del CIIU de la entidad empleadora. | Texto (200) | *“Construcción”* | - |
| 23 | N° Total Trabajadores propios CT | Número Total Trabajadores en el Centro de Trabajo del Empleador Evaluado. | Número (6) | 30 | - |
| 24 | N° Trabajadores Hombres CT | Número de Trabajadores Hombres en el Centro de Trabajo del Empleador Evaluado. | Número (6) | 18 | - |
| 25 | N° Trabajadores Mujer CT | Número de Trabajadores Mujeres en el Centro de Trabaja de la Empresa Evaluada. | Número (6) | 12 | - |
| 26 | Fecha asistencia técnica a la entidad empleadora | Fecha en la que se realiza la ejecución de la asistencia técnica en visita a la entidad empleadora o centro de trabajo (día, mes y año). | FECHA (8) AAAAMMDD | 20211105 | - |
| 27 | Nombre Profesional Ejecutor | Nombre del profesional que ejecuta la actividad de asistencia técnica. | Texto (120) | JUAN CARLOS | - |
| 28 | Apellido paterno Profesional Ejecutor | Apellido paterno del profesional que ejecuta la actividad de asistencia técnica. | Texto (120) | SALAZAR | - |
| 29 | Apellido materno Profesional Ejecutor | Apellido materno del profesional que ejecuta la actividad de asistencia técnica. | Texto (120) | PEREZ | - |
| 30 | Rut Profesional Ejecutor | Rut del profesional que ejecuta la actividad de asistencia técnica. | Texto (11) 999999999-9 | 16125235-9 | - |
| 31 | Correo electrónico | Mail del profesional que ejecuta la actividad de asistencia técnica. | Texto (50) | JCSALAZAR@oa.cl | - |
| 32 | Tipo visita de AT | Motivo de la visita al centro de trabajo en relación a la ejecución de la asistencia técnica. Ver tabla de dominio. | Número (1) | 1 | 78 |
| 33 | Origen AT | Identificación del origen o motivo del proceso de Asistencia técnica, desde las diferentes causales que dan origen a esta actividad. Ver tabla de dominio. | Número (1) | 1 | 79 |
| 34 | Antecedentes de la Asistencia Técnica descripción /observaciones | Descripción de los antecedentes iniciales u observaciones adicionales a la visita de asistencia técnica en la entidad empleadora, en vista del contexto en la que se realiza. | Texto (500) | *“…La asistencia técnica corresponde a la evaluación de la actividad de simulacro de evacuación realizada en el centro de trabajo de Lampa…”* | - |
| 35 | Tipo de Asistencia Técnica Específica Otorgada | Corresponde al tipo de actividad de asistencia técnica específica proporcionada por el organismo administrador según listado de las actividades señaladas en la Letra D. Asistencia técnica del Título II del Libro IV. Ver tabla de dominio N°86. | Número (2) | 4 | 86 |
| 36 | Identificación de uso de sustancias químicas peligrosas | Corresponde al tipo de utilización de sustancias químicas peligrosas en la entidad empleadora o en el centro de trabajo. En caso que la sustancia química tenga más de un uso, se deben registrar los códigos de forma consecutiva. Por ejemplo, si se utiliza en “Producción” y “Almacenamiento” se deberá informar el valor “23”. Ver tabla de dominio N°52 correspondiente. Informar sólo si el campo 35 “Tipo de Asistencia Técnica Otorgada” es igual a ”2”, en tabla de dominio N°86. | Número (5) | 23 | 52 |
| 37 | Tipos de sustancias químicas | Corresponde a la clase o tipo de sustancias química identificada. En caso que la sustancia química corresponde a más de un tipo o clase, se deben registrar los códigos de forma consecutiva. Por ejemplo, si corresponde a “Clase 3: líquida inflamable” y “Clase 4: sólida inflamable” se deberá informar el valor “34”. Ver tabla de dominio N°53 correspondiente. Informar sólo si el campo 35 “Tipo de asistencia Técnica Otorgada” es igual a “2”, en tabla de dominio N°86. | Número (9) | 34 | 53 |
| 38 | Tipo de actividad de asistencia técnica ejecutada | Corresponde al tipo de actividad de asistencia técnica ejecutada por el organismo administrador en una fecha definida.  En caso que se entregue más de una asistencia técnica, se deben registrar por separado cada una de ellas y ser remitidas en diferentes envíos de forma consecutiva. Ver tabla de dominio N°51 correspondiente. Informar siempre que se reporta alguna de las opciones de la tabla dominio N°86. | Número (77) | 124 | 51 |
| 39 | Identificación de existencia de Comité Paritario de Higiene y Seguridad (CPHS) | Informar sólo si el campo 35 “Tipo de asistencia técnica otorgada” es igual a “1”. Indica la conformación del Comité Paritario de Higiene y Seguridad C.P.H.S. Ver tabla de dominio correspondiente N°54. | Número (1) | 1 | 54 |
| 40 | Estado del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo (SGSST) | Corresponde al estado de implementación del SGSST, en la entidad empleadora o centro de trabajo. Ver tabla de dominio N° 55 correspondiente. Informar sólo si el campo N° 35 “Tipo de Asistencia Técnica Específica Otorgada” es igual a “3”. | Número (1) | 1 | 55 |
| 41 | Anula tabla | Código que posibilita la anulación tabla de datos enviada. | Texto (1) | 2 | 22 |

