



COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INFORMACIÓN



CONTENIDO

Capítulo I Instrucciones para la transmisión de información y remisión de los Archivos Maestros que los seguros envían a la Superintendencia de Salud....	13
Título I: Aspectos relativos a la comunicación.....	13
1. Transmisión y Seguridad de Datos	13
2. Responsables y funciones asociadas a la transferencia de información	13
3. Recepción de la Información.....	14
4. Bitácora de Recepción y Envío.....	14
Anexo: Declaración de Autorización y Responsabilidad.....	15
Título II. Operación del Sistema de Transferencia de Archivos.....	17
1. Validación Contenido Experto	17
2. Retransmisión de Archivos	18
3. Solicitudes de Prórroga	18
4. Contingencia.....	19
5. Nuevos requerimientos de información en Archivos Maestros	19
Título III: Nombre de los archivos y respaldo de la información	20
1. Nomenclatura en nombre de archivos	20
2. Respaldo de la información	21
3. Definiciones computacionales.....	21
Capítulo II Archivos Maestros	22
Título I: Contratos.....	22
1. Características Generales del Archivo Maestro.....	22
2. Estructura del Archivo Maestro.	24
3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro.....	25
4 . Validadores Adicionales de Consistencia	44
Título II: Cotizantes y Cargas de Isapres.....	47
1. Características Generales del Archivo Maestro.....	47
2 .Estructura del Archivo Maestro.	49
3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro.	50
4 .Validadores Adicionales de Consistencia.	61
Título III: Planes Complementarios de Salud y Tabla de Factores	63
1. Información y periodicidad.....	63
2. Plazo de envío.....	63
3. Proceso de validación de la información.....	63
4. Eliminado	63
Anexo: Especificaciones Computacionales y Definiciones	63

1. Características Generales del Archivo Maestro de Planes Complementarios	63
2. Estructura del Archivo Maestro de Planes Complementarios.....	65
3. Definición de campos del Archivo Maestro de Planes Complementarios	66
Título IV: Coberturas de los Planes de Salud.....	98
1. Información requerida.....	98
2. Proceso de validación de la información.....	98
3. Envío de la información a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales	98
Anexo N° 1: Estructura Computacional, Características y Definiciones del Archivo Maestro de Cobertura de los Planes de Salud.....	99
1. Estructura Computacional.....	99
2. Características Generales	99
3. Definiciones	100
Título V: Prestaciones de Salud.....	109
1. Información y periodicidad.....	109
2. Plazo de envío.....	109
3. Información sobre prestaciones de salud Bonificadas y Otorgadas	109
4. Envío de la información	110
Anexo N° 1: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas	111
2. Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Bonificadas	113
Anexo N° 2 : Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas	136
Anexo N° 3 Especificaciones Técnicas.....	140
Título VI: Egresos Hospitalarios	141
1. Información y periodicidad.....	141
2. Plazo de envío.....	141
Anexo N° 1 Estructura Computacional del Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios.....	142
Anexo N° 2 Especificaciones Técnicas.....	151
Título VII: Arancel de Prestaciones de Salud	152
1. Valorización y reajuste del arancel.....	152
2. Prestaciones Adicionales	152
3. Envío del arancel	153
4. Incorporación de nuevas prestaciones en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección	153
Anexo Estructura Computacional, Características, Definiciones y Validadores Adicionales del Arancel de Prestaciones de Salud.....	155
Título VIII: Información para el control y fiscalización de las GES en el Fonasa	163

1. Del Control y Fiscalización de las GES	163
Título IX: Prestaciones del Examen de Medicina Preventiva	165
1. Información requerida	165
2. Envío de la información	165
Anexo: Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva	166
Título X: Instrucciones de envío de información sobre redes de prestadores GES	169
1. Características Generales del Archivo	169
2. Estructura Computacional	172
3. Definiciones	173
Título XI: Información para el control y fiscalización de las GES en las isapres	182
I. Precio de las Garantías Explícitas en Salud en el sistema isapre	182
II. Fiscalización de las GES en las Isapres	182
Título XII: Instrucciones sobre información estadística semanal de casos GES que deben proporcionar las isapres a la Superintendencia	344
Título XIII: Compensaciones del Fondo de Compensación Solidario	345
1. Objetivo del Fondo	345
2. Respaldo de las Operaciones	345
3. Encargados de la operación del Fondo	345
Título XIV: Composición de Cartera de Cotizantes Vigentes en Isapres Cerradas	347
Título XV: Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas e información sobre prestadores CAEC	348
1. Estructura del archivo	348
2. Instrucciones para el envío de información sobre prestadores CAEC a la Superintendencia y obligación de designar un representante de la isapre	367
3. Instrucciones para información sobre prestadores y beneficios CAEC a los beneficiarios	368
Título XVI: Licencias Médicas y Subsidios por incapacidad laboral.....	369
I. Estructura de registro del archivo Licencias Médicas y SIL	370
II.- Definiciones del Archivo Maestro de Licencias Médicas y SIL	372
III. Estructura de registro del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones de la isapre y Reliquidaciones	399
IV. Definiciones del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones	399
Título XVII: Estadísticas de los Reclamos deducidos ante las isapres y el Fonasa por sus cotizantes y/o beneficiarios	409
Anexo N° 1: Clasificación y estadísticas de reclamos en isapres	409

Título XVIII: Recursos de protección interpuestos por los beneficiarios en contra de las isapres	424
Título XIX: Excedentes de cotización	425
1) Archivo Maestro de Excedentes de cotización.....	425
Anexo: Archivo Maestro “Excedentes de Cotización”	426
1. Estructura Computacional.....	426
2. Características Generales	427
3. Definiciones	429
4. Validadores Adicionales de Consistencia	447
2) Archivo Maestro para la Devolución anual de Excedentes de cotización	449
a) Características Generales de estos Archivos Maestros	449
b) Estructura del Archivo Maestro "Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización que respalda el cuadro sobre la devolución anual de excedentes.	450
c) Estructura del Archivo Maestro " Inventario Estado Devolución Anual de Excedentes de Cotización"	452
Título XX: Cotizaciones de Salud	456
1 Características Generales del Archivo Maestro	456
2 Estructura del Archivo Maestro.....	458
3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro...459	
Título XXI Ley Ricarte Soto	470
Título XXII: Archivo Maestro de Cotizaciones Mal Enteradas	475
Título XXIII: Archivo Maestro de Beneficios Adicionales	483
Capítulo III Instrucciones de carácter económico y financiero	502
Título I: Instrucciones relativas a la Ficha Económica y Financiera de Isapre (F.E.F.I.)	502
I. Disposiciones Generales.....	502
II. Contenido de la Ficha Económica y Financiera de Isapre.....	505
III. Criterios y tratamientos contables relativos al Fondo de Compensación Solidario	579
Título II: Indicadores de Patrimonio, Liquidez y Garantía.....	582
I.- Indicadores a cumplir	582
II.- Información necesaria para controlar el cumplimiento de los indicadores legales	585
Anexo N° 1 (formato).....	594
Anexo N° 2: Definiciones de Cuentas	599
Anexo N° 3 : Estructura Computacional Archivo Maestro Informe Financiero Complementario	603
Título III. Instrucciones relativas a la Garantía	604
1. Informe para el cálculo de la garantía	604

2.- Procedimiento para pago de obligaciones con fondos de la garantía	604
3. Detalle de las obligaciones afectas a garantía	614
4. Respaldos	683
5. Información respecto a apoderados para operar con las entidades de custodia de la garantía.....	683
6. Información sobre estructura y antigüedad de deuda con prestadores y beneficiarios	683
7. Envío de información diaria sobre los instrumentos que componen la garantía.....	690
Anexo N° 1.....	693
Anexo N° 2: Archivo “Informe de Instrumentos de Inversión que Conforman la Garantía de Isapres”	697
Capítulo IV Información relativa al funcionamiento de las isapres.....	704
Título I: Información sobre hechos relevantes	704
1. Definición de “Hecho Relevante”	704
2. Hecho relevante con carácter de reservado.....	704
3. Procedimiento de información de los hechos relevantes.....	704
4. Contenido de la comunicación sobre hechos relevantes.....	705
5. Plazo	706
6. Obligación de informar a la Superintendencia de Salud prohibición que afecte a alguno de sus representantes	706
Anexo: Hechos relevantes obligatorios de informar.....	707
Título II: Información sobre agentes de ventas.....	711
I. Registro de agentes de ventas	711
Anexo: Ficha de Registro	712
Título III. Información a la Superintendencia, a los empleadores y afiliados sobre las agencias, sucursales u oficinas de atención de público	713
1. Información sobre modificación de datos informados respecto a oficinas de atención de público.....	713
2. Cierre definitivo de sucursales, agencias u oficinas de atención de público.....	713
3. Suspensión de atención de público en una oficina.....	713
4. Cambio de dirección de una oficina.....	713
5. Cierre de una oficina no destinada a la atención de público.....	713
6. Cierre temporal de sucursales, agencias u oficinas de atención de público	714
7. Sobre los funcionarios de las isapres en las oficinas.....	714
Título IV: Información a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales sobre variación de precios base	715
Título V: Registros de información que deben mantener las isapres	715

I. Registros relativos a la información sensible de cotizantes y beneficiarios	715
II. Información y registros relativos a la transmisión electrónica de datos	716
III: Registros de profesionales médicos	717
IV. Registro de los reclamos deducidos por cotizantes y/o beneficiarios	719
Capítulo V Instrucciones de información relativa a los Contratos de Salud Previsional.....	720
Título I: Archivos que las isapres deben mantener en relación a los contratos de salud.....	720
1. Archivo de cotizantes	720
2. Archivo de negativa de cobertura	720
Título II: Información a la Superintendencia respecto a la suscripción de planes grupales sin CAEC.....	721
Título III: Información relativa al término o modificación del convenio con prestador cerrado o preferente	721
Título IV: Información sobre modificación de documentos contractuales en comercialización	721
Capítulo VI Información relativa a las cotizaciones previsionales para salud.725	
Título I: Registros que deberá mantener la isapre respecto de la declaración y pago de las cotizaciones.....	725
Título II: Información referida a cotizaciones mal enteradas que corresponden a las isapres Eliminado	726
Título III. Excesos de cotización Eliminado	726
1. Eliminado	726
2. Eliminado	726
Anexo N° 1.....	727
Anexo N° 2.....	727
Título IV. Excedentes de cotización	728
1. Información sobre la comisión que podrán cobrar las isapres.....	728
2. Acreditación de cesantía en el evento de destinarse excedentes al pago de cotizaciones.....	728
3. Información al afiliado sobre saldo disponible en cuenta de excedentes	728
4. Información sobre traspaso de los excedentes a otra isapre	729
5. Información a la Superintendencia sobre la revocación de la renuncia a los excedentes de cotización.....	729
Título V: Obligación de las isapres de informar a la Dirección del Trabajo sobre empleadores morosos de cotizaciones de salud	730
Anexo.....	732

Capítulo VII Información que los seguros deben proporcionar o mantener a disposición de los cotizantes, beneficiarios, empleadores, usuarios y público en general734

Título I: Información que las isapres deben proporcionar y mantener a disposición de sus beneficiarios y del público en general734

1. Información que las isapres deben mantener a disposición de sus beneficiarios y público en general734

2. Medios de información734

3. Actualización de la información734

Título II: Información que las isapres deben proporcionar a los afiliados y empleadores sobre las modalidades y lugares de pago de los compromisos emanados de los contratos de salud736

1. Generalidades736

2. Información que deberá mantener a disposición de afiliados y público en general, respecto a las obligaciones emanadas de los contratos de salud736

3. Modificaciones736

4. Medios de información736

Título III: Información relativa a la Selección de Prestaciones Valorizadas737

Título IV: Información relativa a la presentación de reclamos ante las isapre y el Fonasa738

Anexo739

Título V: Buscador de Planes741

1.- El Buscador de Planes: una propuesta de la Asociación de Isapres de Chile A.G.....741

2.- Generalidades741

3.- Adhesión al Buscador de Planes741

4.- Resguardo de los derechos de los Usuarios742

Anexo: Buscador de Planes743

Título VI: Instrucciones sobre límite máximo imponible833

1. Información sobre límite máximo imponible833

2. Información que se remite a la Superintendencia833

Título VII: Instrucciones sobre conexión al portal web de la Superintendencia de Salud834

Título VIII: Instrucciones sobre el servicio continuo de atención telefónica834

1. Requisitos mínimos del servicio834

2. Información mínima que deben entregar las isapres a través del servicio835






3. Notificaciones a través del servicio continuo de atención telefónica837

4. Excepciones a la obligatoriedad de contar con el servicio837

Título IX: Normas sobre instrumentos de pago pendientes de cobro838

1. Definición	838
2. Información sobre los instrumentos de pago que no han sido presentados a cobro	838
Título X: Información sobre la obligación de los trabajadores independientes de efectuar cotizaciones para salud y los derechos que de ella se derivan.....	839
Título XI: Información mínima sobre la liquidación de cobros por prestaciones de salud.....	839
Capítulo VIII Instrucciones sobre las obligaciones de los prestadores de salud de proporcionar información que permita dar cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud	841
Título I: Instrucciones sobre la obligación de los prestadores de salud de proporcionar información que permita acreditar el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud.....	841
1. Obligación de los prestadores de salud de informar respecto a casos asociados a un problema de salud garantizado	841
2. Mecanismo para informar	841
3. Solicitud de información que formulen los aseguradores a los prestadores	842
4. Incumplimiento de los prestadores.....	842
Título II: Instrucciones sobre la página electrónica de urgencia vital o secuela funcional grave relacionada a una condición de salud garantizada explícitamente	843
Capítulo IX Información sobre detalle de deudas con empleadores públicos por subsidios por licencias médicas curativas, maternas o por enfermedad grave del hijo menor de un año	844
I. Confección de Archivos Computacionales	844
II. Períodos de información y plazos de envío	847
Capítulo X Subsidio al Empleo de la Ley N°20.338: Imparte instrucciones a las isapres respecto de la información a entregar sobre el pago de cotizaciones:	848
Capítulo XI Envío a las COMPIN de los antecedentes de las Licencias Médicas.	849
A) Establece procedimiento para el envío de información sobre las Licencias Médicas reducidas y rechazadas, según Ley 20585.....	849
1. Envío de la información.	849
2. Periodicidad.	849
3. Resolución COMPIN	849
4. Obligatoriedad de las Resoluciones de la COMPIN	850
B) Establece procedimiento para el envío a las COMPIN de los antecedentes sobre las licencias médicas, en conformidad con el Decreto N°3, de 1984, del Ministerio de Salud.....	850
1. Envío de la información	850
2. Resolución COMPIN.....	851
3. Obligatoriedad de las Resoluciones COMPIN.....	851

ANEXO	852
1 DESCRIPCIÓN DE LA PLATAFORMA DE ENVÍO Y TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES DE LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.....	855
2 ACCESO A LA PLATAFORMA DE ENVÍO, TRAMITACIÓN Y RECLAMOS CONTRA LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.....	860
2.1 PANTALLA DE INGRESO	860
2.2 CONTRASEÑA	861
2.3 MENÚ DE INICIO ASOCIADOS AL ROL ISAPRE.-	863
• MENÚ (ISAPRE) LAS OPCIONES SE PRESENTAN EN:	864
• INFORMACIÓN DEL USUARIO CONECTADO	865
3 PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE LICENCIAS MÉDICAS Y ANTECEDENTES	866
PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN	868
3.1.1 WEB SERVICES ENVÍO INFORMACIÓN LM.....	868
3.1.2 WEB SERVICES CONSULTA DE EVENTOS ASOCIADOS LM.	872
3.1.3 WEB SERVICES CONSULTA DE DICTAMEN LM MODIFICADA.	874
3.1.4 WEB SERVICES NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN LM MODIFICADA.	875
3.2 WEB SERVICE DE SISTEMA	877
3.3 WEB SERVICE DE ISAPRE	881
4 OPCIÓN DE DIGITACIÓN PARA ENVÍO DE LM MODIFICADAS DE LAS ISAPRES.....	884
4.1.1 FILTROS GENERALES.....	885
4.1.2 FILTRO LISTA.....	886
4.1.3 FILTRO POR COLUMNAS	886
4.1.4 AGREGAR UNA LM MODIFICADA POR LA ISAPRE.	886
4.1.5 SECCIÓN DATOS DE LA LICENCIA.	888
4.1.6 SECCIÓN IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE	888
4.1.7 SECCIÓN DATOS PROFESIONAL	889
4.1.8 SECCIÓN DATOS RESOLUCIÓN.....	890
4.1.9 SECCIÓN DOCUMENTOS ADJUNTOS (DOCUMENTOS FUNDANTES)	891
4.1.10 VALIDACIÓN DE LOS DATOS DIGITADOS	894
4.1.11 EDITAR LA LM DIGITADA	895
4.1.12 ELIMINAR LA LM DIGITADA	895
4.1.13 ENVIAR A TRAMITACIÓN CONTRALORÍA.	895
4.2 CONSULTA DICTAMEN.	897
4.2.1 FILTROS GENERALES.....	898
4.2.2 FILTRO LISTA.....	898
4.2.3 FILTRO POR COLUMNAS	899

4.2.4 CONSULTAR LM MODIFICADA 	899
4.2.5 VISUALIZAR DICTAMEN 	899
5 PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS CONTRA ISAPRE Y ENVÍO DE ANTECEDENTES DE LAS LICENCIAS MÉDICAS	901
5.1 PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN NOTIFICACIÓN Y RESPUESTA A RECLAMO DS3	903
5.1.1 WEB SERVICES PARA SUSCRIPCIÓN DE NOTIFICACIONES DE ISAPRE	903
5.1.2 WEB SERVICES ENVÍO INFORMACIÓN BÁSICA LM	904
5.1.3 WEB SERVICES PARA NOTIFICACIÓN ISAPRE	906
5.1.4 WEB SERVICES SOLICITUD DE INFORMACIÓN RECLAMO	908
5.1.5 WEB SERVICES NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN RECLAMO CONTRA ISAPRE	910
5.1.6 WEB SERVICES CONSULTA ESTADO DE TRAMITE RECLAMO CONTRA ISAPRE	911
5.1.7 WEB SERVICES DE REGISTRO DE ANTECEDENTES ADICIONALES DE RECLAMO CONTRA ISAPRE	913
5.1.8 WEB SERVICES CONSULTA ESTADO DE DICTAMEN DE RECLAMO CONTRA ISAPRE	915
5.2 WEB SERVICES DE SISTEMA DE RECLAMO	917
5.2.1 WEB SERVICE DE ISAPRE	917
5.2.2 WEB SERVICE DE COMPIN	921
6 FUNCIONALIDADES DE SISTEMA ISAPRE/COMPIN DS3	928
6.1 OPCIÓN DE ENVÍO DE ANTECEDENTES CONTRA RECLAMOS LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE	928
6.1.1 FILTROS GENERALES	929
6.1.2 FILTRO LISTA	930
6.1.3 FILTRO POR COLUMNAS	930
6.1.4 ENVIAR A TRAMITACIÓN CONTRALORÍA	935
6.2 CONSULTA RECLAMO DS3	936
6.2.1 FILTROS GENERALES	937
6.2.2 FILTRO LISTA	938
6.2.3 FILTRO POR COLUMNAS	938
6.2.4 AÑADIR ANTECEDENTES ADICIONALES 	938
6.2.5 CONSULTAR LM RECLAMADA 	938
6.2.6 VISUALIZAR DICTAMEN 	939
7 GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS	941
7.1 TÉRMINOS	941
7.2 ABREVIATURAS	941

Capítulo XII Información a remitir por las Isapres al Instituto de Previsión Social relativa a los subsidios por incapacidad laboral pagados a los trabajadores independientes.....	942
Capítulo XIII Instrucciones a los prestadores de salud sobre la forma y plazos en que deben informar a sus pacientes sobre su posible condición de enfermo terminal, su derecho al beneficio de la Ley N°21.309, y la entrega de los antecedentes de respaldo que permitan acceder al beneficio.....	943
Título I. Procedimiento de Información y Certificación de enfermedad terminal de la Ley N°21.309	943
1.- REGLAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA PERMANENTE DE LA LEY N°21.309 QUE RIGE A CONTAR DEL 1 DE JULIO DE 2021.....	943
2.- CONSTANCIA DE LAS GESTIONES REALIZADAS.....	946
3.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	946
ANEXO 1	947
Título II. Procedimiento de enrolamiento de los establecimientos de salud a la plataforma para la emisión de certificados médicos de enfermos terminales en el marco del articulado permanente de la ley 21.309.....	957
1. GLOSARIO	957
2. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE ENROLAMIENTO	957
2.1. Generalidades:.....	957
2.2. Requisitos de la “Solicitud de Enrolamiento en Plataforma de Emisión de Certificados de Enfermos Terminales ley 21.309”, incluida en el Anexo de estas instrucciones:.....	958
2.3. Acceso a la plataforma:	958
2.4. Causales de rechazo de una solicitud de enrolamiento para los establecimientos de salud.....	959
2.5. Designación de Administrador(a) Institucional (Titular y Suplente):	960
3.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	960
ANEXO.....	961

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

Título I: Aspectos relativos a la comunicación

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

1. Transmisión y Seguridad de Datos

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

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

El referido segmento Extranet, cuenta con mecanismos de Confidencialidad (encriptación), es decir, los datos sólo podrán ser leídos por el destinatario final; Autenticación (firma electrónica simple), propiedad que otorga la certeza que la comunicación se está llevando a cabo con quien corresponde; Integridad, en la medida que otorga la seguridad que la información se recibió sin alteración alguna y, finalmente Control de Acceso, que permite restringir el acceso sólo a aquellas personas que cuenten con la autorización necesaria para operar y respecto a las áreas que les compete o para las que se encuentren autorizados.

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

2. Responsables y funciones asociadas a la transferencia de información

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

Con el objeto de mantener actualizada la información relacionada con la nómina del personal autorizado para efectuar las referidas funciones, se deberá comunicar cualquier cambio que se produzca, dentro de los primeros cinco días hábiles de ocurrido este último. Para tal efecto, deberán informarse -mediante una

comunicación escrita dirigida al Subdepartamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), el nombre del o los profesionales que reemplazarán a los anteriormente designados por el asegurador. Conjuntamente, deberá acompañarse un nuevo ejemplar de la Declaración de Autorización y Responsabilidad definida en el Anexo de este Título.

3. Recepción de la Información

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

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

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

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

4. Bitácora de Recepción y Envío

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

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

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

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

Anexo: Declaración de Autorización y Responsabilidad

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

En _____ a _____ de _____ de _____,

La Entidad Aseguradora, _____

RUT N° _____ Código _____

Autoriza a:

Nombre Completo _____

Cédula de Identidad N° _____

Departamento / Subdepartamento al que pertenece _____

e- mail _____ teléfono _____

Como “Administrador de Cuenta Titular”

y a:

Nombre Completo _____

Cédula de Identidad N° _____

Departamento /Subdepartamento al que pertenece _____

e- mail _____ Teléfono _____

Como “Administrador de Cuenta Suplente”

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

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

Firma del Representante de la Aseguradora

(de puño y letra)

y Timbre de la Aseguradora.

Compendio de Información

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

Título I: Aspectos relativos a la comunicación

Título II. Operación del Sistema de Transferencia de Archivos

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

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

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

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

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

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

1. Validación Contenido Experto

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

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

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

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

2. Retransmisión de Archivos

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

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

3. Solicitudes de Prórroga

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con todo, si el asegurador se encuentra imposibilitado por motivos de fuerza mayor, para cumplir con los plazos definidos, se procederá a evaluar la situación especial

particularmente, operando dicho caso fuera del Sistema de Prórrogas implementado por este Organismo Fiscalizador.

4. Contingencia

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

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

5. Nuevos requerimientos de información en Archivos Maestros

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

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

1. Nomenclatura en nombre de archivos

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

La nomenclatura de la nueva denominación será “xccc aaa app.999”, donde:

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

Periodicidad	Valor
1. Mensual	01 = enero 02 = febrero 03 = marzo 04 = abril 05 = mayo 06 = junio 07 = julio 08 = agosto 09 = septiembre 10 = octubre 11 = noviembre 12 = diciembre
2. Trimestral	t1 = primer trimestre t2 = segundo trimestre t3 = tercer trimestre t4 = cuarto trimestre
3. Semestral	s1 = primer semestre s2 = segundo trimestre
4. Semanal	smn1 = primera semana smn2 = segunda semana

	smn3= tercera semana smn4=cuarta semana
5. Anual	a1

999 : Correlativo para individualizar la materia solicitada.

2. Respaldo de la información

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

3. Definiciones computacionales¹

Modalidad de almacenamiento

Característica de los archivos:

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

¹ Cabe hacer presente que forman parte de las instrucciones sobre archivos maestros reglas específicas sobre definiciones computacionales, las que deben tenerse como referenciales.

Capítulo II Archivos Maestros

Título I: Contratos²

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

1. Características Generales del Archivo Maestro.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Contratos
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none">▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s”▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia▪ AAAA: año que se informa▪ MM: mes que se informa▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 064
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none">▪ Archivo plano▪ Código ASCII▪ Un registro por línea▪ Separador de campo carácter pipe ()▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	<p>Contiene el período de vigencia del contrato de salud desde la suscripción efectuada por el cotizante (firma del contrato) hasta el término de éste. Asimismo, incluye como información datos relacionados con la cotización pactada y la cotización total a pagar asociados al período que se está informando.</p> <p>Se deberá tener en consideración que el contrato de cada cotizante se informará hasta el término de éste, independientemente que la causal esté motivada por el incumplimiento de las obligaciones contractuales o por la sola desafiliación de la isapre. Es importante señalar, que se deberá distinguir además de la fecha de término de contrato, la fecha de término de beneficios.</p>

² Reemplazado por Circular IF/N° 159, de 12 de octubre de 2011.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	<p>Cabe señalar, que este archivo no contendrá información acerca de los beneficiarios del contrato.</p> <p>En el caso de los campos precio GES, Precio CAEC, Precio beneficio adicional, Cotización pactada y Cotización total a pagar, que se encuentren expresados en U.F, su equivalencia en pesos se obtendrá considerando el valor de la unidad de fomento empleada por la isapre para el cálculo de las cotizaciones, en función del período informado.</p> <p>Las cifras obtenidas deberán ser redondeadas. No se establecerán reglas de aproximación dadas las diferencias marginales que pudiesen resultar producto del redondeo.</p>
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde a los datos que mantiene la isapre respecto del contrato de salud para un RUN de cotizante en particular <u>al último día o fecha de cierre del mes que se informa</u> , independientemente del número de movimientos contractuales asociados a ese RUN, que se hubiesen generado durante el período que corresponde informar.
Período de la información contenida en el Archivo	<p>-Contratos suscritos a partir de enero de 2012.</p> <p>-Contratos con beneficios vigentes.</p>
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, a más tardar el día 10 del mes siguiente al que se informa ³ .
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar tanto las suscripciones como los movimientos contractuales que afecten a los cotizantes, al último día hábil del mes que se informa.

³ Descripción modificada por la Circular IF/N°398, de 29 de noviembre de 2021.

2. Estructura del Archivo Maestro.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Período de Información	Numérico
02	Código Aseguradora	Numérico
03	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	Alfanumérico
05	Identificación alternativa Cotizante	Alfanumérico
06	Fecha de suscripción del contrato	Numérico
07	Tipo de suscripción	Alfabético
08	Fecha de inicio de vigencia de beneficios ⁴	Numérico
09	Tipo de trabajador	Alfabético
10	Mes anualidad	Numérico
11	Identificación única del plan	Alfanumérico
12	Tipo de Plan	Alfabético
13	Precio Ges	Numérico
14	Precio CAEC	Numérico
15	Precio beneficio adicional	Numérico
16	Cotización Pactada	Numérico
17	Cotización total a pagar	Numérico
18	Fecha último movimiento	Numérico
19	Tipo movimiento	Numérico
20	Renuncia al excedente	Numérico
21	Beneficio CAEC	Numérico
22	Fecha término contrato	Numérico
23	Fecha término de beneficios	Numérico
24	Causa término contrato	Numérico
25	RUT del Agente de Ventas	Numérico
26	DV del RUN del Agente Ventas	Alfanumérico
27	Número de Entidades Pagadoras Declaradas o Ente pagador	Numérico
28	Modalidad de financiamiento de la Cotización Pactada	numérico

⁴ Campo modificado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

29	Tipo de Relación con empleador	Numérico
----	--------------------------------	----------

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

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Período de Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el Formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.
02	Código aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
03	RUN de la Persona Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona afiliada, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel).</p> <p>En caso que el Cotizante no tenga RUN por ser extranjero, deberá registrarse valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa. (campo 05).</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN de la persona cotizante (campo 03) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso que la persona cotizante no posea RUN, deberá registrarse valor X.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 03 RUN del Cotizante, registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 03 RUN del Cotizante, registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
05	Identificación alternativa Cotizante	<p>Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona Cotizante, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación.</p> <p>Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 03), <u>manteniendo</u> la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo.</p> <p>Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si al cotizante se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al cotizante nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
06	Fecha de suscripción del contrato	<p>Corresponde al día, mes y año que da cuenta de la afiliación de una persona a una isapre en particular. Deberá obtenerse del FUN tipo 1.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor de este campo deberá ser menor o igual al valor del campo 01 (Periodo de Información).
07	Tipo de suscripción	<p>Corresponde a la identificación del medio por el cual se cursó la suscripción como por ejemplo, manual, electrónicamente, huella dactilar, etc. Lo señalado, de acuerdo a los siguientes valores:</p> <p>M:Manual E:Electrónica (empleando medios electrónicos)⁵ O:Otro</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. <p>Valores Posibles: M, E y O.</p>

⁵ Según contenido y definiciones de la Circular IF N°147/2011.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
08	Fecha de inicio de vigencia de beneficios ⁶	<p>Corresponde al mes y año de inicio de vigencia de los beneficios del contrato de la persona cotizante. Esta información deberá obtenerse de la sección D “Antecedentes del Contrato” del respectivo FUN y deberá mantenerse actualizada en función del período que se informa.</p> <p>Los beneficios tendrán vigencia a contar del primer día del mes subsiguiente a la suscripción del contrato de salud, salvo pacto de vigencia anticipada del que se dejará constancia en el FUN tipo 1.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA = año y MM = mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.

⁶ Campo modificado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
09	Tipo de trabajador	<p>Corresponde a la calidad laboral o previsional en que se puede categorizar a la persona cotizante y que ha sido comunicada a la isapre. Lo señalado, de acuerdo al período que se informa.</p> <p>Dicha información deberá obtenerse de la sección B: "Antecedentes del Cotizante y su Grupo Familiar" del o los respectivos FUN.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>D: Dependiente I: Independiente P: Pensionado V: Voluntario C: trabajador de casa particular⁷</p> <p>En la categoría "trabajador de casa particular", la información deberá obtenerse de las bases de datos de la aseguradora.</p> <p>En el caso que una persona detente más de una de las calidades señaladas, por ejemplo Dependiente–Independiente (DI), Pensionado-Dependiente (PD), etc. se deberán informar en este campo multivalor, en el orden que establezca la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: D, I, P, V, C y las distintas combinaciones alfabéticas de las categorías definidas.

⁷ Aún cuando no aparece en el FUN este requerimiento, es necesario informarlo por eliminación del archivo subsidio al empleo joven y así dar cumplimiento a consultas formuladas por el IPS de acuerdo a Ley N° 20.388.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
10	Mes anualidad	<p>Corresponde a la identificación del mes de suscripción del contrato de salud, sin perjuicio de un posterior cambio del mes de anualidad, que eventualmente podrían acordar las partes contratantes.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MM, donde: MM = mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
11	Identificación única del plan	<p>Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan de salud complementario informado, con el objeto de identificarlo de manera única.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o cero.
12	Tipo de Plan	<p>Corresponde a la categoría individual o grupal del plan complementario informado.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>I = Individual G = Grupal C= Individual Compensado</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfabético. ▪ Valores posibles: I, G o C. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
13	Precio Ges	<p>Corresponde al precio total en pesos que la isapre cobra por las Garantías Explícitas en Salud -asociado al período que se informa-.</p> <p>Se debe informar el valor total del grupo familiar. Debe obtenerse de la sección D del FUN o bien de la carta en que se informa la modificación del precio GES.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre.
14	Precio CAEC	<p>Corresponde al precio total en pesos que cobra la isapre -asociado al período que se informa- por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) otorgada al afiliado y a sus beneficiarios. Debe obtenerse de la sección D del FUN.</p> <p>Se debe informar cero (0) cuando la isapre no esté adherida al beneficio CAEC.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre.
15	Precio beneficio adicional	<p>Corresponde al precio total en pesos -asociado al período que se informa- del o los beneficios adicionales contratados por el afiliado. Debe obtenerse de la sección D del FUN.</p> <p>Se debe informar cero (0) en el caso de afiliados sin beneficio adicional.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
16	Cotización Pactada	<p>Corresponde al monto total en pesos pactado -asociado al período que se informa- y que está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES, el precio CAEC y el precio de los beneficios adicionales. Debe obtenerse de la sección D del FUN.</p> <p>En el caso que la cotización pactada esté expresada al 7%, se deberá informar el monto equivalente en pesos de acuerdo a los datos vigentes en el sistema.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre.
17	Cotización total a pagar	<p>Corresponde al monto total en pesos -asociado al período que se informa- que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en el FUN.</p> <p>Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser menor al total de la cotización pactada, cuando se está recibiendo la compensación de otro afiliado; o mayor al total de la cotización pactada, cuando se está compensando otro contrato.</p> <p>En el caso que la cotización pactada esté expresada al 7%, se deberá informar el monto equivalente en pesos de acuerdo a los datos vigentes en el sistema.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
18	Fecha último movimiento	<p>Corresponde a la fecha del último movimiento que ha tenido el cotizante en su contrato, pudiendo corresponder a cualquiera de las situaciones previstas en el FUN.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Campo de tipo numérico.▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos.▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
19	Tipo movimiento	<p>Corresponde al código del último movimiento que efectúa la Isapre en relación al mes que se informa, ya sea en virtud de una suscripción, modificación, desahucio de contrato, etc. Debe obtenerse de la sección A del FUN.</p> <p>Por ejemplo, si se generan dos movimientos durante el mes de abril de 20X1, esto es, el 05/04/20X1 un FUN 7 y el 16/04/20X1 un FUN 8-9-4, la isapre deberá informar en el archivo correspondiente a dicho mes, el movimiento contractual correspondiente al 16/04/20X1 por tratarse del último movimiento.</p> <p>Por otra parte, si el último movimiento contractual asociado a un cotizante corresponde a un FUN tipo 8 - 4, cursado en enero de 20X1 y el período a informar corresponde a mayo 20X1, se deberá informar 0 (cero) como último movimiento correspondiente al mes que se informa.</p> <p>Los valores posibles para los movimientos son:</p> <p>0 = Sin movimientos en el mes informado.</p> <p>1 = Suscripción del Contrato.</p> <p>2 = Término de Contrato por parte de la Isapre.</p> <p>3 = Situaciones especiales.</p> <p>4 = Sustitución, Adición o Eliminación del empleador, Cambio de situación laboral o previsional del cotizante.</p> <p>5 = Cambio de fecha para contabilizar los períodos anuales.</p> <p>6 = Variación del Precio por cambio del tramo de edad.</p> <p>7=Modificación del tipo de beneficiario y/o rectificación e incorporación de antecedentes del beneficiario.</p> <p>8 = Modificación de la cotización pactada.</p> <p>9 = Cambio de Plan.</p> <p>En el caso que los valores posibles sean más de una combinación de las categorías señaladas, se deberán informar en este campo multivalor, en el orden que establezca la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0,1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 o 9 y distintas combinaciones de las categorías definidas. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
20	Renuncia excedente al	<p>En este campo corresponde indicar, si el afiliado(a), renunció a los excedentes de cotización en aquellos casos contemplados en la normativa vigente (financiamiento de beneficios adicionales de los planes compensados, planes grupales o celebrados con isapres cerradas) o bien, en los casos cuyos contratos son anteriores a la dictación de la Ley N°20.317 y cuyos afiliados/as aún no se han retractado de la renuncia al excedente.</p> <p>Los valores posibles para este campo son:</p> <p>1 = SÍ 2 = NO</p> <p>En aquellos casos en que se ha firmado la revocación de la renuncia de excedentes, se deberá informar el valor 2 (NO).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1 ó 2. ▪ Debe informarse siempre.
21	Beneficio CAEC	<p>Corresponde informar si el afiliado y sus beneficiarios, individualizados en el Formulario Único de Notificación (FUN), poseen el Beneficio Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) a la fecha que se informa.</p> <p>Los valores posibles para este campo son :</p> <p>1 = SÍ 2 = NO</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1 ó 2. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
22	Fecha término contrato	<p>Corresponde a la fecha en que se pone término al Contrato de Salud, ya sea por incumplimiento de las obligaciones contractuales, desahucio o desafiliación de la isapre, muerte del afiliado, o bien pérdida de la relación laboral (art. 200 del DFL N°1). Debe obtenerse del FUN 2 o bien de la carta de desafiliación.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año.</p> <p>En caso de no haberse puesto término de contrato deberá informarse 01011800.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
23	Fecha término de beneficios	<p>Corresponde a la fecha en que se da término al otorgamiento de beneficios pactados.</p> <p>Lo anterior, independientemente de si se trata de la fecha del último día del mes siguiente al mes en que se realizó la comunicación del término de contrato, o bien al período de término de vigencia de beneficios considerando las extensiones contempladas en la Ley.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año.</p> <p>En caso de no haberse puesto término al otorgamiento de beneficios deberá informarse 01011800.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
24	Causa término contrato	<p>Corresponde a la causa contemplada en la ley por la que se pone término al contrato de salud ya sea por parte del afiliado(a) o la Institución Aseguradora.</p> <p>Los valores posibles a informar son:</p> <p>0 = No Aplica término de contrato.</p> <p>1 = Desahucio Voluntario.</p> <p>2 = Desahucio por parte de la Isapre de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>21= Por falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud.</p> <p>22= Por no pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes.</p> <p>23= Por impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan.</p> <p>24= Por omitir del contrato a algún familiar beneficiario.</p> <p>25= Por pérdida de la relación laboral cuando constituya una condición esencial para pertenecer a la Isapre.</p> <p>26= Por fallecimiento del afiliado.</p> <p>3 = Desahucio por Mutuo Acuerdo.</p> <p>En caso que no se haya puesto término al contrato de salud en el periodo que se informa, deberá informarse el valor 0 (No Aplica término de contrato).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 21, 22, 23, 24, 25, 26 ó 3. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
25	RUT del Agente de Ventas	<p>Corresponde al Rut del Agente de Ventas asociado al último movimiento registrado.</p> <p>Si no ha habido participación de Agente de Ventas en el movimiento efectuado, o bien no se cuenta con este dato dada la antigüedad del registro, debe informarse cero (0).</p> <p><u>Validadores Técnicos de campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles.
26	DV del RUT del Agente Ventas	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número informado del RUT del Agente de Ventas (campo 25).</p> <p>Si no corresponde informar el Rut del agente de ventas, por las circunstancias señaladas en el campo (25), deberá registrarse una X.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K o X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en este campo con lo informado en el campo (25) RUT del Agente Ventas por medio de la rutina Módulo 11, si el campo 25 registra valor distinto de 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
27	Número de Entidades Pagadoras Declaradas o ente pagador	<p>Corresponde indicar el número total de entidades declaradas formalmente que concurren al pago de la cotización, en relación al período en que se informa.</p> <p>Debe obtenerse de la sección C del FUN.</p> <p>En este campo también corresponderá informar al cotizante voluntario o independiente como ente pagador.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor que 0.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
28	Modalidad de financiamiento de la Cotización Pactada	<p>Corresponde a la unidad en que se encuentra expresada la cotización pactada. Debe obtenerse de la sección D del FUN.</p> <p>Campo de tipo numérico, con valor 1, 2 y 3, según corresponda, donde:</p> <p>1 =U.F. 2 = \$ 3 = 7 %</p> <p>En el caso que existan combinaciones que incluyan más de una de las categorizaciones señaladas, por ejemplo 7%+UF, \$+UF, etc., se deberán informar en este campo multivalor, en el orden que establezca la aseguradora.</p> <p>*La posibilidad de registrar combinaciones de categorización se permite para informar los precios GES, CAEC y beneficios adicionales.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3 y las distintas combinaciones numéricas posibles. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
29	Tipo de Relación con empleador	<p>Corresponde informar -sólo cuando se trate de isapres cerradas- el código del tipo de relación que el cotizante tiene con el empleador.</p> <p>Los valores posibles son :</p> <p>0 = No aplica (isapre abierta).</p> <p>1 = Activo; trabajador perteneciente a la empresa que constituyó la isapre.</p> <p>2 = Pensionado; ex trabajador de la empresa que constituyó la isapre.</p> <p>3 = Individual; trabajador con contrato vigente en un plan individual y que no trabaja en la empresa que constituyó la isapre.</p> <p>4 = Grupal o Individual compensado (matrimonial); trabajador con contrato vigente en un plan grupal y que no trabaja en la empresa que constituyó la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3 ó 4.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
30 ⁸	Precio Base del Plan Contratado	<p>Corresponde al precio base que el o la cotizante tiene asignado para el plan de salud contratado en el período que se informa, expresado en UF utilizando un máximo de dos decimales.</p> <p>Debe informarse el precio base que el o la cotizante tiene vigente en su contrato y <u>no</u> el precio base actual del plan, en el período que se informa⁹.</p> <p>Se obtiene de la Sección D del FUN tipo 1 o 9, según corresponda.</p> <p>Para expresar en UF el precio base de un plan de salud cuyo precio se encuentre establecido en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa.</p> <p>Se informa con valor 0 (cero) si el precio del plan contratado se encuentra expresado al 7% de la renta imponible.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.

⁸ Campo insertado por Circular IF N° 423, de 2 de febrero de 2023.

⁹ Producto de los fallos de las Cortes y de esta Superintendencia en respuesta a los reclamos que pudieron haber presentado algunos cotizantes en contra de los sucesivos procesos de adecuación, el precio base vigente para el plan de salud contratado puede ser distinto del precio base actual del plan de salud en el período que se informa.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
31 ¹⁰	Sumatoria Factores de Riesgo	<p>Corresponde a la suma de los factores de riesgo que las personas beneficiarias del contrato vinculado al o la cotizante, tienen asignados en el período que se informa.</p> <p>Este valor se obtiene de la sección D del FUN tipo 1, 6, 7 o 9 según corresponda.</p> <p>Se informa con valor Z si el precio del plan contratado se encuentra expresado al 7% de la renta imponible o si no tiene una tabla de factores vinculada.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico ▪ Si el valor es numérico, se informa con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. ▪ Debe informarse siempre.

4 . Validadores Adicionales de Consistencia

4.1 Consistencia con el mismo archivo

- Se validará que la combinación de campos (03) RUN de la Persona Cotizante; (05) Identificación Alternativa cotizante, (06) Fecha de suscripción del contrato y (11) Identificación única del plan, sea única.
- Se validará que la suma de los campos (13) Precio GES, (14) Precio CAEC y (15) Precio beneficio adicional, no sea mayor al campo (16) Cotización Pactada.

¹⁰ Campo insertado por Circular IF N° 423, de 2 de febrero de 2023.

- Si el campo (19) Tipo movimiento registra valor 2 “Término de Contrato por parte de la isapre”, entonces los campos (22) Fecha Término Contrato, (23) Fecha Término de beneficios y (24) Causa término contrato, deberán consignar valores.

4.2 Consistencia con otros archivos

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

4.3 Representatividad de valores por campo

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

Los valores mínimos de representatividad serán publicados en la Extranet de esta Superintendencia con un mes de antelación a la fecha de entrega del respectivo archivo. Los registros serán validados de acuerdo a los porcentajes allí establecidos.

- Para el campo (09) Tipo de Trabajador se validará que algunos de los valores posibles: como D: Dependiente, I: Independiente, P: Pensionado y V: Voluntario se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (07) Tipo de suscripción se validará para los valores posibles: M: Manual y E: Electrónica, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (12) Tipo de Plan se validará que los valores posibles: I: Individual y G: Grupal, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

- Para el campo (20) Renuncia al excedente se validará que los valores posibles: 1: Sí y 2: No, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
 - Para el campo (24) Causa Término Contrato se validará que los valores posibles: 1: Desahucio Voluntario, 2: Desahucio por parte de la Isapre y 3: Desahucio por mutuo acuerdo, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
 - Para el campo (24) Causa Término Contrato, categoría 2 “Desahucio por parte de la Isapre”, se validará que los valores posibles:
 - 21= Por falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud
 - 22= Por no pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes.
 - 23= Por impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan.
 - 24= Por omitir del contrato a algún familiar beneficiario.
 - 25= Por pérdida de la relación laboral cuando constituya una condición esencial para pertenecer a la Isapre.
 - 26= Por fallecimiento del afiliado.
- Se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Se validará que tanto el número de suscripciones como desahucios informados -independientemente de la causal de término de contrato- se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

Título II: Cotizantes y Cargas de Isapres¹¹

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

1. Características Generales del Archivo Maestro.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Archivo de Cotizantes y Cargas de Isapres.
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 065
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
Información contenida en el Archivo	<p>Este archivo contiene los datos que la isapre mantiene respecto a la cartera de cotizantes y cargas de una isapre, al último día o fecha de cierre del mes que se informa, independientemente del número de movimientos que se hayan registrado en dicho mes.</p> <p>La información que se entregue comprenderá tanto a los cotizantes y cargas con contrato vigente, como a aquellos con vigencia de beneficios a la fecha de la información que se envía.</p>
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del archivo corresponderá a los datos personales y características demográficas de la cartera, desagregados por cotizante y/o carga y que deriven de un contrato vigente o cuyos beneficios entrarán en vigencia en el periodo informado.
Período de la información contenida en el Archivo	-Contratos suscritos a partir de enero de 2012. -Contratos con beneficios vigentes.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos a informar en el mes del mes informado.

¹¹ Título y archivo reemplazado por la Circular IF/N° 159, de 12 de octubre de 2011.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, a más tardar el día 10 del mes siguiente al que se informa ¹² .
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar los datos de cotizantes y cargas que registre la Isapre al último día del mes que se informa.

¹² Descripción modificada por la Circular IF/N°398, de 29 de noviembre de 2021.