1. **ARCHIVO “P11” PRESCRIPCIÓN\_ASISTENCIA\_ TÉCNICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **P11 PRESCRIPCIÓN\_ASISTENCIA\_ TÉCNICA** |
| **Referencia** | : | **PREVENCIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICA** |
| **Sistema** | : | Prevención |
| **Periodicidad** | : | Trimestral |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de las medidas prescritas en las actividades de asistencia técnica que se registran en el archivo “P10”.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** | **Nombre campo** |
|
| 1 | Código AT | Código asignado al documento de asistencia técnica. Código que identifica en forma univoca el documento realizado. La forma completar este campo es Código OA + Año + correlativo. | Número (12) | 112021000000 | - |
| 2 | Folio Asistencia Técnica | Folio asignado al documento de Asistencia Técnica por el organismo administrador. Este folio indica la versión del código de A.T. Este folio deberá reiniciarse con valor “1”, toda vez que se registre un “nuevo código de A.T.”. Una vez concluido el año calendario, los nuevos folios deberán ser reiniciados. | Número (6) | 000003 | - |
| 3 | RUT empleador | Rut empleador | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 4 | CUV | Corresponde al Código Único Vigilancia. En caso que el CT donde se realizó la asistencia técnica no exista CUV, este debe ser creado con un e-doc 51, con un origen diferenciado como “gris prevención”, el cual mantendrá principalmente el registro de datos del centro de trabajo y con validaciones específicas que permitan el registro. | Número (06) | 445544 | - |
| 5 | Tipo de Asistencia Técnica Otorgada | Corresponde al tipo de actividad de asistencia técnica específica proporcionada por el organismo administrador, según listado de las actividades señaladas en la Letra D. Asistencia técnica del Título II del Libro IV. Ver tabla de dominio N°86. | Número (2) | 4 | 86 |
| 6 | Código tipo medida prescrita | Código corresponde a la clasificación de la medida que se prescribe, según el tipo de medida de control. Ver tabla de dominio correspondiente. | Número (1) | 2 | 84 |
| 7 | Folio medida prescrita | Folio Asignado a la medida prescrita, el cual es entregado por el organismo administrador, corresponde a un correlativo que permite identificar más de una medida prescrita en la asistencia técnica. | Número (14) | 000001 | - |
| 8 | Fecha prescripción medida | Fecha en que se realiza la prescripción de la medida a la entidad empleadora o centro de trabajo. | Fecha (8)  AAAAMMDD | 20211105 | - |
| 9 | Descripción de la medida prescrita | Descripción y detalle técnico de la medida prescrita a implementar por parte de la entidad empleadora para la gestión del riesgo. | Texto (500) | *El centro de trabajo deberá implementar el protocolo de ….* | - |
| 10 | Fecha de plazo de implementación de la medida | Fecha de plazo para implementar la medida prescrita por asistencia técnica específica. | Fecha (8)  AAAAMMDD | 20211105 | - |
| 11 | Anula tabla | Código que posibilita la anulación tabla de datos enviada. | Texto (1) | 2 | 22 |

1. **ARCHIVO “P12” VERIFICACIÓN\_ASISTENCIA\_ TÉCNICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | : | **P12 VERIFICACIÓN\_ASISTENCIA\_ TÉCNICA** |
| **Referencia** | : | **PREVENCIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICA** |
| **Sistema** | : | Prevención |
| **Periodicidad** | : | Trimestral |
| **Entidad reportadora** | : | Mutualidades e ISL |

**Definición:**

Corresponde a un archivo plano que deberá contener información de la verificación del cumplimiento de las medidas prescritas en las actividades de asistencia técnica que se registran en el archivo “P11”.