2 .Estructura del Archivo Maestro.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Periodo de Información	Numérico
02	Código de la Aseguradora	Numérico
03	RUN de la persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la persona Cotizante	Alfanumérico
05	Identificación alternativa cotizante	Alfanumérico
06	RUN del Beneficiario	Numérico
07	DV del RUN del Beneficiario	Alfanumérico
08	Identificación alternativa beneficiario	Alfanumérico
09	Apellido Paterno del Beneficiario	Alfabético
10	Apellido Materno del Beneficiario	Alfabético
11	Nombres del Beneficiario	Alfabético
12	Fecha Nacimiento Beneficiario	Numérico
13	Fecha Fallecimiento del Cotizante	Numérico
14	Sexo del Beneficiario	Alfabético
15	Estado Civil del Cotizante	Numérico
16	Nacionalidad del Cotizante	Numérico
17	Comuna del Cotizante	Numérico
18	Región del Cotizante	Numérico
19	Código de Relación	Numérico
20	Tipo Beneficiario	Numérico
21	Estado de Vigencia ¹³	Alfabético

¹³ Campo incorporado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

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

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
01	Periodo de Información	<p>Corresponde al mes y año al que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre no podrá ser distinto al mes y año que se informa.
02	Código de la Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
03	RUN de la persona Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) del afiliado, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel).</p> <p>En caso que el Cotizante no tenga RUN por ser extranjero, deberá registrarse valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa. (campo 05).</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
04	DV del RUN de la persona Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante (campo 3) aplicando la rutina denominada Módulo 11. Debe obtenerse desde la sección B del F.U.N.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
05	Identificación alternativa Cotizante	<p>Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona Cotizante, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación.</p> <p>Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 03), <u>manteniendo</u> la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo.</p> <p>Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si al cotizante se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al cotizante nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
06	RUN del Beneficiario	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) del beneficiario, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel) o en el caso de los extranjeros al número identificador que la aseguradora ha asignado.</p> <p>Cuando el RUN del Beneficiario corresponda al RUN del cotizante, el valor del campo debe ser el mismo valor que el RUN del cotizante.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios que no posean RUN (incluidos los Nonatos), deberá informarse en este campo el valor 0 (cero).</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN.</p> <p>Debe obtenerse desde la sección B del F.U.N.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.
07	DV del RUN del Beneficiario	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario (campo 06) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios que no posean RUN (incluidos los Nonatos), deberá informarse en este campo el valor X.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<p>Debe obtenerse desde la sección B del F.U.N.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K, y X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 06 (RUN Beneficiario) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 06 registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
08	Identificación alternativa beneficiario	<p>Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona beneficiaria, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación.</p> <p>Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 06), <u>manteniendo</u> la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo.</p> <p>Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Beneficiario nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa.</p> <p>Cuando la Identificación alternativa del Beneficiario corresponda a la misma del cotizante el valor del campo debe ser el mismo valor que el del cotizante.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si al beneficiario se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al beneficiario nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
09	Apellido Paterno del Beneficiario	<p>Corresponde al apellido paterno del beneficiario que la aseguradora tiene registrado. Debe obtenerse de la sección B del FUN.</p> <p>Para beneficiarios Nonatos debe informarse un valor X, a menos que se cuente con este dato.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el beneficiario es Nonato se validará su consistencia con lo informado en el campo sexo del beneficiario, cuyo valor deber ser X.
10	Apellido Materno del Beneficiario	<p>Corresponde al apellido materno del beneficiario que la aseguradora tiene registrado. Debe obtenerse de la sección B del FUN.</p> <p>Para beneficiarios Nonatos debe informarse un valor X, a menos que se cuente con este dato.</p> <p>De tratarse de situaciones especiales y diferentes a los Nonatos, se aceptará cero (0) en aquellos casos que no se registre apellido materno.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <p>Si el beneficiario es Nonato se validará su consistencia con lo informado en el campo sexo del beneficiario, cuyo valor deber ser X.</p>
11	Nombres del Beneficiario	<p>Corresponde al o los nombres del beneficiario que la aseguradora tiene registrado. Debe obtenerse de la sección B del FUN.</p> <p>Para beneficiarios Nonatos debe informarse un valor X.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <p>Si el beneficiario es Nonato se validará su consistencia con lo informado en el campo sexo del beneficiario, cuyo valor deber ser X.</p>
12	Fecha Nacimiento Beneficiario	<p>Corresponde a la fecha de nacimiento del beneficiario. Debe obtenerse de la sección B del FUN correspondiente.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor que se registre no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía. ▪ En caso de beneficiario Nonato deberá informarse 01011800.
13	Fecha Fallecimiento del Cotizante	<p>Corresponde a la fecha de fallecimiento del Cotizante. Debe informarse cuando la aseguradora <u>tome conocimiento del fallecimiento</u> del cotizante o beneficiario.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No podrá ser menor a la fecha de nacimiento del beneficiario campo 12. ▪ No podrá ser mayor a la fecha que se está informando. ▪ En el caso de no conocer la fecha de fallecimiento del cotizante o bien no se haya producido el fallecimiento de este último, se deberá informar en el campo el valor 01011800. También corresponderá informar valor 01011800 cuando el registro que se informe corresponda a una carga.
14	Sexo del Beneficiario	<p>Corresponde a la identificación del sexo del beneficiario. Debe obtenerse de la sección B del FUN. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación:</p> <p>F = Femenino M = Masculino X = Carga Nonato</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: F, M, X. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<p><u>Validadores Consistencia del campo:</u></p> <p>Quando se informe valor "X", el valor del campo Código de Relación (19) debe ser distinto del valor 0 (Cotizante).</p>
15	Estado Civil del Cotizante	<p>Corresponde al estado civil del cotizante. La aseguradora debe informarlo <u>siempre que posea la información</u>. Los valores posibles son:</p> <p>0 = Sin Información 1 = Casada (o) 2 = Soltera (o) 3 = Divorciada (o) 4 = Viuda (o)</p> <p>En caso que el registro que se informe corresponda a una carga deberá informarse el valor 0.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3 ó 4. ▪ Debe informarse siempre.
16	Nacionalidad del Cotizante	<p>Corresponde a la nacionalidad del cotizante. La aseguradora debe informarla <u>siempre que posea la información</u>. Los valores posibles son:</p> <p>0 = Sin Información 1 = Chilena 2 = Extranjera</p> <p>En caso que el registro que se informe corresponda a una carga deberá informarse el valor 0.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 0, 1 ó 2.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
17	Comuna del Cotizante	<p>Corresponde a la comuna informada por el titular del contrato y debe obtenerse de la sección B del FUN correspondiente.</p> <p>En caso que el registro que se informe corresponda a una carga deberá informarse el mismo valor que para el cotizante del contrato respectivo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe registrarse según los códigos dispuestos y vigentes por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). ▪ Será validado según lo informado en el campo 18 (Región del Beneficiario). ▪ Debe informarse siempre.
18	Región del Cotizante	<p>Corresponde a la región informada por el titular del contrato y debe obtenerse de la sección B del FUN correspondiente.</p> <p>En caso que el registro que se informe corresponda a una carga deberá informarse el mismo valor que para el cotizante del contrato respectivo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe registrarse según los códigos dispuestos y vigentes por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). ▪ Debe informarse siempre.
19	Código de Relación	<p>Identifica el parentesco del afiliado con cada una de sus cargas beneficiarias. Debe obtenerse de la sección B "Identificación de los Beneficiarios" del FUN. Para efectos de informar a la Superintendencia los valores posibles son:</p> <p>0 = Cotizante 1 = Cónyuge 2 = Padre 3 = Madre 4 = Hijo</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<p>5 = Otros 6= Conviviente Civil¹⁴</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles son: 0, 1, 2, 3, 4, 5 ó 6.
20	Tipo Beneficiario	<p>Corresponde a la categorización que se da al beneficiario que se informa. Debe obtenerse de las secciones A y B del FUN.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia los valores posibles son:</p> <p>1 = Cotizante titular 2 = Beneficiario Cotizante. 3 = Carga Legal 4 = Carga Médica</p> <p>En el caso que los valores posibles sean más de una combinación de las categorías señaladas, como podría ocurrir en la situación del beneficiario cotizante, se deberán informar en este campo multivalor, en el orden que establezca la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3, 4. y las distintas combinaciones numéricas de las categorías definidas.
21	Estado de Vigencia ¹⁵	<p>Corresponde a la situación de vigencia de beneficios de la persona beneficiaria, de acuerdo a la información que se encuentra registrada en la base de datos de la isapre y respecto del último FUN vigente que posea la Institución de salud al período que se informa.</p>

¹⁴ Incorporado por Circular IF N° 250, de 2015

¹⁵ Campo incorporado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<p>Lo señalado, de acuerdo a los siguientes valores:</p> <p>S: Sí (cuando el beneficiario tiene vigencia de beneficios)</p> <p>N: No (cuando el beneficiario aún no tiene vigencia de beneficios)</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores Posibles: S y N. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
22 ¹⁶	Factor de Riesgo de la Persona Beneficiaria	<p>Corresponde al factor de riesgo que la persona beneficiaria tiene asignado en el período que se informa según la tabla de factores vinculada al plan de salud al que se encuentra adscrita.</p> <p>Se informa con valor Z si el plan contratado no tiene una tabla de factores vinculada.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico. ▪ Si el valor es numérico, se informa con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. ▪ Debe informarse siempre.

¹⁶ Campo insertado por Circular IF N° 423, de 2 de febrero de 2023.

4 .Validadores Adicionales de Consistencia.

4.1 Consistencia con el mismo archivo.

- Se validará que la combinación de campos (01) Período de Información, (02) Código Aseguradora, (03) RUN de la Persona Cotizante, y (06) RUN del Beneficiario, sea única. Se exceptuarán de esta validación los beneficiarios Nonatos para el período informado y los extranjeros.

4.2 Consistencia con otros archivos.

- Para los casos en que se informe el RUN de la persona cotizante, se verificará que cada RUN informado en este archivo, se encuentre en el Archivo Maestro de Contratos remitido a esta Superintendencia, para el periodo en que se está informando. Para ello, se verificará que cada valor del campo (03) RUN de la Persona Cotizante, esté informado en el referido Archivo Maestro de Contratos en el campo (03), para el mismo periodo (mes y año) del campo (01) Periodo de Información. Se exceptuarán de esta validación los beneficiarios Nonatos para el período informado.
- Se verificará que el código informado en el campo (17) Comuna del Cotizante exista efectivamente en la codificación de comunas definidas por el INE.

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

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

4.3 Representatividad de valores por campo.

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

Los valores mínimos de representatividad serán publicados en la Extranet de esta Superintendencia con un mes de antelación a la fecha de entrega del respectivo archivo. Los registros serán validados de acuerdo a los porcentajes allí establecidos.

- Para el campo (19) Código de Relación, se validará que los valores posibles: 0 “Cotizante”; 1 “Cónyuge”; 2 “Padre”; 3 “Madre”; 4 “Hijo”; 5 “Otros”

y 6 “Conviviente Civil”¹⁷, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

- Para el campo (14) Sexo Beneficiario se validará que los valores posibles: F “Femenino”; M “Masculino” y X “Beneficiarios Nonatos”, se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (16) Nacionalidad del Cotizante se validará que el valor posible: 1 “Chilena”, se encuentre representado en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Se verificará que la cantidad cotizantes cuya edad sea menor a 17 años que se deriva del campo (12) Fecha de Nacimiento Beneficiario no sea superada en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

¹⁷ Incorporado por Circular IF N° 250, de 2015

Título III: Planes Complementarios de Salud y Tabla de Factores¹⁸

1. Información y periodicidad

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

2. Plazo de envío

Las isapres deberán enviar la información mensual, a más tardar el día 10 del mes siguiente al que se informa¹⁹²⁰. (Ver el punto 1, “Características Generales del Archivo Maestro de Planes”).

3. Proceso de validación de la información

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

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

4. Eliminado²¹

Anexo: Especificaciones Computacionales y Definiciones²²

1. Características Generales del Archivo Maestro de Planes Complementarios

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Planes Complementarios
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato, SCCAAAAMMEEE donde: <ul style="list-style-type: none">▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s”▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia▪ AAAA: año que se informa▪ MM: mes que se informa

¹⁸ Modificado por Circular IF/N°424, de 17 de febrero de 2023. El Anexo sobre Selección de Prestaciones Valorizadas (Circular IF/N°13, de 2.2.2006), que reemplazó al Anexo de la Circular N°63, fue eliminado por la Circular IF/N°207, de 17.12.2013

¹⁹ Modificado por la Circular IF/N° 149, de 11 de mayo de 2011.

²⁰ Descripción modificada por la Circular IF/N°398, de 29 de noviembre de 2021.

²¹ Numeral eliminado por Circular IF/N°424, de 17 de febrero de 2023.

²² Anexo modificado por la Circular IF/N° 207, de 17 de diciembre de 2013.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 011
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada campo
Información contenida en el Archivo	<p>Contiene información de todos los planes complementarios vigentes y/o en comercialización a la fecha solicitada.</p> <p>Se entiende por plan complementario vigente aquel que tenga, a lo menos, un cotizante con beneficios vigentes en el mes que se informa, independientemente de si se está comercializando. Asimismo, se entiende por plan complementario en comercialización aquel que se encuentra a la venta en el mes que se informa aunque no tenga cotizantes adscritos.</p>
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del archivo corresponde a un plan complementario más sus datos asociados.
Período de la información contenida en el Archivo	Planes complementarios vigentes y/o en comercialización durante el mes que se informa. Párrafo eliminado ²³
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, al día 10 del mes siguiente al que se informa. ²⁴ Los plazos que vengán en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.
Fecha de cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar los planes complementarios vigentes y/o en comercialización al último día hábil del mes que se informa.

²³ Párrafo eliminado por Circular IF/Nº424, de 17 de febrero de 2023.

²⁴ Párrafo reemplazado por Circular IF/Nº424, de 17 de febrero de 2023.

2. Estructura del Archivo Maestro de Planes Complementarios ²⁵

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

²⁵ Modificado por la Circular IF/N° 205, de 5 de diciembre de 2013.

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

3. Definición de campos del Archivo Maestro de Planes Complementarios

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	PERÍODO DE LA INFORMACIÓN	Corresponde al mes y año de la información que se envía. El archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiere la información. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12)

²⁶ Número corregido por Circular IF/N°424, de 17 de febrero de 2023.

		<p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.
02	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se acepta un valor distinto al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
03	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	<p>Corresponde a la codificación técnica del nombre del plan complementario informado, que la Isapre utiliza para identificarlo de manera única. En caso que la Isapre no disponga de un código de identificación para el plan, deberá asignarle uno que permita identificarlo de manera única²⁷.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia deberán omitirse las expresiones "plan" o "plan de salud" como prefijo de la identificación única del plan informado.</p>

²⁷ Por lo general las isapres utilizan, además del nombre, un código para identificar a cada uno de los planes complementarios en los distintos procesos internos. En este campo debe informarse dicho código. Las adecuaciones del precio base del plan no podrán implicar un cambio en la denominación de éste.

		<p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. ▪ No se acepta prefijo “plan” o “plan de salud” en la identificación única del plan. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre identificador del plan debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en toda estructura de datos requerida por esta Superintendencia, particularmente, en los Archivos Maestros referidos a Coberturas, Contratos y Prestaciones Bonificadas. ▪ La cantidad de planes informados debe ser mayor o igual a la contenida en el Archivo Maestro de Contratos correspondiente al mismo período. ▪ El Archivo de Planes Complementarios debe contener todos los planes informados en el Archivo de Contratos correspondiente al mismo período.
04	NOMBRE DEL PLAN	<p>Corresponde al nombre de fantasía o comercial que la isapre ha asignado el plan complementario que se informa, el cual se encuentra impreso en su carátula (no debe informarse el código adicional en caso que también se encuentre impreso en la carátula).</p> <p>Si el nombre del Plan coincide con la Identificación Única informada en el campo 03 se deberá repetir en este campo la información consignada en el referido campo 03.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia deberán omitirse las expresiones “plan” o “plan de salud” como prefijo del nombre informado.</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. ▪ No se acepta prefijo “plan” o “plan de salud” en el nombre del plan.
05	IDENTIFICACIÓN DE LA LÍNEA DEL PLAN	<p>Corresponde al nombre que permite identificar la línea de planes a la que pertenece el plan complementario que se informa²⁸.</p> <p>Si el plan que se informa es independiente, es decir, no se encuentra asociado a ninguna línea, debe informarse con valor “Z”</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero.
06	FECHA INICIO PLAN	<p>Corresponde al mes y año en que se comenzó a comercializar el plan complementario informado.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12)</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico.

²⁸ Por lo general, las isapres utilizan un nombre para vincular los planes de una misma familia o que han sido diseñados en función de características comunes (línea de planes). En este campo se debe señalar ese nombre, siempre que exista.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser posterior a la fecha de creación del Sistema Isapre (1981). ▪ Debe ser anterior o igual a la fecha que se está informando en el campo 01 (Período de la Información). ▪ Si el plan tiene una fecha de inicio anterior a la del campo 01 (Período de la Información), el valor de este campo debe ser igual al informado para el plan en el período anterior.
07	GRUPO OBJETIVO ²⁹	<p>Corresponde al segmento de beneficiarios hacia el cual se encuentra orientado el plan complementario que se informa³⁰.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores, señalando aquel que mejor represente al grupo objetivo del plan:</p> <p>1 = Familia emergente o en formación 2 = Familia consolidada 3 = Hombres sin cargas 4 = Mujeres sin cargas 5 = Tercera edad 6 = Médicos 7 = Trabajadores de una misma empresa 8 = Otro grupo objetivo no especificado 9 = Sin grupo objetivo específico</p>

²⁹ Mediante la Circular IF/N° 424, de 17 de febrero de 2023 se reemplaza la tabla, a partir del campo 07 y hasta el campo 24.

³⁰ Se deja sin efecto por aplicación de la Circular IF/N°276, de 22 de noviembre de 2017, vigente desde el 2 de enero de 2017, en la que se establece que "En cuanto a la oferta de planes de salud, las isapres no podrán, al ofrecer o disponer planes de salud para su suscripción, discriminar por sexo, edad, número de cargas, patologías o condición de salud, condición laboral, etnia, preferencia sexual u otras discriminaciones arbitrarias. Lo anterior sin perjuicio de la situación descrita en el artículo 200 del DFL N°1, de 2005, de Salud.

		<p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p>No se aceptan valores 1,2,3,4,5 cuando el campo 06 (Fecha Inicio Plan) es ≥ 201701.</p>
08	GRUPO SOCIOECONÓMICO	<p>Corresponde al segmento socioeconómico hacia el cual está dirigido el plan complementario que se informa³¹.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los valores empleados por el sistema tradicional de clasificación socioeconómica utilizada en Chile, informando aquel que mejor represente al grupo socioeconómico del plan.</p> <p>Los valores son los siguientes:</p> <p>1 = ABC1 2 = ABC1 – C2 3 = C2 4 = C2 y C3 5 = C3 6 = Sin grupo socioeconómico específico</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p>No se aceptan valores 1,2,3,4,5 cuando el campo 06 (Fecha Inicio Plan) es ≥ 201701</p>
09	COMERCIALIZACIÓN	<p>Identifica si el plan complementario se está comercializando en el período informado.</p>

³¹ Id.

		<p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>S = Si N = No</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfabético ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se acepta N, en planes que no informen cotizantes adscritos en el Archivo de Contratos correspondiente al mismo período.
10	REGIÓN(ES) DONDE SE COMERCIALIZA EL PLAN	<p>Identifica las regiones donde se comercializa el plan de salud que se informa. Cuando el plan no esté a la venta debe informarse la o las regiones donde se comercializó por última vez.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores para cada uno de los caracteres del campo según corresponda.</p> <p>S = Si se comercializa (comercializó) N = No se comercializa (comercializó)</p> <p>Cada uno de los caracteres del campo corresponde a una región, donde el primero, de izquierda a derecha, representa a la "I Región", el segundo a la "II Región" y así sucesivamente. El campo deberá tener tantos caracteres como regiones vigentes existan al mes que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados.
11	TIPO DE PLAN	<p>Corresponde a la categoría individual o grupal del plan complementario que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>I = Individual G = Grupal</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
12	MODALIDAD DE ATENCIÓN	<p>Corresponde a la modalidad para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios, que se encuentra asociada al plan complementario que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1 = Libre Elección 2 = Prestador Preferente 3 = Plan Cerrado</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados.

		<p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
13	AMPLITUD DE LA COBERTURA	<p>Indica si la cobertura que otorga el plan complementario que se informa, es general o reducida para prestaciones de parto u honorarios médicos.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>G=Cobertura general. P=Cobertura reducida para el parto³². H=Cobertura reducida para honorarios médicos.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo alfabético. Debe informarse siempre, no se acepta vacío. No se aceptan valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan. No se acepta P cuando el valor del campo 06 (Fecha Inicio Plan) es \geq 201912.
14	PRESTACIONES RESTRINGIDAS	<p>Identifica las prestaciones o grupo de ellas que presentan una cobertura restringida en el plan complementario que se informa.</p>

³² Conforme a las instrucciones de la Circular IF/N°334, del 16-09-2019, "A contar del 1 de diciembre de 2019, las isapres no podrán comercializar y/o suscribir planes complementarios de salud que contemplen para las prestaciones relacionadas con el parto una cobertura inferior a la convenida para el resto de las prestaciones del plan o inferior a la que da el Libro II para los beneficiarios del sistema público, la que comprende asistencia médica curativa que contiene consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamiento, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud que se establezcan

		<p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1 = parto, neonatología y obstetricia. 2 = psiquiatría y/o psicología.³³ 3 = cirugía bariátrica. 4 = cirugía refractiva. 5 = otras prestaciones restringidas. 6 = sin prestaciones restringidas.</p> <p>En el caso que un plan presente restricciones de cobertura para más de un grupo de prestaciones, se deberán informar en este campo multivalor todos los valores que correspondan al plan que se informa, en el orden que establezca la aseguradora. Por ejemplo, parto y psiquiatría deben informarse como 12, psiquiatría, cirugía bariátrica y refractiva, deben informarse como 234.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Campo numérico.▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.▪ No se acepta 6 cuando se informe con multivalor.▪ No se acepta 1 cuando el campo 06 (Fecha Inicio Plan) es ≥ 201912.▪ No se acepta 2 cuando el campo 06 (Fecha Inicio Plan) es ≥ 202203.
--	--	--

³³ Conforme a las instrucciones de la Circular IF/N°396, desde el 1 de marzo de 2022, en virtud de la Ley 21.331, las isapres no podrán comercializar planes de salud que restrinjan la cobertura para las prestaciones de salud relacionadas con enfermedades mentales, discapacidades psíquicas o salud mental.

15	MODALIDAD DEL PRECIO	<p>Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el precio del plan complementario informado³⁴.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1 = UF 2 = \$ 3 = 7%</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se acepta 3 en planes individuales con fecha de inicio igual o posterior a julio de 2005, es decir, cuando el campo 11 (Tipo de Plan) sea igual a I (Individual) y el campo 06 (Fecha Inicio Plan) <= 200507, salvo que se trate de una Isapre a las que alude el artículo 200 del DFL 1, de 2005, de Salud. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
16	PRECIO BASE	<p>Corresponde al precio asignado por la Isapre al plan complementario que se informa, expresado en unidades de fomento (UF), utilizando dos decimales. Debe informarse el precio base que el plan tiene vigente en el período que se informa.</p> <p>Para expresar en UF el precio base de los planes de salud que se encuentren establecidos en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad</p>

³⁴ No considera la modalidad del precio de la CAEC cuando ésta se cobre en forma separada.

		<p>monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser cero en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 3 (7%). ▪ No se acepta cero cuando el precio del plan se encuentre expresado en UF o pesos, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 1 (UF) ó 2 (\$).
17	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES	<p>Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado a la tabla de factores asociada al plan que se informa, con el objeto de identificarla de manera única.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ Debe informarse con una "Z", en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 3. ▪ Se acepta Z para planes grupales que no utilicen tabla de factores. ▪ No se acepta cero. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre identificador de la tabla de factores informada debe coincidir totalmente con la denominación que de ella se haga en

		<p>todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados, en particular, en el Archivo de Tablas de Factores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La cantidad informada de identificaciones únicas de tablas debe ser igual a la contenida en el Archivo Maestro de Tablas de Factores correspondiente al mismo mes. ▪ El recuento de Tablas de Factores asociadas a planes en comercialización (campo 09 igual a "S") debe ser igual a 1.³⁵ ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
18	FECHA DE LA ÚLTIMA ADECUACIÓN	<p>Corresponde a la fecha en la cual se aplicó la adecuación señalada en el campo 19 siguiente (Tipo de Adecuación).</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12).</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se acepta cero en planes que informan algún tipo de adecuación, es decir, cuando el campo 19 (Tipo de Adecuación) sea igual a 1, 2, 3 ó 4. ▪ Se acepta cero sólo en el caso que el plan nunca haya sido adecuado. ▪ Debe ser posterior a la Fecha Inicio Plan (campo 06) y anterior o igual al Período de la Información (campo 01).

³⁵ Conforme a la Circular IF/N°343, de 11/12/2019, que estableció la Tabla de Factores Única para planes que iniciaron su comercialización a partir del mes de abril de 2020.

19	TIPO DE ADECUACIÓN	<p>Indica el tipo de modificación aplicada al plan de salud en el período que se informa. Si el plan no ha sido modificado en el mes que se informa debe conservarse el valor que corresponde a la última adecuación realizada.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>0 = sin adecuación. 1 = adecuación del artículo 197 (precios base). 2 = revisión del plan grupal. 3 = adecuación del artículo 189 (beneficios). 4 = adecuaciones 1 y 3 juntas.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se acepta cero sólo en el caso que el plan nunca haya sido adecuado. ▪ No se acepta cero en planes que informan la existencia de una fecha de adecuación, es decir, cuando el campo 18 (Fecha de la Última Adecuación) es distinto de cero. ▪ No se acepta 1 ni 4 cuando el valor del campo 11 (Tipo de Plan) es igual a G (Grupal). ▪ No se acepta 1 ni 4 cuando el valor del campo 15 (Modalidad del Precio) es igual a 3 (7%)
20	VARIACIÓN DEL PRECIO BASE	<p>Informa la variación porcentual anual que la isapre proyectó para el precio base del plan informado, en el marco de aplicación del artículo 197 del DFL 1 (referido a planes individuales).</p> <p>La variación deberá expresarse en porcentaje, con un solo decimal y sin el signo porcentual. Si</p>

		<p>la variación es negativa debe anteponerse un signo menos.</p> <p>La variación del precio base deberá informarse en el mes en que sea notificada a las personas afectadas (marzo) y mantenerse constante en los meses siguientes hasta el mes previo a su aplicación a los contratos respectivos (junio). En períodos sucesivos debe informarse con valor 0 (cero) hasta marzo del siguiente año cuando se informe la variación correspondiente al nuevo proceso anual de adecuación de precios.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Campo numérico con un solo decimal. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles.▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Debe ser cero en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 3 (7%).▪ Debe ser cero en caso que el plan sea de tipo grupal, es decir, cuando el Campo 11 (Tipo de Plan) sea igual a G (Grupal).▪ Debe ser cero cuando el período informado sea distinto a los meses de marzo, abril y mayo de cada año.▪ Debe ser cero en caso que el plan de salud no tenga doce meses de vigencia al momento de aplicar la adecuación del precio base.▪ Se acepta cero en caso que el plan no presente cotizantes con beneficios vigentes en el mes que se informa.▪ Se acepta cero en caso que la isapre no haya proyectado una variación del precio base para el plan informado.
--	--	--

21	APLICACIÓN DE LA VARIACIÓN	<p>Indica si la variación del precio base informada en el campo 20 (variación del precio base) va a ser aplicada o no por la isapre³⁶.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>S = Si se aplica N = No se aplica</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se acepta valor S.
22	REAJUSTE CONTRACTUAL ANUAL	<p>Informa el reajuste porcentual anual estipulado en el contrato, que debe aplicarse al precio base del plan informado cuando éste se encuentra expresado en pesos. Debe informarse en el mes en que se aplica el reajuste y mantenerse constante en los sucesivos períodos hasta el mismo mes del año siguiente.</p> <p>Debe expresarse en porcentaje, con un decimal y sin el signo porcentual.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico con un decimal. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

³⁶ De acuerdo a lo señalado en el numeral 4 del artículo 198 del DFL 1, de 2005, de Salud, la isapre ya no tiene la opción de no ajustar el precio base de aquellos planes en que la variación proyectada sea igual o inferior a 2%, por tanto, en este campo la isapre deberá informar sólo el valor "N".

		<p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser cero en caso que el precio base del plan se encuentre expresado en UF o, 7%, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 1 ó 3. ▪ Se acepta cero sólo en caso que el plan expresado en pesos no contemple un reajuste contractual anual.
23	FECHA APLICACIÓN REAJUSTE CONTRACTUAL	<p>Corresponde a la fecha en que la isapre aplicó o debe aplicar el reajuste contractual anual informado en el campo 22 (Reajuste Contractual Anual).</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12)</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser cero en caso que el plan no establezca un reajuste contractual anual. ▪ No se acepta cero en planes que informan la existencia de un reajuste contractual anual, es decir, cuando el campo 22 (Reajuste Contractual Anual) es distinto de cero. ▪
24	PRECIO BASE FINAL	<p>Corresponde al precio base del plan de salud informado, que se obtiene luego de aplicar la variación porcentual informada en el campo 20 (Variación del Precio Base).</p> <p>Debe informarse expresado en unidades de fomento con dos decimales.</p> <p>Para expresar en UF el precio base final de un plan que se encuentre establecido en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa.</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser cero en caso que el precio del plan esté expresado en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 3 (7%). ▪ No se acepta cero cuando el precio del plan se encuentre expresado en UF o \$, es decir, cuando el campo 15 (Modalidad del Precio) sea igual a 1 (UF) ó 2 (\$). ▪ Se acepta cero cuando el campo 16 (Precio Base) sea igual a 0 (cero). ▪ Se acepta igual al campo 16 (Precio Base) en caso que el campo 20 (Variación del Precio Base) sea igual a 0 (cero) o cuando el período a informar sea distinto a los meses de marzo, abril o mayo de cada año.
25	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL DE REFERENCIA	<p>Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al arancel asociado al plan de salud informado, con el objeto de identificarlo de manera única.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre identificador del arancel informado, debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo

		<p>documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados, en particular, en el Archivo de Aranceles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe estar contenido en el Archivo de Aranceles vigente en el período al que corresponde la información. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
26	MODALIDAD ARANCEL DEL	<p>Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el arancel del plan de salud informado.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1 = UF 2 = \$</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se acepta un valor distinto al informado en el Archivo de Aranceles vigente para el período que se informa. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.

27	PORCENTAJE BONIFICACIÓN AMBULATORIAS	<p>Corresponde al porcentaje de bonificación genérico que otorga el plan a las prestaciones ambulatorias.</p> <p>Debe informarse el porcentaje que corresponde a la modalidad de atención informada para el plan en el campo 12 (Modalidad de Atención), es decir, la que se otorga con el prestador preferente en los casos que el plan tenga esa modalidad o sea cerrado.</p> <p>Si el plan contempla cobertura con varios prestadores preferentes debe informarse la que se asocia al prestador con el cual se obtiene la mayor bonificación. Debe informarse en porcentaje, sin decimales y sin el signo porcentual³⁷.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se acepta cero sólo en el evento que el plan informe copago fijo, es decir, cuando el campo 29 (Copago Fijo) sea igual a S. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan. ▪
28	PORCENTAJE BONIFICACIÓN HOSPITALARIAS	<p>Corresponde al porcentaje de bonificación genérico que otorga el plan a las prestaciones hospitalarias. Debe informarse el porcentaje que corresponde a la modalidad de atención informada para el plan en el campo 12</p>

³⁷ Por ejemplo, si el plan otorga cobertura de 80% a la mayoría de las prestaciones ambulatorias, en este campo deberá informarse el valor 80.

		<p>(modalidad de Atención), es decir, la que se otorga con el prestador preferente en los casos que el plan tenga esa modalidad o sea cerrado.</p> <p>Si el plan contempla cobertura con varios prestadores preferentes debe informarse la que se asocia al prestador con el cual se obtiene la mayor bonificación. Debe informarse en porcentaje, sin decimales y sin el signo porcentual³⁸.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico, sin decimales. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se acepta cero sólo en el evento que el plan informe copago fijo, es decir, cuando el campo 29 (Copago Fijo) sea igual a S. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
29	COPAGO FIJO	<p>Informa si el plan contempla una modalidad de copago fijo para alguna o todas las prestaciones.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>S = Sí tiene copago fijo N = No tiene copago fijo</p>

³⁸ Por ejemplo, si el plan otorga cobertura de 100% a la mayoría de las prestaciones hospitalarias, en este campo deberá informarse el valor 100.

		<p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se acepta S en planes de libre elección, es decir, cuando el campo 12 (Modalidad de Atención) sea igual a 1. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
30	MODALIDAD DEL TOPE ANUAL	<p>Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el tope anual por beneficiario establecido en el plan informado.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1 = UF 2 = \$ 3 = Sin tope</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.

31	TOPE ANUAL	<p>Corresponde al monto del tope anual por beneficiario establecido en el plan informado, expresado en unidades de fomento (UF) utilizando un máximo de dos decimales.</p> <p>Para expresar en UF el tope anual establecido en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser cero sólo cuando el plan de salud no considere un tope anual, es decir, cuando el Campo 30 (Modalidad del Tope Anual) sea igual a 3. ▪ No se acepta cero en planes que establecen un tope anual por beneficiario, es decir, cuando el campo 30 (Modalidad del Tope Anual) sea igual a 1 ó 2.

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

1. Características Generales del Archivo Maestro de Tablas de Factores

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Tablas de Factores
Nombre computacional Archivo	<p>Deberá utilizarse el formato, sCCCAAAMMEEE donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 012
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada campo
Información contenida en el Archivo	Contiene información de todas las tablas de factores asociadas a planes vigentes y/o en comercialización a la fecha solicitada.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del archivo corresponde al detalle de factor de riesgo definido para cada tipo de beneficiario, sexo y edad, dentro de los tramos de cada una de las tablas de factores asociadas a los planes vigentes y/o en comercialización, en el período que se informa.
Período de la información contenida en el Archivo	Tablas de Factores asociadas a planes vigentes y/o en comercialización durante el mes que se informa.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	Párrafo eliminado ³⁹
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, debe remitirse junto al Archivo de Planes Complementarios
Fecha de cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar las tablas de factores asociadas a los planes vigentes y/o en comercialización al último día hábil del mes que se informa.

³⁹ Párrafo eliminado mediante Circular IF/Nº424, de 17 de febrero de 2023.

2. Estructura del Archivo Maestro de Tablas de Factores

CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	PERÍODO DE LA INFORMACIÓN	Numérico
02	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
03	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES	Alfanumérico
04	FECHA INICIO TABLA	Numérico
05	COMERCIALIZACIÓN	Alfabético
06	CONDICIÓN BENEFICIARIO	Numérico
07	SEXO BENEFICIARIO	Alfabético
08	EDAD BENEFICIARIO	Numérico
09	EDAD INICIAL DEL RANGO	Numérico
10	EDAD FINAL DEL RANGO	Numérico
11	FACTOR DE RIESGO	Numérico

3. Definición de los campos del Archivo Maestro de Tablas de Factores⁴⁰

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	PERÍODO DE LA INFORMACIÓN	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía. El archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiere la información.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12)</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.
02	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se acepta un valor distinto al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
03	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES	<p>Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado a la tabla de factores con el objeto de identificarla de manera única.</p>

⁴⁰ **IMPORTANTE:** Es probable que una misma Tabla de Factores sea referenciada por uno o más Planes de Salud Complementarios.

		<p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ Todos los registros que correspondan a una misma tabla de factores tendrán el mismo valor en este campo. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre identificador de la tabla de factores informada debe coincidir totalmente con la denominación que de ella se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados, en particular, en el Archivo Maestro de Planes Complementarios. ▪ La cantidad de tablas informadas debe ser igual a la contenida en el Archivo Maestro de Planes Complementarios del mismo período.
04	FECHA INICIO TABLA	<p>Corresponde al mes y año en que se comenzaron a comercializar planes con la tabla de factores que se está informando.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12)</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. ▪ Todos los registros que correspondan a una misma tabla de factores tendrán el mismo valor en este campo. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser posterior a la fecha de creación del Sistema Isapre (1981). ▪ Debe ser menor o igual a la fecha que se está informando en el campo 01 (Período de la Información). ▪ Debe ser equivalente a la fecha de inicio más antigua de los planes que contienen esta tabla en el Archivo Maestro de Planes Complementarios.
05	COMERCIALIZACIÓN	<p>Identifica si la tabla de factores que se está informando se encuentra o no asociada a algún plan de salud que se esté comercializando en el período.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>S = Sí N = No</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. ▪ Todos los registros que correspondan a una misma tabla de factores tendrán el mismo valor en este campo. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se acepta N para tablas que se encuentren asociadas a planes en comercialización en el Archivo Maestro de Planes Complementarios.

06	CONDICIÓN DEL BENEFICIARIO	<p>Corresponde a la condición de cotizante o carga que detenta el beneficiario para el cual se está informando el factor de riesgo en la tabla de factores respectiva.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1 = Cotizante 2 = Carga 3 = Cónyuge</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico sin decimales. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se acepta 3 en tablas que se encuentren en comercialización o con fecha de inicio posterior o igual a julio de 2005, es decir, cuando el campo 05 (Comercialización) es igual a "S" y cuando el campo 04 (Fecha Inicio Tabla) es mayor o igual a 200507.
07	SEXO BENEFICIARIO	<p>Corresponde al sexo del beneficiario respecto del cual se está informando el factor de riesgo en la tabla de factores respectiva.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p>

		<p>M = Masculino F = Femenino</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados.
08	EDAD BENEFICIARIO	<p>Corresponde a la edad del beneficiario respecto de la cual se está informando el factor de riesgo en la tabla de factores respectiva.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, la isapre deberá considerar edades entre 0 y 120 años para cada condición y sexo del beneficiario.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico sin decimales. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ Valores posibles entre 0 y 120.
09	EDAD INICIAL DEL RANGO	<p>Corresponde al límite mínimo del rango de edad, de una línea dentro de la tabla de factores que se está informando. Esta edad debe estar expresada en años⁴¹.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico sin decimales. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.

⁴¹ En el caso que una tabla de factores antigua contemple uno o más rangos expresados en meses, estos deberán informarse con EDAD INICIAL= 0 y EDAD FINAL= 0.

		<p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser mayor o igual a 0 y menor o igual al valor asignado al campo 10 (Edad Final del Rango) de la misma tabla de factores.
10	EDAD FINAL DEL RANGO	<p>Corresponde al límite máximo del rango de edad, de una línea dentro de la tabla de factores que se está informando. Esta edad debe estar expresada en años.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico sin decimales ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser menor o igual a 120 y mayor o igual al valor asignado al campo 09 (Edad Inicial del Rango) en la misma tabla de factores.
11	FACTOR DE RIESGO	<p>Corresponde al factor de riesgo cada beneficiario, conforme a su condición de cotizante o carga, sexo y edad, en la tabla de factores que se está informando.⁴²</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ Debe ser mayor o igual a cero.

⁴² Modificado por Circular IF/Nº424, de 17 de febrero de 2023.

Título IV: Coberturas de los Planes de Salud

1. Información requerida

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

En este archivo debe informarse la cobertura de libre elección, tanto ambulatoria como hospitalaria, asignada a cada una de las prestaciones contenidas en el Arancel Fonasa de Libre Elección vigente a la fecha a que se refiere la información, para cada uno de los planes de salud individuales que la isapre tenga en comercialización.⁴³

2. Proceso de validación de la información

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

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

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

Semestralmente y en la misma oportunidad en que se remita el Archivo Maestro de Planes de Salud regulado en instrucciones de esta Superintendencia,⁴⁴ es decir, antes del 31 de marzo y del 30 de septiembre de cada año⁴⁵, la isapre deberá enviar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales el archivo maestro regulado en este Título.

⁴³ El texto original de la Circular IF N° 74 precisó que “no se debe informar la cobertura preferente asociada a planes cerrados o planes con prestador preferente, ni la cobertura asociada a planes que no se encuentren a la venta.”

⁴⁴ Las mencionadas instrucciones se contienen en el Capítulo II de este Compendio.

⁴⁵ La Circular IF/275, de 2016, reemplazó la expresión “a más tardar último día hábil de los meses de marzo y septiembre” por “antes del 31 de marzo y del 30 de septiembre de cada año”.

Anexo N° 1: Estructura Computacional, Características y Definiciones del Archivo Maestro de Cobertura de los Planes de Salud ⁴⁶

1. Estructura Computacional

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

2. Características Generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Archivo Maestro de Coberturas de Planes de Salud
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse "035"

⁴⁶ La Circular IF N° 74, fuente de las instrucciones de este Título, tiene un "Anexo N° 2", que contiene "Ejemplos de llenado en situaciones especiales de cobertura" y que puede consultarse en el sitio web de la Superintendencia de Salud. Dicho Anexo es incorporado a continuación de este por Circular IF/275, de 2016.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	<p>En este archivo debe informarse la cobertura de libre elección, tanto ambulatoria como hospitalaria, asignada a cada una de las prestaciones contenidas en el Arancel Fonasa de Libre Elección, vigente a la fecha a que se refiere la información, para cada uno de los planes de salud individuales que la isapre tenga en comercialización, en términos de porcentaje y tope expresado en pesos, UF o veces el arancel asociado al plan en el Archivo Maestro de Planes de Salud.</p>
Información contenida en los registros del Archivo	<p>Situación general: Cada registro contiene la cobertura de libre elección, tanto ambulatoria como hospitalaria, para el código de prestación respectivo del Arancel Fonasa, en el plan de salud indicado en el mismo registro.</p> <p>Situación especial: Sólo en aquellos casos en que el plan presente coberturas diferenciadas por alguna condición de referencia, como por ejemplo: nivel de precios de un prestador o grupo de prestadores; prestación o grupo de prestaciones, se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingresar un registro por cada cobertura diferente asociada al mismo código de prestación e identificación de plan. • Si la cobertura diferenciada se presenta sin tope, indicar en el campo "Existencia de tope de bonificación" el valor "N" y en el campo "tope en pesos" el valor que resulte de aplicar el porcentaje de cobertura al precio máximo de la prestación de acuerdo a la condición de referencia.
Período de la información contenida en el Archivo	<p>Este archivo debe ser enviado semestralmente con la información referida al último día del mes de enero o julio, según corresponda.</p>

3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Fecha de la información	Corresponde al mes y año a que se refiere la información, es decir, enero o julio de cada año. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM= mes y AAAA= año. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. Debe informarse siempre.
03	Identificación única del plan	Corresponde a la denominación que la Aseguradora ha otorgado al plan complementario informado, con el objeto de identificarlo de manera única. Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos, apóstrofes, puntos ni comas. <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. <u>Validadores de Consistencia:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre identificador del plan, debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados. ▪ Deben estar contenidos todos los planes individuales en comercialización informados en el Archivo Maestro de Planes.
04	Código de la prestación	Corresponde al código definido en el Arancel Fonasa de Libre Elección, vigente a la fecha a que se refiere la información.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>El código informado debe ser idéntico al utilizado por el Fonasa, aunque la isapre utilice códigos propios. Los pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberán informarse a continuación de las prestaciones de salud con los códigos definidos en el Arancel del Fonasa, por ejemplo:</p> <p>0000001 = Derecho de Pabellón 1 0000002 = Derecho de Pabellón 2 0000014 = Derecho de Pabellón 14.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico de 7 posiciones ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p><u>Validador de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deben informarse todas las prestaciones contenidas en el arancel Fonasa vigente a la fecha que se informa.
05	Porcentaje de cobertura Libre Elección en Atención Ambulatoria	<p>Corresponde al porcentaje de bonificación para la prestación en modalidad Libre Elección y Atención Ambulatoria.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico sin puntos o comas. ▪ Rango de valores posibles es de 1 al 100. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
06	Existencia de tope de bonificación para Libre Elección en Atención Ambulatoria	<p>Indica si la prestación presenta tope de bonificación en el plan de salud respectivo. Debe informarse con valores "S" o "N", según corresponda: S= Con Tope N= Sin Tope</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético ▪ Debe informarse siempre, no se aceptan valores distintos a los indicados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor es "S", debe informarse a lo más uno de los campos de tope

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor es "N", los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria deben venir en blanco o vacíos, salvo en las situaciones especiales mencionadas en "Información contenida en los registros del Archivo".
07	Tope en pesos para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Ambulatoria está expresada en pesos, debe informar el monto en pesos establecido en el plan, en este campo. <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico sin puntos o comas (cifra entera). ▪ Si el tope no está expresado en pesos o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío. <p><u>Validador de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro.
08	Tope en UF para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Ambulatoria está expresada en UF, debe informar el monto en UF establecido en el plan, en este campo. <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales. ▪ Si el tope no está expresado en UF o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío. <p><u>Validador de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro.
09	Tope en veces arancel para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Ambulatoria está expresada en veces arancel, debe informar el número de veces establecido en el plan, en este campo. <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el tope no está expresado en veces arancel o no existe, debe ir en blanco o vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria por cada registro. ▪ Se considerará como arancel de referencia el indicado para el plan en el Archivo Maestro de Planes de Salud enviado a esta Superintendencia según lo indican las instrucciones sobre Archivo Maestro de Planes Complementarios.
10	Porcentaje de cobertura Libre Elección en Atención Hospitalaria	<p>Corresponde al porcentaje de bonificación para la prestación en modalidad Libre Elección y Atención Hospitalaria.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico sin puntos o comas. ▪ Rango de valores posibles es de 1 al 100. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
11	Existencia de tope de bonificación para Libre Elección en Atención Hospitalaria	<p>Indica si la prestación presenta tope de bonificación en el plan de salud respectivo.</p> <p>Debe informarse con valores "S" o "N", según corresponda: S= Con Tope N= Sin Tope</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético ▪ Debe informarse siempre, no se aceptan valores distintos a los indicados. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor es "S", debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro. ▪ Si el valor es "N", los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria deben venir en blanco o vacíos, salvo en las situaciones especiales mencionadas en

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		"Información contenida en los registros del Archivo".
12	Tope en pesos para Libre Elección en Atención Hospitalaria	<p>Si la cobertura de Libre Elección para Atención Hospitalaria está expresada en pesos, debe informar el monto en pesos establecido en el plan, en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico sin puntos o comas (cifra entera). ▪ Si el tope no está expresado en pesos o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío. <p><u>Validador de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro.
13	Tope en UF para Libre Elección en Atención Hospitalaria	<p>Si la cobertura de Libre Elección para Atención Hospitalaria está expresada en UF, debe informar el monto en UF establecido en el plan, en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales. ▪ Si el tope no está expresado en UF o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío. <p><u>Validador de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en Atención Hospitalaria por cada registro.
14	Tope en veces arancel para Libre Elección en Atención Hospitalaria	<p>Si la cobertura de Libre Elección para Atención Hospitalaria está expresada en veces arancel, debe informar el número de veces establecido en el plan, en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico con punto decimal explícito y dos posiciones decimales. ▪ Si el tope no está expresado en veces arancel o no existe (sin tope), debe ir en blanco o vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse a lo más uno de los campos de tope Libre Elección en

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Atención Hospitalaria por cada registro. ■ Se considera como arancel de referencia el indicado para el plan en el Archivo Maestro de Planes de Salud enviado a esta Superintendencia según lo indican las instrucciones sobre Archivo Maestro de Planes Complementarios.