El detalle de los campos y el formato requerido por la Superintendencia de Seguridad Social se presentan a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre campo** | **Descripción** | **Tipo de dato** | **Ejemplo** | **Tabla de Dominio** |
|
| 1 | Código AT | Código asignado al documento de asistencia técnica. Código que identifica en forma univoca el documento realizado. La forma completar este campo es Código OA + Año + correlativo. | Número (12) | 112021000000 | - |
| 2 | Folio AT | Folio asignado al documento de Asistencia Técnica por el organismo administrador. Este folio indica la versión del código de A.T. Este folio deberá reiniciarse con valor “1”, toda vez que se registre un “nuevo código de A.T.”. Una vez concluido el año calendario, los nuevos folios deberán ser reiniciados. | Número (6) | 000003 | - |
| 3 | RUT empleador | Rut empleador | Texto (11) 999999999-9 | 95668978-5 | - |
| 4 | CUV | Corresponde al Código Único Vigilancia. En caso que el CT donde se realizó la asistencia técnica no exista CUV, este debe ser creado con un e-doc 51, con un origen diferenciado como “gris prevención”, el cual mantendrá principalmente el registro de datos del centro de trabajo y con validaciones específicas que permitan el registro. | Número (6) | 445544 | - |
| 5 | Tipo de Asistencia Técnica Otorgada | Corresponde al tipo de actividad de asistencia técnica específica proporcionada por el organismo administrador según listado de las actividades señaladas en la Letra D. Asistencia técnica del Título II del Libro IV. Ver tabla de dominio N°86. | Número (2) | 4 | 86 |
| 6 | Código tipo medida prescrita | Código corresponde a la clasificación de la medida que se prescribe, según el tipo de medida de control. Ver tabla de dominio correspondiente. | Número (1) | 2 | 84 |
| 7 | Folio medida prescrita | Folio Asignado a la medida prescrita, el cual es entregado por el organismo administrador, corresponde a un correlativo que permite identificar más de una medida prescrita en la asistencia técnica. | Número (14) | 000001 | - |
| 8 | Fecha verificación | Fecha en que se realiza la verificación de las medidas prescritas. | Fecha (8)  AAAAMMDD | 20211105 | - |
| 9 | Descripción de la medida prescrita | Descripción de la medida prescrita para ser implementada en el centro de trabajo (Ídem Descripción “P11” N°12). | Texto (500) | *El centro de trabajo deberá implementar el protocolo de* | - |
| 10 | Cumplimiento medida | Indica la forma en que se realizó el cumplimiento de la medida prescrita por parte del empleador en el centro de trabajo o entidad empleadora. | Número (1) | 3 | 85 |
| 11 | Observación medida | Observación o comentario sobre el cumplimiento de la medida. | Texto (500) | “…La medida se cumplió eficazmente…” | - |
| 12 | Ampliación de plazo | Según la importancia del incumplimiento, el organismo administrador podrá indicar nueva fecha de verificación de cumplimiento de medida. | Texto (1) | 1 | 22 |
| 13 | Nueva fecha de ampliación de plazo | Nueva fecha de verificación de cumplimiento. | Fecha (8)  AAAAMMDD | 20211105 | - |
| 14 | Observaciones | Observación o comentario sobre ampliación del plazo | Texto (500) | *… Se contactará en 2 meses más por seguimiento….* | - |
| 15 | Nombre verificador | Nombre del verificador que constató el cumplimiento de las medidas prescritas. | Texto (120) | JUAN CARLOS | - |
| 16 | Apellido paterno | Apellido paterno del verificador que constató el cumplimiento de las medidas prescritas. | Texto (120) | SALAZAR | - |
| 17 | Apellido materno | Apellido materno del verificador que constató el cumplimiento de las medidas prescritas. | Texto (120) | PEREZ | - |
| 18 | Rut | Rut del verificador que constató el cumplimiento de las medidas prescritas. | Texto (11) 999999999-9 | 16125235-9 | - |
| 19 | Correo electrónico | Mail del verificador que constató el cumplimiento de las medidas prescritas. | Texto (50) | arcoiris@oa.cl | - |
| 20 | Anula tabla | Código que posibilita la anulación tabla de datos enviada. | Texto (1) | 2 | 22 |