ANEXO N°2⁴⁷

EJEMPLOS DE LLENADO EN SITUACIONES ESPECIALES DE COBERTURA

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

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

Se deben informar dos registros con la siguiente información:

Primer registro

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

Segundo registro

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

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

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

⁴⁷ Incorporado por Circular IF/275, de 2016.

Se deben informar dos registros con la siguiente información:

Primer registro

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

Segundo registro

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

Título V: Prestaciones de Salud

1. Información y periodicidad

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

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

2. Plazo de envío

Las isapres deberán remitir en forma regular los archivos mensualmente, a más tardar el día 10 del mes siguiente al que se informa⁴⁸.

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

3. Información sobre prestaciones de salud Bonificadas y Otorgadas

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

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

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

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

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

Aquellas prestaciones cuyas fechas de otorgamiento son conocidas por el asegurador, al momento de la bonificación, deberán ser informadas

⁴⁸ Descripción modificada por la Circular IF/N°398, de 29 de noviembre de 2021.

simultáneamente en ambos archivos, de acuerdo al detalle de campos que éstos presentan.

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

4. Envío de la información

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

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

Anexo N° 1: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas

1. Estructura Computacional ^{49 50}

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

⁴⁹ Estructura modificada por la Circular IF N° 308, de 01.02.2018

⁵⁰ Estructura modificada por la Circular IF N°427, de 30.03.2023. Se agregan campos del 36 al 39.

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

2. Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Bonificadas ^{51 52 53}

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.
(02)	FECHA INFORMACIÓN	<p>Corresponde al mes y año en que se bonificó la prestación(es) que se informa.</p> <p>La información que se remita corresponderá a un detalle de las prestaciones de salud bonificadas, en el mes que se informa.</p> <p>Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente al mes que se informa.</p> <p>Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor no podrá ser mayor al mes y año en que se informa, ni menor que 012007.

⁵¹ Validaciones modificadas por la Circular IF/N° 144, de 3 de febrero de 2011.

⁵² Definiciones modificadas por la Circular IF N°/308, de 01.02.2018

⁵³ Definiciones agregadas para campos del 36 al 39 y definiciones modificadas para campos 04 y 05, según Circular IF 427, de 30.03.2023.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(03)	TIPO DE REGISTRO	<p>Corresponde a la categorización o clasificación de la Prestación informada.</p> <p>Los valores a emplear son los siguientes:</p> <p>1: Curativa</p> <p>2: Examen de Medicina Preventiva</p> <p>3: Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo</p> <p>4: Control del niño sano (Recién Nacido hasta los seis años de edad).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ✓ Valores posibles: 1, 2, 3, 4. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación). Cuando dicho campo registre valor 1, 2 ó 3, el campo Tipo de Registro sólo podrá consignar un 1. Cuando el campo Tipo de Registro registre valor 2, 3 ó 4, el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación), deberá registrar valor 4.
(04)	RUN BENEFICIARIO	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona beneficiaria - cotizante o carga - entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel) a quien se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n).</p> <p>Cuando el RUN del Beneficiario/ria corresponda al RUN de la persona cotizante, el valor del campo debe ser el mismo valor que el campo "RUN del cotizante".</p> <p>En caso de aquellas personas beneficiarias que no posean RUN (incluidos los Nonatos), deberá informarse en este campo el valor 0 (cero).</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN. Además, debe continuar informando el valor asignado en el campo "Identificación Alternativa Beneficiario" (campo 36).</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de miles. • Debe informarse siempre.
(05)	DV BENEFICIARIO	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario/ria, aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso de aquellas personas beneficiarias que no posean RUN (incluidos los Nonatos), deberá informarse en este campo el valor X.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN.</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K, y X. • Debe informarse siempre. <p>Validadores Consistencia con otros campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo "RUN Beneficiario" registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. • Si el campo "RUN Beneficiario" registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
(06)	SEXO BENEFICIARIO	<p>Identifica el sexo del beneficiario objeto de la prestación Bonificada.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, deberá Informarse la letra X.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: F= Femenino, M=Masculino, X=Nonato. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Se debe validar consistencia contra el archivo de beneficiarios.
(07)	EDAD BENEFICIARIO	<p>Corresponde a la edad del beneficiario al momento en que fue o fueron bonificadas la(s) prestación(es) de salud que se informa (n).</p> <p>La edad debe estar expresada en años, debiendo considerarse para ello los años cumplidos a la fecha de bonificación.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>En caso de aquellos beneficiarios Nonatos y aquellos que tengan menos de un año de vida, deberá informarse como edad el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Se debe validar consistencia contra el archivo de beneficiarios.
(08)	TIPO DE BENEFICIARIO	<p>Identifica si el beneficiario tiene la calidad de Cotizante o Carga.</p> <p>Para este efecto, la Isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del beneficiario a la fecha de bonificación de la prestación:</p> <p>1: Cotizante 2: Carga</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores posibles: 1,2. ▪ Se debe validar consistencia contra el archivo de beneficiarios.
(09)	RUT DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al RUT del prestador asociado a la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Se deberá informar en este campo el RUT del prestador institucional, aun cuando la prestación haya sido efectivamente otorgada por un profesional.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. <p>Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</p> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo (10) Dígito verificador del Prestador.
(10)	DV DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador (campo 09) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se validará su consistencia con el campo (09) RUT del Prestador.
(11)	REGIÓN PRESTADOR DEL	<p>Corresponde al código de la región -del 1 al 16- en que se encuentra el prestador que efectuó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Dicha codificación se modificará en relación directa con las variaciones que adopte la división territorial del país, como por ejemplo cuando ocurra la incorporación de dos nuevas regiones al territorio nacional, motivo por el cual el código de la región se modificará del 1 al 16.</p> <p>En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico. Valores posibles: 0 (cero) al 16 o en conformidad con la división territorial que se adopte en el país.
(12)	COMUNA PRESTADOR DEL	<p>Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el <u>prestador</u>, que otorgó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico. Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE. Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se validará que la comuna pertenezca a la región informada en el campo 11 (Región del prestador).
(13)	PRESTADOR PREFERENTE	<p>Indica si la(s) prestación(es) bonificada(s) fue otorgada por un prestador preferente.</p> <p>Para este efecto, la Isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del prestador a la fecha de bonificación de la prestación:</p> <p>1: Sí 2: No</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico. Sin punto, coma decimal o guión.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(14)	NÚMERO MÉDICO (PAM) PROGRAMA PRINCIPAL	<p>■ Valores posibles: 1,2.</p> <p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico relacionado con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>En el caso que las prestaciones bonificadas se encuentren en varios programas médicos, como podría ser en una hospitalización, se registrará como Programa Médico Principal a aquél en que se detalle la prestación Día(s) cama.</p> <p>Si la(s) prestación(es) bonificada(s) que se informa no es parte de un Programa Médico, como por ejemplo Consulta Médica ambulatoria, corresponderá informar valor 0 (cero) en este campo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) o Número de Bono (16) deberá registrar valor distinto de cero 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5. ■ Cuando el campo Tipo de Atención sea igual a 2 (Hospitalario), entonces este campo deberá contener valor distinto de 0 (cero).
(15)	NÚMERO MÉDICO COMPLEMENTARIO PROGRAMA	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal para la cobranza de prestaciones.</p> <p>En caso que la cobranza de prestaciones se realice en un solo programa médico, en este campo se registrará valor 0 (cero).</p> <p>Asimismo, si el asegurador asigna como correlativo al PAM complementario, el mismo folio con el que se identifica el PAM principal, deberá repetirse dicho valor en este campo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ■ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) o Número de Bono (16) deberá registrar valor 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(16)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el campo (17) Número de Reembolso registre valor distinto de 0 (cero), en este campo deberá registrarse un 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.
(17)	NÚMERO DE REEMBOLSO	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el campo (16) Número de Bono de Atención registre valor distinto de 0 (cero), en este campo deberá registrarse 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.
(18)	CÓDIGO PRESTACIÓN ⁵⁴	<p>Corresponde al código que identifica la o las prestaciones de salud bonificadas al beneficiario, sea este cotizante o carga, en el mes y año que se informa.</p> <p>La información de las prestaciones bonificadas que se envíe deberá utilizar como base para su codificación el Arancel de FONASA de la Modalidad Libre Elección que se encuentre vigente a la fecha de bonificación, respetando su orden y estructura, como asimismo, la codificación asignada al Listado de Prestaciones Específicas anexo al Decreto Supremo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud que se encuentre vigente a la fecha de la bonificación, respetando su orden y estructura, sin el sufijo GES. Tal codificación será puesta a disposición por la Superintendencia mediante la Extranet.</p>

⁵⁴ Definición de campo modificada por la Circular IF N°339, 07.10.2019

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las prestaciones que hayan sido desagregadas por las Isapres, para una mejor gestión, deberán ser agrupadas tomando como base los códigos presentados en el Arancel FONASA. <p>Por ejemplo:</p> <p>01-01-029 Consulta médica oftalmológica especialista iris</p> <p>XX-YY-LLL Consulta médica oftalmológica especialista iris</p> <p>Debe informarse como:</p> <p>01-01-204 Consulta Médica de Especialidad en Oftalmología</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las prestaciones relacionadas con el Examen de Medicina Preventiva (EMP) deberán informarse complementariamente en este archivo, empleando los códigos definidos de acuerdo a los “Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva” contenidos en el Anexo del Título IX “Prestaciones Examen de Medicina Preventiva” del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información o el que lo reemplace. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asimismo, las prestaciones unitarias vinculadas con las Garantías Explícitas en Salud (GES), corresponderán al código que identifica la prestación de salud unitaria GES bonificada al usuario, sea este cotizante o carga, en el mes y año que se informa. Debe informarse como, por ejemplo: <p>0101101: corresponde a Consulta o control médico integral</p> <p>0101111: corresponde a Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente.</p> <p>En caso de tratarse de prestaciones sin codificación, se deben considerar los códigos propios de las Isapres y aquellos definidos por esta Superintendencia de Salud para las prestaciones siguientes:</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El uso de pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberá informarse con los códigos adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo: 0000001 = Sala de Procedimientos 1. 0000002 = Sala de Procedimientos 2. 0000014 = Derecho de Pabellón 14. ▪ Los insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000. ▪ Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000. • Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000. • Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000. • Las Drogas inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000. <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. <p>Valores posibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ los códigos indicados en el Arancel Fonasa de la Modalidad de Libre Elección, los Aranceles de Prestaciones de las Isapres informados a la Superintendencia, los códigos asignados al Listado de Prestaciones Específicas del GES y los códigos identificados en forma taxativa en esta definición: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000 y 6400000. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 19 (Pertenencia del Código). Cuando dicho campo registre valor 1, este campo deberá consignar como valor algún código del Arancel Fonasa de la Modalidad Libre Elección. Si el campo 19 (Pertenencia del Código) registra valor 2, este campo deberá registrar algún código del Arancel de la

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Isapre. Si el campo 19 (Pertenencia del Código) registra valor 3, este campo deberá registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000. Si el campo 19 (Pertenencia del Código) registra valor 4, este campo deberá registrar alguno de los códigos del Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación). Cuando dicho campo registre valor 1, este campo deberá registrar alguno de los códigos asignados al Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES y alguno de los códigos siguientes: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000 y 6400000. Si el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registra cualquier otro valor, este campo podrá registrar cualquiera de los valores posibles, con excepción de los códigos del Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES.
(19)	PERTENENCIA DEL CÓDIGO	<p>Indica si el código de la prestación bonificada pertenece al Arancel Fonasa, es propio de la Isapre, ha sido definido especialmente por esta Superintendencia o pertenece al Listado de Prestaciones Específicas del GES. Se utilizará la siguiente codificación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA 2: Código de la Prestación es propio del Asegurador 3: Código de la Prestación definido por la Superintendencia 4: Código de la Prestación pertenece al Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3 y 4. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Validar consistencia contra los archivos de aranceles.
(20)	COBERTURA/ FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	<p>Identifica si la prestación que se informa ha(n) sido o no cubierta (s) al beneficiario. Lo anterior, de acuerdo a los siguientes valores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: GES

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		2: CAEC 3: GES-CAEC 4: Plan Complementario (se excluye CAEC y GES-CAEC) 5: No bonificado 6: Otro (Ej. beneficios complementarios o especiales) Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. Valores posibles: 1, 2, 3, 4, 5, 6. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco Validadores de Consistencia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el campo (3) Tipo de Registro consigne el valor 2, 3 ó 4, este campo deberá registrar valor 4. ▪ Si el campo (19) Pertenencia del Código es igual a 1 ó 2 entonces este campo deberá registrar el valor 2, 3 ó 4. Si el valor registrado en este campo es igual a 5, el campo 27 Valor Bonificado deberá ser igual a cero.
(21)	FECHA DE BONIFICACIÓN LA	Corresponde a la fecha (día, mes y año) de bonificación de la(s) prestación(es) que se informa(n), independientemente de la fecha en que se otorgó la prestación. Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. sin punto, coma decimal o guión. Validadores de Consistencia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La fecha deberá corresponder al mismo período que se está informando mediante el campo (02) Fecha Información.
(22)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Corresponde a la denominación que la Isapre ha otorgado al plan de salud, suscrito por el cotizante, y vigente a la fecha de bonificación de la(s) prestación(es). Para estos efectos, la Isapre deberá usar el mismo código de identificación que el informado en el Archivo Maestro de Planes Complementarios, contenido en el Título III “Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas” del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información. Validadores Técnicos:

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 03 (Identificación Única del Plan) del Archivo de Planes según la Circular IF/N° 13/2006.
(23)	TIPO DE PRESTADOR	<p>Identifica la característica del prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas, en cuanto a si pertenece al Sistema Público de Salud o al Sistema Privado, donde:</p> <p>1: Prestador Institucional perteneciente al Sistema Público de Salud</p> <p>2: Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud</p> <p>Si el prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas corresponde a una persona natural, corresponderá informar el código 2.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Valores Posibles: 1,2.
(24)	TIPO ATENCIÓN	<p>Identifica la modalidad de atención en que se otorgó u otorgará la prestación, conforme haya sido bonificada por el asegurador. Se utilizará la siguiente codificación:</p> <p>1: Atención Ambulatoria</p> <p>2: Atención Hospitalaria</p> <p>Para estos efectos se entenderá por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestación de Atención ambulatoria: aquella realizada a un beneficiario, por un prestador, sin que requiera, complementariamente, de prestaciones de días cama. ▪ Prestación de Atención hospitalaria: aquella realizada a un beneficiario y que requiere o requirió que se haya efectuado con el paciente hospitalizado. La hospitalización no necesariamente requiere que el paciente pernocte en el establecimiento, por lo tanto el alcance de la atención hospitalaria deberá definirse de acuerdo a la jurisprudencia establecida por esta Superintendencia en la normativa que regula la materia.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1, 2. <p>Verificar consistencia de acuerdo a código de pabellón y código de prestación.</p>
(25)	FRECUENCIA	<p>Corresponde al número de veces que se bonificó la prestación respecto del bono de atención o el reembolso informado.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la combinación de campos (04) RUN Beneficiario, (14) Número Programa Médico Principal (PAM) y (18) Código Prestación, la suma de valores informados en este campo no podrá ser mayor a 1 cuando en el campo (18) Código Prestación se informen procedimientos o cirugías.
(26)	VALOR FACTURADO	<p>Corresponde al monto total en pesos que el prestador ha facturado o facturará por cada prestación de salud bonificada al beneficiario.</p> <p>En caso que la prestación que se informe corresponda a un examen preventivo, corresponde al costo total en pesos asumido por el asegurador.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco.
(27)	VALOR BONIFICADO	<p>Corresponde al monto total en pesos bonificado por el asegurador, por cada prestación de salud respecto del bono de atención o el reembolso informado.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ En el caso que la prestación no sea bonificable, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). ▪ Si el valor es bonificable debe ser mayor que cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor registrado en el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es igual a 5, este campo deberá ser igual a cero.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> Se verificará que si el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es 2, 3, 4 y 6, el valor registrado en este campo deberá ser distinto de 0 (cero).
(28)	MONTO COPAGO	<p>Corresponde a la contribución que deberá efectuar el beneficiario -cotizante o carga- respecto de la prestación que se informa.</p> <p>En caso que la prestación haya sido bonificada como consecuencia de un reembolso, corresponderá informar - en este campo- la diferencia entre el valor cobrado por el prestador, registrado en la boleta o factura y la bonificación que la Isapre haya efectuado.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. En caso que el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registre un valor 1 (GES) y en el campo 18 (Código Prestación) se registra cualquiera de los códigos vinculados con la codificación del Listado de Prestaciones Específicas anexo al Decreto Supremo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud que se encuentre vigente a la fecha de la bonificación GES, deberá informarse 0 (cero). Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Si el campo (3) Tipo de Registro es igual 2, 3 ó 4, este campo debe ser igual a (0) cero. El monto de copago por prestaciones GES deberá ser informado en el Archivo Maestro de Garantía de Protección Financiera, según la estructura definida para ese efecto.
(29)	BONIFICACIÓN RESTRINGIDA	<p>Indica si la prestación fue bonificada una vez consumidos los topes establecidos en el plan de salud, corresponde a preexistencias declaradas (18 meses) o embarazo en curso, y por ende se ha utilizado una bonificación proporcional.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, la Isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1: Sí 2: No</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico. Valores Posibles: 1 y 2. Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(30)	TIPO DE PLAN	<p>Indica si el plan asociado al beneficiario objeto de la prestación contempla cobertura general o reducida.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, la Isapre deberá considerar los siguientes valores:</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		1 = Plan con cobertura General 2 = Plan con cobertura Reducida Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores Posibles 1 y 2.
(31)	HORARIO DE OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Indica el horario en que fue bonificada la prestación que se informa. Para efectos de informar a la Superintendencia, las Isapres deberán usar los siguientes valores: 1: Horario Hábil 2: Horario Inhábil 3: Sin Información, el que corresponderá en los casos en que la aseguradora no cuente con la información que se requiere. Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1,2 y 3. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(32)	MODALIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Identifica si la intervención quirúrgica, bonificada al beneficiario, se realizó en forma simultánea o sucesiva a otra en el mismo acto quirúrgico correspondiente. Para tales efectos se utilizará la siguiente codificación: 1 = Si 2 = No 3 = No Aplicable En caso que la prestación que se informe en el campo 18 (Código de Prestación), no corresponda a una intervención quirúrgica, se registrará el valor 3 (No Aplicable). En caso que se realice sólo una prestación de tipo quirúrgica al beneficiario, corresponderá informar en este campo valor 2. Corresponderá informar valor 1, para todas las prestaciones quirúrgicas que cumplan con la condición de haberse efectuado en forma simultánea o sucesiva, no importando, para efectos de este archivo, su orden. Con todo, se entenderá que una prestación es de tipo quirúrgica cuando tenga asociada una Sala de Procedimientos o un Pabellón Quirúrgico.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión ▪ Valores posibles 1, 2 y 3. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con lo informado en el campo (18) Código de Prestación, para los valores que registren en el campo (19) Pertenencia del código el valor 1 “Código de la Prestación pertenece al Arancel Fonasa”. ▪ Si el campo (18) registra valores cuyos 2 primeros dígitos están entre 01 y 10 (Prestaciones No Quirúrgicas), en este campo se registrará valor 3 “No Aplicable”. ▪ Para los códigos cuyos dos primeros dígitos sean distintos del rango 01 al 10, entonces este campo podrá registrar los valores 1 ó 2.
(33)	LEY DE URGENCIA VITAL	<p>Indica si la prestación de salud que se informa, deriva de una atención médica que implique riesgo vital o secuela funcional grave (urgencia o emergencia) conforme a la Ley N°19.650.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, las Isapres deberán usar los siguientes valores:</p> <p>1: Si 2: No</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1 y 2. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Ver si es posible validar contra archivo de urgencia vital GES.
(34)	CÓDIGO GRUPO PRESTACIÓN PRINCIPAL (GPP) GES ⁵⁵	<p>Corresponde a la codificación del grupo de prestación que se informa para identificar el Problema de Salud, la Intervención Sanitaria y el Grupo de Prestación, conjuntamente.</p> <p>La prestación o grupo de prestaciones asociadas a un problema de salud incluido en el Decreto Supremo del MINSAL que fija las Garantías Explícitas en Salud (GES) a que se refiere la Ley N°19.966, y que se encuentre vigente, deberá informarse complementariamente en este archivo, empleando el Anexo N°6 “Codificación de Intervención Sanitaria y grupo de prestaciones”, en conformidad con el decreto vigente. Dicho</p>

⁵⁵ Definición de campo modificada por la Circular IF N°339, 07.10.2019

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Anexo se encontrará disponible en la Extranet de esta Superintendencia.</p> <p>Por ejemplo:</p> <p>7D3 = Confirmación de Pacientes con DM Tipo 2</p> <p>25T2 = Implantación Marcapasos Unicameral VVI</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: Los códigos definidos en el Anexo N° 6 “Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones” ▪ Debe informarse siempre cuando el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registre un valor 1 (GES), en caso contrario se debe informar con una X.
(35)	IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES	<p>Corresponde a la identificación única que le otorga la aseguradora a un caso GES.</p> <p>Corresponderá registrar las identificaciones asociadas a solicitudes de acceso aprobadas por la Isapre y que registren prestaciones o grupo de prestaciones derivados del problema de salud GES.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre cuando el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registre un valor 1 (GES), en caso contrario se debe informar con una X. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe existir en el Archivo Solicitudes Acceso GES.
(36)	IDENTIFICACIÓN ALTERNATIVA BENEFICIARIO	<p>Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona beneficiaria, en los casos en que ella no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. En este sentido, el valor (identificación) asignado, debe ser el mismo que se emplee para identificar a la persona beneficiaria en otros archivos maestros que requieran este mismo campo o</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>información, de manera que, se favorezca el cruce de datos entre tablas.</p> <p>Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo (04) RUN BENEFICIARIO, manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo.</p> <p>Se deberá registrar un 0 (cero), solamente en los casos en que al Beneficiario/ria nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa.</p> <p>Cuando la Identificación alternativa del Beneficiario/ria corresponda a la misma del o la cotizante, el valor del campo debe ser el mismo valor que el del o la cotizante.</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre. <p>Validadores Consistencia con otros campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si a la persona beneficiaria se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). • Si a la persona beneficiaria nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
(37)	RUN COTIZANTE	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación, del o la cotizante, asociado a la persona beneficiaria a la que se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n).</p> <p>Por lo anterior, en el caso de informarse una carga que haya hecho uso de prestaciones, se deberá registrar (informar) en este campo, el RUN del o la Cotizante titular del contrato de salud, vigente al momento en que dicha carga se realizó la prestación.</p> <p>En caso que el o la Cotizante no tenga RUN por ser extranjero, deberá registrarse valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa (campo 39).</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN. Además,</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>debe continuar informando el valor asignado en el campo 39, "Identificación Alternativa Cotizante".</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de miles. • Debe informarse siempre.
(38)	DÍGITO VERIFICADOR DEL RUN COTIZANTE	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del o la cotizante (campo 37) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso que la persona cotizante no posea RUN, deberá registrarse valor X. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN.</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. • Debe informarse siempre. <p>Validadores Consistencia con otros campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo "RUN Cotizante", registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. • Si el campo "RUN Cotizante", registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo, por medio de la rutina Módulo 11.
(39)	IDENTIFICACIÓN ALTERNATIVA COTIZANTE	<p>Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona Cotizante, en los casos en que ésta no tenga RUN.</p> <p>Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación. En este sentido, el valor (identificación) asignado, debe ser el mismo que se emplee para identificar a el o la cotizante en otros archivos maestros que requieran este mismo campo o información, de manera que, se favorezca el cruce de datos entre tablas.</p> <p>Si la identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 37), manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que a la persona cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa.</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre. <p>Validadores Consistencia con otros campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si a la persona cotizante se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). • Si a la persona cotizante nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).

1. Validadores Adicionales de Consistencia⁵⁶

1.1. Consistencia con el mismo archivo

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

1.2. Consistencia con otros archivos ⁵⁷

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

⁵⁶ Validaciones modificadas por la Circular IF/N° 144, de 3 de febrero de 2011.

⁵⁷ Se modifican y agregan validaciones según la Circular IF N°/308, de 01.02.2018

prestación de salud. Para ello, se verificará que cada valor del campo (07) Edad Beneficiario, asociado a su respectivo RUN, sea igual al informado en la Base de Cotizantes y Cargas del periodo (mes y año) del campo (02) Fecha de Información. Se exceptuarán de esta validación los beneficiarios nonatos para el período informado.

- Se verificará que la condición de cotizante o carga informada en este archivo, corresponda a la información contenida en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitido a esta Superintendencia, del periodo en que se realizó la prestación de salud. Para ello, se verificará que cada valor del campo (08) Tipo de Beneficiario, sea coherente con dicha base del periodo (mes y año) del campo (02) Fecha Información.

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

- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 1 “Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA”, este campo deberá consignar como valor algún código del Arancel Fonasa de la Modalidad Libre Elección.
- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 2 “Código de la prestación es propio del Asegurador”, este campo deberá registrar algún código del Arancel de la Isapre, que en el campo (11) Código de Pertenencia correspondiente al Archivo Maestro de Aranceles -Contenido en el Título VII “Arancel de Prestaciones de Salud” del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información- registre valor 3 “Prestación adicional”.
- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 “Código de la Prestación definido por la Superintendencia”, este campo deberá registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000, o los del Anexo del Título IX “Prestaciones Examen de Medicina Preventiva”, del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información -o el que lo reemplace-.
- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 “Código de la Prestación definido por la Superintendencia”, y el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra valor 1 “GES”, debe registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000.
- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 4 “Código de la Prestación pertenece al Listado de Prestaciones Específicas (LPE) vigente del GES, y el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra valor 1 “GES”, debe registrar alguno de los códigos del LPE.
- Si el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra cualquier otro valor, distinto de 1 “GES”, este campo podrá registrar

cualquiera de los valores posibles, con excepción de los códigos del Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES.

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

1.3 Representatividad de valores por campo

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

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

- 4 primeros dígitos de los valores indicados en el campo (18) Código Prestación.
- Se validará que los Códigos de Prestación del Arancel Fonasa se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia. Para ello se considerarán todos los dígitos de los valores indicados en el campo (18) Código Prestación.
- Para el campo (20) Cobertura Financiamiento de la Prestación, se validará que los valores posibles: 4 “Plan Complementario” y 1 “GES”, siempre estén representados, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (23) Tipo de Prestador, se validará que los valores posibles: 1 “Prestador Institucional” y 2 “Prestador perteneciente al sistema privado” siempre estén representados, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (24) Tipo Atención, se validará que los valores posibles: 1 “Atención Ambulatoria” y 2 “Atención Hospitalaria” siempre estén representados, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (29) Bonificación Restringida, se validará que los valores posibles: 1 “Sí” y 2 “No”, siempre estén representados cuando corresponda y en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (30) Tipo de Plan, se validará que los valores posibles: 1 “Plan con Cobertura General” y 2 “Plan con Cobertura Reducida”, siempre estén representados cuando corresponda y en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Se verificará para el campo (34) CÓDIGO GRUPO PRESTACIÓN PRINCIPAL (GPP) GES lo siguiente:
- Si el campo (19) Pertenencia del Código registra valor 3 “Código de la Prestación definido por la Superintendencia”, y el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registra valor 1 “GES”, este campo deberá registrar alguno de los valores señalados en el Anexo N° 6 “Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones”, de acuerdo al Decreto que se encuentre vigente. El citado anexo, se encontrará disponible en la extranet de esta Superintendencia ⁵⁸
- Se verificará que el valor para el campo (35) IDENTIFICACIÓN ÚNICA GES exista en el Archivo de Solicitudes de Acceso a la GES.

1.4 Validadores Sanitarios y Validadores de Frecuencia de Prestaciones

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

⁵⁸ Definición de la Validación modificada por la Circular IF N°339, 07.10.2019

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

Anexo N° 2 : Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas

1. Estructura Computacional

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

2. Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Otorgadas

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.
(02)	FECHA INFORMACIÓN	Corresponde al mes y año <u>de envío</u> de la información.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>La información que se remita corresponderá a un detalle mensual de las prestaciones de salud efectivamente otorgadas.</p> <p>Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente que se informa.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor no podrá ser mayor al mes y año en que se informa, ni menor que 012007.
(03)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la(s) prestación(es) de salud de la cual se informa su fecha de otorgamiento.</p> <p>En caso que la prestación que se informe sea bonificada a través de un reembolso, en este campo se informará valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el campo Número de Reembolso (04) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrarse un 0 (cero). ▪ El valor que se informe en este campo deberá existir en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, ya sea en el periodo que se informa o en otro anterior.
(04)	NÚMERO DE REEMBOLSO	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso al beneficiario,</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>relacionado con la(s) prestación(es) de salud de la cual se informa su fecha de otorgamiento.</p> <p>En caso que la prestación que se informe sea bonificada a través de un Bono de Atención, en este campo se informará valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el campo Número de Bono de Atención (03) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrarse 0 (cero). ▪ El valor que se informe en este campo debe haber sido informado en el Archivo Maestro de Prestaciones bonificadas, ya sea en el periodo que se informa o en otro anterior.
(05)	FECHA DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	<p>Corresponde a la fecha (día, mes, año) en que el beneficiario recibió efectivamente la prestación a la que se refiere el Bono de Atención o el Reembolso que se informa.</p> <p>Se deberá registrar obligatoriamente información en este campo cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esté comprendida en un Programa Médica (PAM) • Corresponda una prestación garantizada o incluida en las GES • Haya sido emitida bajo la modalidad de bono electrónico <p>Formato DDMMAAAA, donde: DD=día, MM=mes y AAAA=año.</p> <p>A efectos de informar a la Superintendencia, deberán considerarse los siguientes criterios:</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> • En caso que la prestación haya sido otorgada cuando el paciente esté hospitalizado, se registrará la fecha de inicio de la hospitalización. • De igual manera y tratándose de prestaciones ambulatorias que sean indicadas por el médico tratante en forma de ciclos, tal como la Kinesiterapia o Psicoterapia, se registrará la fecha de inicio de cada ciclo. • Por su parte, en caso de prestaciones asociadas a las GES y que se informen de acuerdo al Arancel GES, se informará la fecha de otorgamiento de la primera prestación de cada "Prestación o Grupo de Prestaciones GES". <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.

Anexo N° 3 Especificaciones Técnicas

Definición Computacional Archivos Maestros Prestaciones Bonificadas y Prestaciones Otorgadas

MODALIDAD DE ALMACENAMIENTO

Característica del archivo:

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

Nombre del archivo:

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

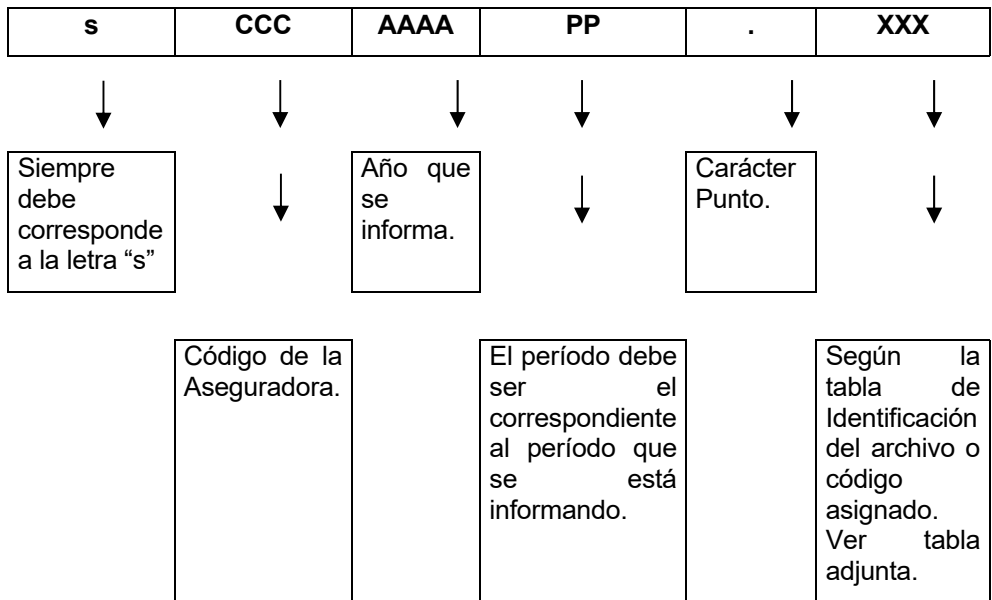


Tabla de identificación y codificación de archivos	
Archivo	Identificación del archivo
Prestaciones Bonificadas	031
Prestaciones Otorgadas	032

Título VI: Egresos Hospitalarios

1. Información y periodicidad

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

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

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

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

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

2. Plazo de envío

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

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

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

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

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

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará con los registros existentes en la Superintendencia.
(02)	FECHA INFORMACIÓN	<p>Corresponde al mes y año <u>de envío</u> de la información.</p> <p>La información que se remita corresponderá a un detalle mensual de los egresos hospitalarios que hayan sido bonificados por la aseguradora al beneficiario, sea éste cotizante o carga.</p> <p>Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente al mes que se informa.</p> <p>Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor no podrá ser mayor al mes y año en que se informa, ni menor que 012007.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(03)	RUN BENEFICIARIO	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario -cotizante o carga – asociado al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios No Natos, en lugar del RUN deberá informarse el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 04 (Dígito verificador beneficiario). ▪ Deberá existir en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud, con excepción de los beneficiarios No Natos.
(04)	DV BENEFICIARIO	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario (campo 03) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios No Natos, deberá informarse la letra X.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 03 (RUN beneficiario).

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(05)	SEXO BENEFICIARIO	<p>Identifica el sexo del beneficiario asociado al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: F= Femenino y M=Masculino ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(06)	EDAD BENEFICIARIO	<p>Corresponde a la edad del beneficiario asociada al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>La edad debe estar expresada en años, debiendo considerarse para ello los años cumplidos a la fecha de bonificación.</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios No Natos y aquellos que tengan menos de un año de vida, deberá informarse como edad el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(07)	TIPO DE BENEFICIARIO	<p>Identifica si el beneficiario tiene la calidad de Cotizante o Carga.</p> <p>Para este efecto, la isapre deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del beneficiario a la fecha de bonificación del egreso:</p> <p>1: Cotizante 2: Carga</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Valores Posibles: 1 y 2. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.

ID	NOMBRE CAMPO	DEL	DEFINICIÓN
(08)	RUT PRESTADOR	DEL	<p>Corresponde al Rut del prestador donde ocurre el ingreso y egreso de la hospitalización del beneficiario.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 09 (DV del Prestador).
(09)	DV PRESTADOR	DEL	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del prestador (campo 08) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 08 (RUT del Prestador)
(10)	COMUNA PRESTADOR	DEL	<p>Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el prestador donde se produjo el ingreso y posterior egreso de la hospitalización del beneficiario.</p> <p>En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(11)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO (PAM)	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico asociado al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Tratándose de egresos hospitalarios asociados a varios programas médicos, se informará en este campo el folio del PAM en que se hayan registrado las prestaciones de Días Cama.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor que se informe en este campo deberá existir en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, ya sea en el periodo que se informa o en otro anterior.
(12)	CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	<p>Corresponde al código del diagnóstico que identifica a la enfermedad principal, en relación al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Se deberá informar de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: los incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10). ▪ Debe informarse con todos los caracteres definidos en dicha clasificación, incluyendo puntos o símbolos especiales.
(13)	CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	<p>Corresponde al código del diagnóstico que identifica a la enfermedad secundaria, en relación al egreso hospitalario que se informa.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEL	DEFINICIÓN
			<p>Se deberá informar de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10).</p> <p>En caso que la aseguradora sólo cuente con el código diagnóstico principal, se podrá informar en este campo el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. No se acepta blanco, ni vacío. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y los incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 definida por la O.M.S. (CIE-10). ▪ Debe informarse con todos los caracteres definidos en dicha clasificación, incluyendo puntos o símbolos especiales.
(14)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		<p>Indica si el beneficiario -cotizante o carga- fue sometido a una intervención quirúrgica durante la hospitalización o egreso que se informa.</p> <p>Los valores posibles son los siguientes:</p> <p>1: Sí</p> <p>2: No</p> <p>3: No existe información</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3.
(15)	FECHA INGRESO	DE	<p>Corresponde al día, mes y año en que el beneficiario ingresó al recinto hospitalario, en relación al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p>

ID	NOMBRE CAMPO	DEL	DEFINICIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero.
(16)	FECHA EGRESO	DE	<p>Corresponde al día, mes y año en que el beneficiario egresó desde el recinto hospitalario, en relación al egreso hospitalario que se informa.</p> <p>Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 15 (Fecha de ingreso). La fecha informada en este campo debe ser igual o posterior a la informada en el campo 15 (Fecha de ingreso).
(17)	CONDICIÓN EGRESO	AL	<p>Indica el estado del paciente al egreso, en cuanto a su condición vital.</p> <p>Los valores posibles son :</p> <p>1: Vivo</p> <p>2: Muerto</p> <p>3: Sin información</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2 y 3. <p>Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.</p>
(18)	NÚMERO DE DÍAS HOSPITALIZACIÓN		<p>Corresponde al número de días que el beneficiario permaneció hospitalizado.</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(19)	(IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan de salud suscrito por el cotizante y vigente a la fecha de bonificación del egreso hospitalario que se informa. Para estos efectos, la isapre deberá usar el mismo código de identificación que el informado en el Archivo de Planes según Circular IF N° 13/2006. Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 03 (Identificación Única del Plan) del Archivo de Planes según la Circular IF/N° 13/2006.
(20)	(TIPO DE PRESTADOR	Identifica la característica del prestador, asociado al egreso hospitalario que se informa, en cuanto a si pertenece al Sistema Público de Salud o al Sistema Privado, donde: 1: Prestador perteneciente al Sistema Público de Salud 2: Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores posibles: 1 y 2.

Anexo N° 2 Especificaciones Técnicas

Definición Computacional Archivo Maestro Egresos Hospitalarios

MODALIDAD DE ALMACENAMIENTO

Característica del archivo:

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

Nombre del archivo:

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

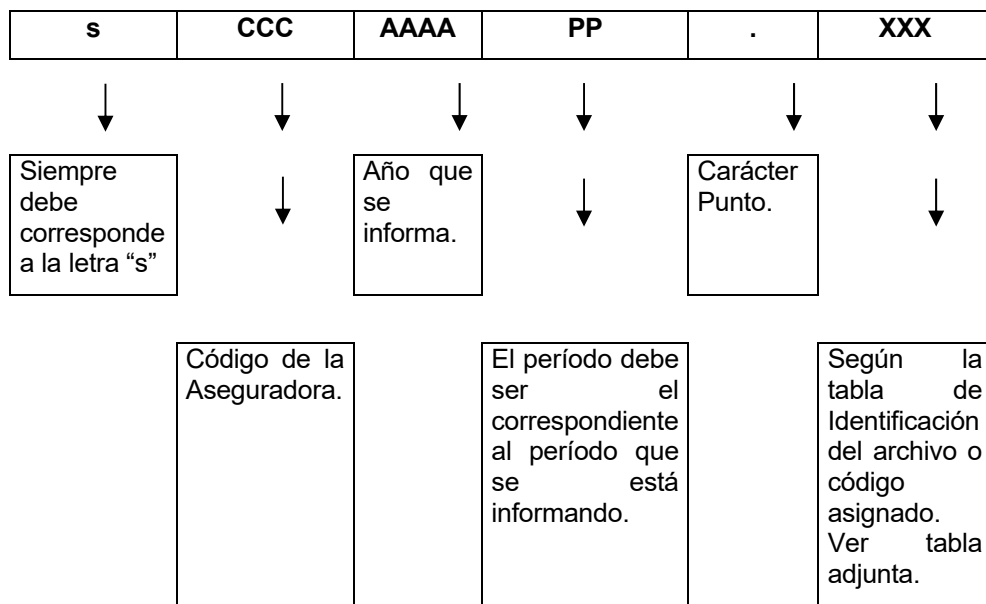


Tabla de identificación y codificación de archivos	
Archivo	Identificación del archivo
Egresos Hospitalarios	005

Título VII: Arancel de Prestaciones de Salud

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

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

El Arancel informado deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud, o el que lo reemplace en la modalidad de libre elección. Cada código de prestación del Arancel de la isapre, deberá corresponder exactamente al mismo código e igual denominación o glosa de la prestación del Arancel Fonasa, salvo las prestaciones adicionales, no contempladas en el Arancel del Fonasa, las que deberán sujetarse en cuanto a forma y valorización a lo señalado en el Anexo de este Título.⁵⁹

1. Valorización y reajuste⁶⁰ del arancel

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

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

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

2. Prestaciones Adicionales⁶¹

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

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

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

Siempre prevalecerá la definición de las prestaciones del Arancel Fonasa por sobre la clasificación dispuesta por la isapre para las prestaciones adicionales, por tanto, en el evento que una prestación incorporada por el Fonasa a su Arancel coincida

⁵⁹ Frase reemplazada por Circular IF/N° 256 de 2016.

⁶⁰ Modificado por Circular IF/N° 284 de 2017.

⁶¹ Número reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

con el código de la prestación adicional, creada por la Isapre, se deberá modificar el código de la prestación adicional, a fin de incluir la nueva prestación del Fonasa.

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

3. Envío del arancel

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

Con la finalidad de contar con los Aranceles de Prestaciones de Salud vigentes, cada vez que la isapre lo modifique, es decir, cuando incorpore una prestación, la elimine previa autorización de esta Superintendencia o reajuste el valor de las mismas, deberá enviar a esta Intendencia el archivo completo actualizado, dentro de los diez días hábiles siguientes contado desde la fecha de la respectiva modificación.⁶²

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

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

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

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

Segundo párrafo eliminado

5. Eliminación de prestaciones del Arancel de la isapre⁶³

La isapre no puede eliminar prestaciones de su arancel.

⁶² Párrafo intercalado por Circular IF/N° 256 de 2016.

⁶³ Número agregado por Circular IF/N° 256 de 2016.

No obstante lo anterior, si la isapre estima necesario eliminar una prestación de su arancel -que no sea de aquéllas contenidas en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección- en forma previa deberá efectuar una solicitud formal a esta Superintendencia, argumentando la razón de dicha decisión.

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

1. Estructura Computacional⁶⁴

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

⁶⁴ Recuadro reemplazado por Circular IF/Nº 256 de 2016.

2. Características Generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Arancel de Prestaciones de Salud.
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: el nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: período que se informa, en este caso debe informarse "a1" ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse "034"
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en Archivo	Deberán informarse todos los aranceles que la aseguradora tenga vigentes a la fecha de envío del mismo
Información contenida en un registro del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al detalle de una prestación asociada a un arancel
Periodicidad de envío del Archivo	Anual y cada vez que se modifique
Fecha de Envío de la información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las isapres deberán remitir anualmente a esta Intendencia su Arancel de Prestaciones vigente, dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia del Arancel Fonasa MLE. ▪ Cada vez que la isapre modifique su Arancel deberá enviar su archivo actualizado, dentro de los diez días hábiles siguientes contado desde la entrada en vigencia del mismo.

3. Definiciones

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código de Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Fecha de Envío	<p>Corresponde al mes y año que la aseguradora envía el archivo maestro del arancel a esta Superintendencia.</p> <p>Para efectos de informar, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA=año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
03	Identificación Única del Arancel	<p>Corresponde a la denominación que la aseguradora ha otorgado al arancel que se está informando, con el objeto de identificarlo de manera única.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre. ▪ La denominación que se indique debe ser la misma para todas las prestaciones contenidas en el arancel que se está informando. <p><u>Validador Consistencia con otros archivos:</u></p>

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre identificador del arancel informado debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados.
04	Fecha de Vigencia del Arancel	<p>Corresponde al mes y año a partir del cual entra en vigencia la versión del arancel que se está informando.</p> <p>Para efectos de informar, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA=año.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p><u>Validador de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser posterior a la fecha de publicación del Arancel Fonasa correspondiente al mismo año.
05	Modalidad del Arancel	<p>Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el arancel que se informa.</p> <p>Debe informarse con valores 1 o 2, según corresponda, donde:</p> <p>1 = UF 2 = \$</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 1, 2. ▪ La modalidad informada debe ser la misma para todas las prestaciones contenidas en el arancel que se está informando.

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
06 ⁶⁵	Código de Prestación	<p>Corresponde al código que identifica a la prestación de salud señalada en el arancel vigente de la isapre.</p> <p>Deben registrarse todos los códigos de las prestaciones incluidas en el arancel de la isapre que se informa, esto es, todos los códigos de las prestaciones incluidas en el Arancel del Fonasa Modalidad de Libre Elección y todos los códigos de las prestaciones adicionales.</p> <p>Las prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa modalidad libre elección deberán informarse con el código utilizado en el Arancel del Fonasa que se encuentre vigente.</p> <p>El código de la prestación adicional debe tener la misma estructura de la codificación del Arancel Fonasa, es decir, el primer y segundo dígito del código de la prestación debe corresponder al código de Grupo, el tercer y cuarto dígito del código de la prestación debe corresponder al código de Sub-Grupo y el quinto, sexto y séptimo dígito debe corresponder al código específico de la prestación dentro de cada Sub-Grupo.</p> <p>La prestación adicional deberá clasificarse en uno de los grupos contenidos en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Los insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000. · Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000. · Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000, exceptuando las contenidas en el Arancel Fonasa Modalidad de Libre Elección. · Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000. · Las Drogas inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000.

⁶⁵ Campo reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Los pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberán informarse a continuación de las prestaciones de salud con los códigos definidos en el Arancel del Fonasa, por ejemplo:</p> <p>0000001 = Derecho de Pabellón 1 0000002 = Derecho de Pabellón 2 0000014 = Derecho de Pabellón 14.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre. <p><u>Validador de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deben informarse, a lo menos, el total de códigos de prestaciones incluidos en el Arancel del Fonasa Modalidad Libre Elección que se encuentre vigente.
07	Eliminado	
08	Eliminado ⁶⁶	
09	Derecho de Pabellón	<p>Corresponde al pabellón que tiene asociado el código de la prestación que se informa en el campo 06 (Código de Prestación).</p> <p>Si la prestación informada no considera derecho de pabellón o sala de procedimiento, este campo debe informarse con valor cero.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validador de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa, sólo se aceptarán valores entre 1 y 14.

⁶⁶ Campos eliminados por Circular IF/N° 256 de 2016.

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
10	Denominación de la Prestación	<p>Corresponde a la glosa que se encuentra asociada al código de la prestación que se informa.</p> <p>Para prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa, la denominación de la prestación que se informe debe corresponder a la indicada en dicho arancel.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validador de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa se verificará la coincidencia de la denominación.
11 ⁶⁷	Código de Pertenencia	<p>Identifica si la prestación informada se encuentra incluida en el Arancel del Fonasa Modalidad Libre Elección vigente o si es una prestación adicional de la isapre.</p> <p>Se considerará Prestación Adicional aquélla que la isapre incorpora en su arancel que no está contenida en el Arancel Fonasa.</p> <p>Debe informarse con valores 1 ó 3, según corresponda, donde:</p> <p>1 = Prestación incluida en el Arancel Fonasa Eliminado</p> <p>3 = Prestación adicional</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Valores posibles: 1 y 3. <p><u>Validador de Consistencia con otros archivos:</u></p>

⁶⁷ Campo reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Para las prestaciones incluidas en el Arancel del Fonasa, sólo se aceptará el valor 1.
12	Valor de Prestación	<p>Corresponde al monto único asignado a la prestación que se informa, expresado en pesos o UF, según corresponda al arancel que se está informando.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Si el monto informado se encuentra expresado en pesos, el valor de la prestación debe informarse sin puntos o comas (cifra entera). ▪ Si el monto informado se encuentra expresado en UF, el valor de la prestación debe informarse con dos decimales, utilizando el punto como separador de decimales. Formato: 9999.99 <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 05 (Modalidad del Arancel) registra valor 1, se verificará que el valor registrado en este campo contenga dos decimales y punto como separador decimal. ▪ Si el campo 05 registra valor 2, este campo deberá registrar un valor entero, sin punto ni parte decimal.

4. Validaciones Adicionales de Consistencia

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

Título VIII: Información para el control y fiscalización de las GES en el Fonasa⁶⁸

1. Del Control y Fiscalización de las GES⁶⁹

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

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

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

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

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

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

⁶⁸ Título modificado por la Circular IF/N° 268, de 17 de junio de 2016.

⁶⁹ Modificado por la Circular IF N°303, del 21 de diciembre de 2017 que, además, deroga Circular 268/16

De acuerdo a lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá designar uno o más funcionarios encargados de la administración del SIGGES y el repositorio Data-Mart, que estén disponibles para recibir consultas que puedan surgir respecto de la información de ese sistema y la base de datos. La identificación del o los encargados deberá ser informada formalmente con a lo menos 7 días corridos de antelación a la entrada en vigencia del respectivo Decreto Supremo, a los correos electrónicos sarmijo@superdesalud.gob.cl, fsoto@superdesalud.gob.cl y Croman@superdesalud.gob.cl.⁷⁰

⁷⁰ Modificado por Circular IF 335, 01.10.2019

Título IX: Prestaciones del Examen de Medicina Preventiva^{71 72}

1. Información requerida

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

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

2. Envío de la información

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

⁷¹ Atendido que a contar del 1 de julio de 2013 tiene vigencia el Decreto GES, N°4, de febrero de 2013, de los Ministerios de Salud y Hacienda, mediante Circular IF N° 185, 15.4.2013, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales impartió instrucciones a las isapres y al Fonasa, a objeto de que informen a sus afiliados y afiliadas sobre la incorporación de nuevas condiciones de salud garantizadas y el derecho a realizarse gratuitamente el examen de medicina preventivo.

⁷² Modificado por la Circular IF/N° 187, de 2 de mayo de 2013.

Anexo: Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva⁷³

GRUPOS ETARIOS Y CICLO VITAL	PROBLEMA DE SALUD A PREVENIR	DESCRIPCIÓN EXAMEN	CÓDIGO EXAMEN
Embarazadas	Diabetes Mellitus Gestacional, Prevención en Embarazadas	Glicemia en ayunas	0302347
	VIH/SIDA, Prevención en Embarazadas	Examen diagnóstico ⁷⁴ de Infección por VIH en sangre, previa información sobre infección, de acuerdo a la normativa vigente	0306369
	Sífilis, Prevención en Embarazadas	VDRL o RPR en sangre	0306342
	Infección Urinaria, Prevención en Embarazadas	Urocultivo	0306311
	Sobrepeso y Obesidad, Prevención en Embarazadas	Medición de peso y talla	0108124
	Hipertensión Arterial, Prevención en Embarazadas	Medición estandarizada de Presión Arterial	0108112
	Bebedor Problema, Prevención en Embarazadas	Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el uso de Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada	0108111
Tabaquismo, Prevención en Embarazadas	Aplicación del instrumento Estrategia 5A's	0108113	
Recién Nacidos	Fenilcetonuria, Prevención en Recién Nacidos	Determinación de Fenilalanina en sangre	0302336
	Hipotiroidismo Congénito, Prevención en Recién Nacidos	TSH en sangre	0303324

⁷³ Modificado por la Circular IF/N° 187, de 2 de mayo de 2013.

⁷⁴ Descripción modificada por la Circular IF N°339, 07.10.2019

GRUPOS ETARIOS Y CICLO VITAL	PROBLEMA DE SALUD A PREVENIR	DESCRIPCIÓN EXAMEN	CÓDIGO EXAMEN
	Displasia del desarrollo de caderas, Prevención en Recién Nacidos	Maniobra de Ortolani o Barlow	0108106
Lactantes	Displasia del desarrollo de caderas, Prevención en Lactantes	Radiografía de pelvis	0401351
Niños y Niñas a los 4 años	Sobrepeso y Obesidad, Prevención en Niños y Niñas de 4 años	Medición de peso y talla	0108114
	Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual, Prevención en Niños y Niñas de 4 años	Aplicación de Cartilla LEA	0108107
	Malos hábitos bucales, Prevención en Niños y Niñas de 4 años	Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales	0108108
Personas de 15 y más años	Beber problema, Prevención en Personas de 15 años y más	Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el uso de Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada	0108101
	Tabaquismo, Prevención en Personas de 15 años y más	Aplicación del instrumento Estrategia 5A's	0108103
	Sobrepeso y Obesidad, Prevención en Personas de 15 años y más	Medición de peso y talla y circunferencia de cintura	0108104
	Hipertensión Arterial, Prevención en Personas de 15 años y más	Medición estandarizada de Presión Arterial	0108102
	Diabetes Mellitus, Prevención en Personas de 15 años y más	Glicemia en ayunas	0302447
	Sífilis, Prevención en Personas con riesgo de 15 años y más	VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) en sangre	0306442

GRUPOS ETARIOS Y CICLO VITAL	PROBLEMA DE SALUD A PREVENIR	DESCRIPCIÓN EXAMEN	CÓDIGO EXAMEN
	Tuberculosis, Prevención en Personas de 15 años y más con síntomas respiratorios	Baciloscopía a personas con tos productiva por 15 días o más	0306301
Mujeres de 25 a 64 años	Cáncer Cervicouterino, Prevención en Mujeres de 25 a 64 años	Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical	0308309
Personas de 40 y más años	Dislipidemia, Prevención en Personas de 40 años y más	Medición de colesterol total	0302367
Mujeres de 50 a 59 años	Cáncer de Mama, Prevención en Mujeres de 50 a 59 años	Mamografía cada 3 años	0401310
Adultos de 65 y más años	Autonomía Funcional en Personas de 65 años y más	Cuestionario estandarizado, Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM)	0108105

Título X: Instrucciones de envío de información sobre redes de prestadores⁷⁵ GES

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

Información de Prestadores

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

1. Características Generales del Archivo

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	PRESTADORES GES EN CONVENIO
Nombre computacional Archivo	<p>Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: el nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia (Link de códigos de Isapres: http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-2528.html) ▪ AAAA: año en que se informa ▪ MM: mes en que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse "075"
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea (para cada Intervención – prestación) ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	<p>La aseguradora deberá informar en este archivo, los convenios GES vigentes con prestadores institucionales e individuales, según el Decreto Supremo que corresponda, por cada intervención sanitaria y prestación o grupos de prestaciones correspondiente.</p> <p>Este archivo contendrá entre otra información, aquella relacionada con el período de vigencia del convenio con_el prestador GES (fecha de</p>

⁷⁵ Título modificado por la Circular IF N°307, de 30.01.2018

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

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	información sea incorporada en el campo que corresponda.
Información contenida en los registros del Archivo ⁷⁶	<p>Cada registro del archivo corresponderá a un prestador convenido GES para un problema de salud, intervención sanitaria y prestación o grupo de prestaciones correspondiente.</p> <p>La codificación que se utilizará para informar cada Problema de Salud, Intervención Sanitaria y Prestación o Grupo de prestaciones, está asociada al Decreto Supremo vigente y relacionado con la información que solicita esta Superintendencia en el ámbito de las GES, esto es, el Anexo N° 4 ("Codificación de Problema de Salud") y el Anexo N° 6 ("Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones"), con una codificación única para los distintos archivos relacionados a las garantías explícitas.</p> <p>El Anexo N° 4 emplea como códigos los números asignados a los problemas de Salud GES según el Decreto Supremo que se encuentre vigente.</p> <p>Ambos Anexos (4 y 6) podrán ser obtenidos y consultados en la red "Extranet" de esta Superintendencia.</p> <p>Respecto a la información relativa al grupo de prestaciones, se debe aclarar que en caso que el prestador convenido otorgue sólo algunas de las prestaciones del grupo, se deberá informar de igual manera el código asignado al grupo de prestaciones -según el anexo correspondiente- y adicionalmente, se deberá llenar el campo "Prestaciones en convenio" que presenta un desglose de las prestaciones efectivamente convenidas. De esta forma, se concluirán cuáles son las prestaciones unitarias exceptuadas del convenio.</p> <p>Finalmente, para aquellos Prestadores Institucionales que no cuenten con el código DEIS, se hará exigible a las isapres el llenado de</p>

⁷⁶ Modificado por la Circular IF N°339, 07.10.2019

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

2. Estructura Computacional

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

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

3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Período de Información	<p>Corresponde al mes y año en que se envía la información. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM= mes y AAAA= año.</p> <p>Este archivo contendrá únicamente los prestadores en convenio por cada prestación o grupos de prestaciones asociada a la intervención sanitaria y Problema de salud GES, del mes que se está informando.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
03	Problema de Salud ⁷⁷	<p>Corresponde al código de la enfermedad o condición de salud, asociada al prestador convenido GES que se informa. Dichos códigos se encuentran definidos en el Anexo N°4. "Codificación de Problema de Salud", dispuesto en la Extranet de esta Superintendencia.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Valores posibles: Los códigos definidos en el Anexo N°4. ▪ Debe informarse siempre.
04	Tipo de Intervención Sanitaria ⁷⁸	<p>Se refiere a la codificación del tipo de intervención sanitaria, asociada al código del grupo de prestaciones GES que se informa. Dichos códigos se encuentran definidos en el Anexo N°6 "Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones", dispuesto en la Extranet de esta Superintendencia.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Alfabético. ▪ Valores posibles: Los códigos definidos en el Anexo N°6. ▪ Debe informarse siempre.
05	Código de Grupo de Prestación Principal (GPP) GES ⁷⁹	<p>Se refiere a la codificación del grupo de prestaciones GES que se informa. Dichos códigos se encuentran definidos en el Anexo N°6. "Codificación de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones"</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Valores posibles: Los códigos definidos en el Anexo N°6. ▪ Debe informarse siempre.

⁷⁷ Campo modificado por la Circular IF N°339, 07.10.2019

⁷⁸ Campo modificado por la Circular IF N°339, 07.10.2019

⁷⁹ Campo modificado por la Circular IF N°339, 07.10.2019

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
06	Prestaciones en convenio ⁸⁰	<p>Corresponde al desglose o detalle de las prestaciones unitarias que se otorgan de acuerdo al convenio suscrito con el prestador. Respecto a la información relativa a este campo, <u>se debe informar solo en caso que el prestador convenido otorgue algunas de las prestaciones del grupo</u>. De esta forma, se concluirán cuáles son las prestaciones unitarias exceptuadas del convenio.</p> <p><u>Por ejemplo:</u> si el convenio suscrito con el prestador sólo contempla Consulta integral de especialidades en Ginecología y Obstetricia CDT (0101108) y ecotomografía doppler de vasos placentarios (0404122), se deberá informar: 0101108; 0404122</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo Multivalor (separados por punto y coma) ▪ Debe informarse siempre. ▪ Si el prestador convenido otorga todas las prestaciones del grupo, se debe informar N/A. <p>Las prestaciones unitarias GES, se informarán de acuerdo al código asignado por esta Superintendencia al Listado de Prestaciones Específicas, correspondiente al Decreto Supremo vigente en el mismo orden y estructura. Tal listado se encontrará disponible en la Extranet de esta Superintendencia.</p> <p>Se deberá utilizar el mismo orden y estructura.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>0101101: corresponde a Consulta o Control Médico Integral</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente.</p>

⁸⁰ Campo modificado por la Circular IF N°339, 07.10.2019

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>En caso de tratarse de prestaciones sin códigos GES, se debe incluir los códigos del Arancel FONASA MLE, los códigos propios de las Isapres y los códigos definidos por esta Superintendencia de Salud para las prestaciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El uso de Pabellones Quirúrgicos o Salas de Procedimientos deberá informarse con los códigos adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo: 0000001 = Sala de Procedimientos 1. 0000002 = Sala de Procedimientos 2. 0000014 = Derecho de Pabellón 14. ▪ Los Insumos y Materiales Clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000. ▪ Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000. • Las Prestaciones Dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000. • Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000. • Las Drogas Inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000.
07	Fecha Inicio vigencia del convenio	<p>Corresponde a la fecha (día, mes y año) en que se da inicio al período de vigencia del convenio con el prestador institucional o individual.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD= día, MM= mes y AAAA= año.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Debe utilizarse carácter separador de dígitos (DDMMAAAA) ▪ Debe informarse siempre.
08	Fecha Término vigencia del convenio	<p>Corresponde a la fecha (día, mes y año) del término del período de vigencia del convenio con el prestador institucional o individual, la que se informa sólo en la fecha en que ocurre. En caso que no haya finalizado el convenio, se debe registrar el código 01013000.</p> <p><u>Por ejemplo:</u> En el caso que el convenio tenga fecha de término en el mes de marzo 2020, en el Archivo Maestro correspondiente a dicho mes y año en particular, se deberá informar el término del convenio y no antes, aun cuando se encuentre en conocimiento de la Isapre.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD= día, MM= mes y AAAA= año.</p> <p><u>Cualquier suspensión, interrupción temporal o término anticipado del convenio, que se produzca antes de la fecha establecida contractualmente y con anterioridad a la fecha de envío del archivo-sin importar su naturaleza- se deberá seguir con las indicaciones establecidas en el recuadro "Información contenida en el Archivo", del punto 1 "Características Generales del Archivo" de la presente instrucción.</u></p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Debe utilizarse carácter separador de dígitos (DDMMAAAA) ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
09	Región del Convenio	<p>Corresponde al código de la región donde el Prestador institucional o individual en convenio otorgará las prestaciones de salud garantizadas.</p> <p>La información correspondiente al domicilio o ubicación geográfica del prestador se informará en el campo 18 "Región del Prestador (individual o institucional)".</p> <p>Deberán informarse tantos registros como regiones tenga convenida la Isapre para una determinada prestación o grupo de prestaciones.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Valores posibles: Según codificación INE. ▪ Debe informarse siempre.
10	Tipo de prestador	<p>Identifica el tipo de prestador que otorgará las atenciones de salud que se informan, en cuanto a si corresponde una persona natural o a un establecimiento asistencial.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia se deberán usar los siguientes valores:</p> <p>1: Prestador Institucional. 2: Prestador Individual.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Valores posibles: 1 ó 2. ▪ Debe informarse siempre.
11	RUT del Prestador (individual o institucional)	<p>Corresponde al RUT del prestador institucional convenido GES (<i>incluye las sociedades médicas</i>) o RUT del prestador individual que otorgó u otorgará la prestación o grupo de prestaciones que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Numérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.
12	DV del RUT del Prestador (individual o institucional)	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del prestador institucional (incluye sociedad médica) o RUT del prestador individual aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre.
13	Código DEIS del Prestador Institucional	<p>Corresponde a la codificación alfanumérica establecida por DEIS (Departamento Estadística e Información de Salud) del Ministerio de Salud para los establecimientos de salud.</p> <p>En aquellos casos que se informe el código DEIS para identificar al Prestador Institucional, no será necesario llenar los campos "Nombre del Prestador Institucional" y "Razón social del Prestador Institucional". Esta información estará disponible en la Extranet para su descarga y constante actualización.</p> <p>De no existir codificación DEIS, para el prestador institucional que se informa, corresponderá registrar 0 (cero).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Valores posibles: Según codificación del DEIS- MINSAL ó 0 (cero). ▪ Debe informarse siempre.
14	Nombre del Prestador Institucional	<p>Corresponde al nombre comercial asociado al RUT del prestador institucional que se informa.</p> <p>En caso que se trate de prestadores que operan a través de varias sucursales, en una ciudad o a lo largo del país, el valor que se informe en este campo corresponderá a una concatenación entre el Nombre comercial y la Sucursal</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>respectiva. Ejemplo: Megasalud Ñuñoa, Megasalud Arica o Integramédica La Florida.</p> <p>En caso que la prestación o grupo de prestaciones no esté asociada a un prestador institucional, es decir, sólo a un prestador individual, deberá consignarse en este campo "NO APLICA".</p> <p>Corresponderá informar 0 (cero), cuando se consigne el código DEIS en el campo "Código DEIS del Prestador Institucional"</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Tipo mayúscula sin tilde. ▪ Nombre del prestador sin abreviaturas, puntos y guión. ▪ Valores posibles: Según Nombre comercial del Prestador Institucional, "No Aplica" ó 0 (cero) ▪ Debe informarse siempre.
15	Razón social del Prestador Institucional	<p>Corresponde a la razón social asociada al RUT del prestador institucional que se informa.</p> <p>En caso que la prestación o grupo de prestaciones no esté asociada a un prestador institucional, es decir, sólo a un prestador individual, deberá consignarse en este campo "NO APLICA".</p> <p>Corresponderá informar 0 (cero), cuando se consigne el código DEIS en el campo "Código DEIS del Prestador Institucional"</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Tipo mayúscula sin tilde. ▪ Nombre del prestador sin abreviaturas, puntos y guión. ▪ Valores posibles: Según Razón social del Prestador Institucional, "No Aplica" ó 0 (cero) ▪ Debe informarse siempre.
16	Dirección del Prestador (individual o institucional)	<p>Corresponde a la dirección del prestador institucional o individual en convenio: Avenida/Calle, número, oficina. Cada dato informado deberá concatenarse</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Tipo mayúscula sin tilde. ▪ Dirección del prestador sin abreviaturas, puntos y guión. ▪ Debe informarse siempre.
17	Comuna del Prestador (individual o institucional)	<p>Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el prestador institucional o individual, asociado a la prestación o grupo de prestaciones que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Valores posibles: Según codificación del INE. ▪ Debe informarse siempre.
18	Región del Prestador (individual o institucional)	<p>Corresponde al código INE de la región donde registra su domicilio el prestador institucional o individual, asociado a la prestación o grupo de prestaciones que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Numérico. ▪ Valores posibles: Según codificación INE. ▪ Debe informarse siempre.

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

I. Precio de las Garantías Explícitas en Salud en el sistema isapre ⁸¹

II. Fiscalización de las GES en las Isapres^{82 83}

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

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

Las⁸⁴ isapres deberán establecer los mecanismos de captura y registro de los datos requeridos por esta Intendencia y de toda aquella información que permita dar cuenta de la función que la Ley N°19.966 les asigna, en cuanto a las Garantías Explícitas en Salud. Asimismo, deberán estar en condiciones de entregar antecedentes de respaldo que acrediten los datos que se informan.

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

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

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

⁸¹ El numeral I fue derogado por la Circular IF/N°301, del 06.12.17

⁸² Número modificado por la Circular IF/N° 193, de 22 de febrero de 2013.

⁸³ Se actualiza número (introducción) para adaptarlo al Decreto que se encuentre vigente, según Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

⁸⁴ Se modifica introducción, de acuerdo a la Circular IF /N°310, de 06.02.2018

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

.1.3. Detalle de Casos GES para Garantía de Protección Financiera. ^{85 86}

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

1.4 Información relativa a la Garantía de Calidad. ⁸⁷

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

2. Llenado de los archivos⁸⁸

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

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

3. Envío y validación de la información

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

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

Los archivos deberán ser remitidos mensualmente a esta Intendencia, a más tardar, el día 20 del mes siguiente al que se informa. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

⁸⁵ Modificado por la Circular IF/N°231, de 06 de octubre de 2014.

⁸⁶ Punto modificado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

⁸⁷ Punto agregado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018

⁸⁸ Punto modificado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

ANEXO N° 1

SOLICITUDES DE ACCESO A LAS GES EN ISAPRES

1. Estructura Computacional

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

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

2. Características Generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Solicitudes de Acceso a las GES en Isapres.
Nombre computacional Archivo	<p>Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse "036"
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	Las Solicitudes de Acceso a las GES recepcionadas por la Isapre, independiente del estado de tramitación que ésta tenga al momento de informar a la Superintendencia (Resuelta, En Trámite) o de la Resolución que la Isapre haya adoptado sobre ella (Aceptación, Rechazo o Anulada).
Información contenida en los registros del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cada registro del Archivo corresponde a una Solicitud de Acceso a las GES.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Período de la información contenida en el Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitudes de Acceso a las GES recepcionadas por la Isapre desde el 1° de Julio 2008 <u>en adelante</u>. ▪ Solicitudes de Acceso a las GES que al 30 de Junio 2008 se encuentren recepcionadas y no resueltas por la Isapre.
Tipo de Archivo	<p>Archivo Acumulado: contendrá las Solicitudes de Acceso a las GES desde el 1° de Julio 2008 y se agregarán mensualmente las nuevas Solicitudes GES recepcionadas por la Isapre.</p> <p>Por ende, este archivo podrá contener solicitudes que se encuentren pendientes de resolución, provenientes de otros períodos de información.⁸⁹</p> <p>En virtud de lo anterior, también podrá comprender casos en que por ejemplo, los beneficiarios se encuentren recibiendo prestaciones en conformidad al D.S. anterior al que inicia su vigencia.⁹⁰</p> <p>Se deberá actualizar mensualmente - si corresponde - los campos asociados al proceso de tramitación de cada Solicitud de Acceso a las GES recepcionada por la Isapre que hayan presentado variación en el período que se informa. Los datos del beneficiario, cotizante o solicitante se actualizarán sólo si hay cambio en su identificación.</p>
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar todas las operaciones efectuadas por la Isapre hasta el último día hábil del mes al que corresponde la información.

⁸⁹ Se elimina fecha entre paréntesis (anteriores al 1° de julio de 2013), según Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

⁹⁰ Párrafo tercero reemplazado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Período al que se acumula la información	<p>Corresponde al mes y año al que se acumula la información histórica que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM= mes y AAAA= año.</p> <p>La información que se remita debe registrarse acumulada hasta el mes que se informa, actualizando mensualmente -si corresponde- los campos asociados al proceso de tramitación de cada Solicitud de Acceso a las GES recibida por la Isapre, que hayan presentado variación en dicho período.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre no podrá ser distinto al mes y año que se informa.
03	N° Correlativo Solicitud GES	<p>Corresponde al Folio correlativo con que la aseguradora identifica la Solicitud de Acceso a las GES que un beneficiario, o quien lo represente, efectúa en la Isapre.</p> <p>Si la aseguradora utiliza la Identificación Única GES (campo 32) como folio de cada solicitud, deberá repetir en este campo dicho valor.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
04	Fecha de Solicitud GES	<p>Corresponde a la fecha en que el beneficiario, o quien lo representa, solicita el acceso a las GES.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía.
05	Tipo de identificación del Solicitante GES	<p>Distingue si el Solicitante de las GES cuenta con RUN para identificarse.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación:</p> <p>1= El Solicitante posee Rol Único Nacional</p> <p>2= El Solicitante no posee Rol Único Nacional</p> <p>En caso que el solicitante no tenga RUN, deberá registrarse en este campo el valor 2. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 2 por 1.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2. ▪ Debe informarse siempre.
06	RUN Solicitante GES	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), de quien solicita el acceso a las GES, sea para sí mismo o en representación de un tercero.</p> <p>En caso que el Solicitante no tenga RUN, deberá registrarse en este campo el valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa (campo 08).</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 05 (Tipo de identificación del Solicitante GES) registra valor 2, este campo deberá registrar un valor 0 (cero). ▪ Si el campo 05 registra valor 1, este campo deberá registrar valor distinto de 0 (cero).
07	DV del RUN del Solicitante GES	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Solicitante de las GES (campo 06) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso que el Solicitante no posea RUN, deberá registrarse valor X.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 06 (RUN Solicitante GES) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 06 registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
08	Identificación alternativa del Solicitante GES	<p>Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir al Solicitante GES, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación.</p> <p>Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Ej.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación alternativa Isapre: rn14125-k • Valor a informar: rn14125 <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 06), <u>manteniendo</u> la</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Identificación alternativa asignada y registrada en este campo.</p> <p>Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Solicitante GES nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si al Solicitante GES se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al Solicitante GES nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
09	Tipo de identificación del Cotizante	<p>Distingue si el Cotizante cuenta con RUN para identificarse.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación:</p> <p>1= El Cotizante posee Rol Único Nacional 2= El Cotizante no posee Rol Único Nacional</p> <p>En caso que el cotizante no tenga RUN, deberá registrarse en este campo el valor 2. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 2 por 1.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1,2. ▪ Debe informarse siempre.
10	RUN Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) del afiliado, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel) y al cual se asocia el beneficiario al momento de efectuar la Solicitud de Acceso a las GES.</p> <p>En caso que el Cotizante no tenga RUN, deberá registrarse valor 0 (cero) y la aseguradora deberá asignarle una identificación alternativa (campo 12).</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 09 (Tipo de identificación del Cotizante) registra valor 2, este campo deberá registrar un valor 0 (cero). ▪ Si el campo 09 registra valor 1, este campo deberá registrar valor distinto de 0 (cero).
11	DV del RUN del Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante (campo 10) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso que el Cotizante no posea RUN, deberá registrarse valor X.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 10 (RUN Cotizante) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 10 registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
12	Identificación alternativa del Cotizante	<p>Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir al Cotizante, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación.</p> <p>Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Ej.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificación alternativa Isapre: rn14125-k ● Valor a informar: rn14125

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 10), <u>manteniendo</u> la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo.</p> <p>Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si al cotizante se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al cotizante nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
13	Tipo de Identificación del Beneficiario	<p>Distingue si el Beneficiario cuenta con RUN para identificarse.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación:</p> <p>1= El Beneficiario posee Rol Único Nacional 2= El Beneficiario no posee Rol Único Nacional</p> <p>En caso que el beneficiario no tenga RUN, deberá registrarse en este campo el valor 2. Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 2 por 1.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1,2. ▪ Debe informarse siempre.
14	RUN Beneficiario	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario - cotizante o carga - que recibirá los beneficios de las GES.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>En caso de aquellos beneficiarios que no posean RUN (incluidos los No Natos), deberá informarse en este campo el valor 0 (cero).</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 13 (Tipo de identificación del Beneficiario) registra valor 2, este campo deberá registrar un valor 0 (cero). ▪ Si el campo 13 registra valor 1, este campo deberá registrar valor distinto de 0 (cero).
15	DV del RUN del Beneficiario	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario (campo 14) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso que el Beneficiario no posea RUN, deberá registrarse valor X.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 14 (RUN Beneficiario) registra valor 0 (cero), este campo debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 14 registra valor distinto de 0 (cero), se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11.
16	Identificación alternativa del Beneficiario	<p>Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir al Beneficiario, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Si la Identificación alternativa asignada por la aseguradora incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito. Ej.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación alternativa Isapre: rn14125-k • Valor a informar: rn14125 <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 14), <u>manteniendo</u> la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo.</p> <p>Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Beneficiario nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si al beneficiario se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si al beneficiario nunca se le ha asignado una identificación alternativa, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
17	Sexo del Beneficiario	<p>Corresponde al sexo del Beneficiario que recibirá los beneficios de las GES.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación:</p> <p>F = Femenino</p> <p>M = Masculino</p> <p>X = Beneficiarios No Natos</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: F, M, X. ▪ Debe informarse siempre.
18	Fecha Nacimiento del Beneficiario	<p>Corresponde a la fecha de nacimiento del beneficiario que recibirá los beneficios de las GES.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año.</p> <p>En caso que el beneficiario corresponda a un No Nato se informará el valor 01011800.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 17 (Sexo del Beneficiario) registra valor "X", este campo deberá registrar 01011800.
19	Problema de Salud	<p>Corresponde al código de la enfermedad o enfermedades, la condición de salud o del programa establecido, por el cual el beneficiario, o quien lo representa, solicita el acceso a las GES.</p> <p>El código a emplear está definido en función de la numeración que se contemple en el Decreto Supremo del MINSAL, que fija las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley N°19.966, y que se encuentre vigente.</p> <p>De esta manera, por ejemplo, al problema de salud "Insuficiencia Renal Crónica Terminal", se le deberá asignar el número 1. Asimismo, a la condición de salud "Retinopatía Diabética", le corresponderá el código número 31.</p> <p>⁹¹</p> <p>En caso que el diagnóstico por el cual se solicita el acceso a las GES no esté incluido en el Decreto Supremo que fija las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley N°19.966, que se encuentre vigente, se deberá consignar en este campo el valor 0 (cero).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico.

⁹¹ Párrafo cuarto referido a prematuridad, eliminado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valores posibles: 0 (cero) y los códigos definidos en el Anexo N° 4, de esta Circular.
20	Evento administrativo que respalda la Solicitud	<p>Corresponde a la condición del paciente registrada en el documento que el beneficiario, o quien lo representa, exhibe a la aseguradora al momento de solicitar el acceso a las GES.</p> <p>Dicho documento podrá corresponder a la certificación de la Sospecha o Confirmación Diagnóstica del Problema de Salud por el cual se solicita el acceso a las GES, sea en un certificado médico, Formulario de Notificación del Prestador u otro documento afín.</p> <p>En caso que el beneficiario o quien lo represente adjunte, al momento de solicitar el acceso a las GES, más de un documento de los mencionados, deberá informar a esta Superintendencia aquél que posea la fecha más cercana a la Fecha de Solicitud GES (campo 04).</p> <p>Como lo indica la definición, en este campo deberá informarse la condición del paciente: Sospecha o Confirmación Diagnóstica, que haya sido señalada en el documento presentado al momento de la solicitud. Asimismo, si el beneficiario o quien lo represente no adjunta algún documento de los mencionados, deberá registrarse el valor X (No Aplicable) en este campo. De igual manera corresponderá informar este valor si el documento que presenta el beneficiario al solicitar el acceso a las GES indica que se encuentra en tratamiento o seguimiento.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar la siguiente codificación:</p> <p>S = Sospecha C = Confirmación Diagnóstica X = No Aplicable</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: S, C y X. ▪ Debe informarse siempre.
21	Fecha del Evento Administrativo que respalda la Solicitud	<p>Corresponde a la fecha en que ocurrió el evento administrativo que respalda la solicitud de acceso a las GES.</p> <p>En caso que el beneficiario o quien lo represente no adjunte algún documento (Evento Administrativo) al momento de solicitar el acceso a las GES, deberá</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>registrarse el valor 01011800. De igual manera corresponderá informar este valor si el documento presentado indica que el beneficiario se encuentra en tratamiento o seguimiento.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 20 (Evento Administrativo que respalda la Solicitud) registra valor "X", este campo deberá registrar el valor 01011800. ▪ Si el campo 20 registra valor "S" o "C", este campo deberá registrar un valor distinto de 01011800. En este caso, el valor no podrá ser mayor al del campo 04 (Fecha de Solicitud GES).
22	Resolución de la Aseguradora	<p>Corresponde al resultado de la evaluación realizada por la aseguradora a la solicitud de acceso a las GES efectuada por el beneficiario o quien lo represente.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia el resultado de la solicitud de acceso o el estado en que se encuentra, a la fecha de cierre de la información que se envía (<u>definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo</u>), se deberán utilizar los siguientes valores:</p> <p>A = Aceptación R = Rechazo E = En trámite N = Anulación</p> <p>Se utilizará el valor "E" cuando, a la fecha de cierre de la información que se envía, la aseguradora no haya resuelto la solicitud respectiva.</p> <p>Asimismo, se utilizará el valor "N" en los casos en que la aseguradora haya anulado una solicitud por contener errores en su tramitación y mantenga registros de éstas.</p> <p>El valor de este campo se actualizará si la solicitud fue informada inicialmente "En trámite". Asimismo, el valor de</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>este campo podrá ser modificado si la aseguradora decidiera anular una solicitud resuelta, por contener errores administrativos en su tramitación.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: A, R, E y N. ▪ Debe informarse siempre.
23	Fecha de resolución de la Aseguradora	<p>Corresponde a la fecha en que la aseguradora finalizó la evaluación realizada a la solicitud de acceso a las GES presentada por el beneficiario o quien lo represente.</p> <p>Se entenderá por finalizada la evaluación de la solicitud, cuando la aseguradora haya verificado que el beneficiario cumple o no las condiciones para acceder a las GES.</p> <p>En caso que el beneficiario cumpla dichas condiciones, se entenderá que la solicitud está resuelta cuando, además, se haya designado al prestador.</p> <p>En caso que la aseguradora determine anular la solicitud por contener errores de tramitación, se deberá consignar la fecha en que se realizó dicha anulación.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año.</p> <p>En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información, tenga pendiente la resolución de la solicitud (campo 22 igual a "E"), deberá informar valor 01011800 para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor registrado no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía, ni anterior al 1° de Julio de 2008 (01072008), salvo que en este campo se registre el valor 01011800. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 22 (Resolución de la aseguradora) registra valor "E", este campo deberá informarse con valor 01011800. ▪ Si el campo 22 registra valor "A", "R" o "N", este campo deberá registrar un valor mayor o igual a

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		la fecha informada en el campo 04 (Fecha de Solicitud GES).
24	Causal de rechazo de la Solicitud por parte de la Aseguradora	<p>Corresponde al motivo por el cual la aseguradora rechaza la solicitud de acceso a las GES, efectuada por el beneficiario o quien lo represente.</p> <p>Para efectos de informar la causal de rechazo a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 = Patología o problema de salud del beneficiario no incluido en las GES. 2 = El Tipo de Intervención Sanitaria, Prestación o Grupo de Prestaciones que el beneficiario requiere no está(n) garantizada(s). 3 = Beneficiario no cumple condiciones definidas en la Garantía de Acceso del problema de salud por el cual solicita las GES. 4 = Beneficiario no cumple criterios de inclusión específicos del problema de salud por el cual solicita las GES. 5 = El solicitante no completó la entrega de documentos y/o antecedentes requeridos para la evaluación de la solicitud. 6 = Otra causal. <p>Para los correlativos 1 al 4 deberá considerarse lo dispuesto en el D.S. del MINSAL, que fija las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley N°19.966, y que se encuentre vigente.</p> <p>En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía (<u>definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo</u>), haya aceptado la solicitud de acceso a las GES (campo 22 igual a "A"), ésta se encuentra en trámite (campo 22 igual a "E") o haya sido anulada (campo 22 igual a "N"), se deberá informar valor 0 (cero).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5 y 6. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “A”, “E” ó “N”, este campo deberá informarse con valor 0 (cero). ▪ Si el campo 22 registra valor “R”, este campo deberá informarse con valor 1, 2, 3, 4, 5 ó 6.
25	Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora	<p>Indica si a la fecha de cierre de la información que se envía, la aseguradora ha informado al beneficiario o a quien lo represente, sobre el resultado de la evaluación realizada a la solicitud de acceso a las GES presentada.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores:</p> <p>S = Si N = No X = No Aplicable</p> <p>En caso que la Aseguradora haya aceptado la solicitud (campo 22 igual a “A”), la notificación incluirá la entrega de información relativa <u>al primer prestador designado por ésta.</u></p> <p>En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía (<u>definida en el punto 2 “Características Generales” de este Anexo</u>), no haya resuelto la solicitud (campo 22 igual a “E”) o la haya anulado por contener errores administrativos (campo 22 igual a “N”), se deberá informar el valor “X” (No Aplicable).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores Posibles: S, N, X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “E” o “N”, este campo deberá informarse con valor “X”. ▪ Si el campo 22 registra valor “A” o “R”, este campo deberá informarse con valor “S” o “N”.
26	Fecha de Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora	<p>Corresponde a la fecha en que la aseguradora informa al beneficiario o quien lo represente, sobre el resultado de la evaluación realizada a la solicitud de acceso a las GES.</p> <p>En caso que la resolución de la aseguradora sea “Aceptación”, el valor de este campo deberá corresponder</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>a la fecha en que informa la designación del primer prestador.</p> <p>En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía (<u>definida en el punto 2 “Características Generales” de este Anexo</u>), no haya resuelto la solicitud (campo 22 igual a “E”), la haya anulado (campo 22 igual a “N”) o estando resuelta, no la haya notificado aún al beneficiario o a quien lo represente (campo 25 igual a “N”), se deberá informar valor 01011800.</p> <p>El asegurador deberá estar en condiciones de entregar antecedentes que acrediten las gestiones realizadas para efectuar la notificación.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía, ni anterior al 1° de Julio de 2008 (01072008), salvo que en este campo se registre el valor 01011800. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor de este campo debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 23 (Fecha de Resolución de la Aseguradora). ▪ Si el campo 25 (Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora) posee valor “X” o “N”, este campo deberá informarse con valor 01011800. ▪ Si el campo 25 posee valor “S”, este campo deberá registrar un valor distinto de 01011800.
27	RUT Prestador Designado	<p>Corresponde al RUT del <u>primer prestador designado</u> por la aseguradora para otorgar al beneficiario las Prestaciones o Grupo de Prestaciones asociadas al problema de salud garantizado por el cual se solicitó el acceso a las GES.</p> <p>En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía (<u>definida en el punto 2 “Características Generales” de este Anexo</u>), haya rechazado la solicitud de acceso a las GES (campo 22 igual a “R”), ésta se encuentre en trámite (campo 22 igual a “E”)</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>ó haya sido anulada (campo 22 igual a "N"), se deberá informar valor 0 (cero).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 22 (Resolución de la aseguradora) registra valor "R", "E" o "N", este campo deberá informarse con valor 0 (cero). ▪ Si el campo 22 registra valor "A", este campo deberá informarse con valor distinto de 0 (cero).
28	DV del RUT del Prestador Designado	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador Designado (campo 27) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía, haya rechazado la solicitud de acceso a las GES (campo 22 igual a "R"), ésta se encuentra en trámite (campo 22 igual a "E") ó haya sido anulada (campo 22 igual a "N"), se deberá informar valor X.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 27 (RUT Prestador Designado) registra valor 0 (cero), este campo deberá registrar el valor X. ▪ Si el campo 27 registra valor distinto de 0 (cero) se validará la consistencia del valor registrado, en este campo, por medio de la rutina Módulo 11.
29	Nombre Prestador Designado	<p>Corresponde al Nombre o Razón Social del <u>primer prestador designado</u> por la aseguradora para otorgar al beneficiario las Prestaciones o Grupo de Prestaciones asociadas al problema de salud garantizado por el cual se solicitó el acceso a las GES, cuyo RUT se encuentra detallado en el campo 27 (RUT Prestador Designado).</p> <p>En el caso que corresponda registrar prestadores que operan a través de varias sucursales, en más de una ciudad a lo largo del país, el valor que se informe en este campo</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>corresponderá a una concatenación entre el Nombre o Razón Social y la Sucursal respectiva. Ejemplo: Megasalud Ñuñoa, Megasalud Arica o Integramédica La Florida.</p> <p>En caso que la aseguradora, a la fecha de cierre de la información que se envía (<u>definida en el punto 2 “Características Generales” de este Anexo</u>), no haya designado Prestador al beneficiario (campo 27 igual a 0), este campo deberá informarse en blanco.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 27 (RUT Prestador Designado) registra valor 0 (cero), este campo debe informarse en blanco.
30	Resolución del Beneficiario	<p>Corresponde a la decisión adoptada por el beneficiario o quien lo represente, una vez conocida la resolución de la aseguradora respecto de la solicitud de acceso a las GES efectuada.</p> <p>Si el beneficiario cambiara la decisión inicialmente adoptada, <u>el valor previamente registrado en este campo no deberá modificarse, salvo que la solicitud se anule con posterioridad.</u></p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores:</p> <p>A = Aceptación R = Rechazo P = Pendiente X = No Aplicable</p> <p>En caso que la aseguradora, a la fecha de la información que se envía (<u>definida en el punto 2 “Características Generales” de este Anexo</u>), no haya notificado la resolución aún al beneficiario o quien lo represente (campo 25 igual a “N”) o habiéndolo notificado (campo 25 igual a “S”), el beneficiario no manifiesta su resolución, se deberá informar el valor “P”.</p> <p>En caso que no corresponda notificar la resolución de la aseguradora, por no estar aún resuelta la Solicitud GES o por haber sido anulada por existir errores en la misma (campo 25 igual a “X”), se deberá consignar el valor “X”, en este campo.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: A, R, P y X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 25 (Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora) registra valor "S", este campo deberá informarse con valor "A", "R" o "P". ▪ Si el campo 25 registra valor "N", este campo deberá informarse con valor "P". ▪ Si el campo 25 registra valor "X", este campo deberá informarse con el mismo valor ("X").
31	Causal de rechazo del Beneficiario	<p>Corresponde al motivo por el cual el beneficiario, o quien lo represente, rechaza el acceso a las GES <u>en los casos en que la aseguradora ha resuelto</u> la solicitud de acceso presentada.</p> <p>Sólo se registrará información en este campo si el beneficiario o quien lo represente haya rechazado la resolución adoptada por la aseguradora (campo 30 igual a "R"). En cualquier otro caso (campo 30 igual a "A", "P" o "X"), deberá registrarse un 0 (cero). De igual manera, corresponderá registrar el valor 0 cuando la aseguradora haya rechazado la solicitud de acceso (campo 22 igual a "R").</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = Beneficiario rechaza el Prestador Designado por la aseguradora.</p> <p>2 = Beneficiario prefiere cobertura financiera de su plan complementario.</p> <p>3 = Otra causal.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor "A" y el campo 30 (Resolución del

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Beneficiario) registra valor "R", este campo deberá informarse con valor 1, 2 ó 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 30 registra valor "A", "P" o "X", este campo deberá informarse con valor 0 (cero). ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor "R", este campo deberá informarse con valor 0 (cero).
32	Identificación Única GES	<p>Corresponde a la identificación única que otorga la aseguradora a cada caso GES, es decir, a cada solicitud de acceso a las GES presentada por un beneficiario y aceptada por la aseguradora.</p> <p>La identificación estará compuesta por el código de la aseguradora (campo 01) seguida por el correlativo único asignado para el caso GES en particular.</p> <p>Ejemplos:</p> <p>(a) Identificación Única GES = 10702 <u>Dónde:</u> 107 = Código aseguradora 02 = Evento N° 2 de acuerdo al correlativo asignado por la aseguradora a los eventos GES.</p> <p>(b) Identificación Única GES = 06310 <u>Dónde:</u> 063 = Código aseguradora 10 = Evento N° 10 de acuerdo al correlativo asignado por la aseguradora a los eventos GES.</p> <p>En caso que, a la fecha de cierre de la información (<u>definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo</u>), la solicitud de acceso a las GES presentada por el beneficiario o quien lo represente haya sido rechazada (campo 22 igual a "R"), anulada (campo 22 igual a "N") o se encuentre en trámite por parte de la aseguradora (campo 22 igual a "E"), deberá registrarse un 0 (cero) en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “R”, “E” o “N”, este campo deberá informarse con valor 0 (cero). ▪ Si el campo 22 registra valor “A”, este campo deberá registrar un valor distinto de 0 (cero), donde los tres primeros dígitos de esta identificación deberá corresponder al código de la aseguradora registrado en esta Superintendencia (campo 01).
33	Diagnóstico del Beneficiario	<p>Corresponde al código que identifica el Diagnóstico del Caso GES que se informa.</p> <p>Este campo deberá informarse para todos aquellos Casos GES iniciados a partir del 1° de julio del 2013, y su valor deberá actualizarse, en la medida que se modifique el diagnóstico del Beneficiario en el transcurso de su proceso de atención, debiendo la Aseguradora registrar el código del último diagnóstico que posea el Beneficiario.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar la Clasificación internacional de Enfermedades N°10 (CIE-10).</p> <p>En caso que, a la fecha de cierre de la información <u>(definida en el punto 2 “Características Generales” de este Anexo)</u>, la solicitud de acceso a las GES presentada por el beneficiario o quien lo represente haya sido rechazada (campo 22 igual a “R”), anulada (campo 22 igual a “N”) o se encuentre en trámite por parte de la aseguradora (campo 22 igual a “E”), o el Caso GES se haya iniciado antes del 1° de julio del 2013, deberá registrarse un 0 (cero) en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse con todos los caracteres definidos en el CIE-10, incluyendo puntos o símbolos especiales. ▪ Valores posibles: 0 y los códigos del CIE-10. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 23 (Fecha de Resolución de la Aseguradora) es menor al 1° de julio del 2013, este campo deberá informarse con 0 (cero). ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “R”, “E” o “N”, este campo deberá informarse con valor 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 23 (Fecha de Resolución de la Aseguradora) es mayor o igual al 1° de julio del 2013, y el campo 22 registra valor "A", deberá registrar un valor distinto de 0 (cero).
34	Rama del Problema de Salud	<p>Corresponde al Código que identifica la subdivisión del Problema de Salud del Caso GES que se informa.</p> <p>Deberá registrarse un valor en este campo, en aquellos Casos GES que se refieran a los Problemas de Salud N° 9, 14 y 45 que posean garantías de oportunidad vigentes. Asimismo, deberá informarse en todos los casos iniciados a partir del 1° de julio de 2013 de estos Problemas de Salud.</p> <p>En cualquier otro caso, se registrará valor 0 (cero).</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = Disrafia Abierta 2 = Disrafia Cerrada 3 = Leucemia 4 = Linfomas y Tumores Sólidos 5 = Leucemia Aguda 6 = Leucemia Crónica</p> <p>Adicionalmente, el valor de este campo deberá actualizarse, en la medida que se modifique el diagnóstico del Beneficiario en el transcurso de su proceso de atención.</p> <p>En caso que, a la fecha de cierre de la información (<u>definida en el punto 2 "Características Generales" de este Anexo</u>), la solicitud de acceso a las GES presentada por el beneficiario o quien lo represente haya sido rechazada (campo 22 igual a "R"), anulada (campo 22 igual a "N") o se encuentre en trámite por parte de la aseguradora (campo 22 igual a "E"), deberá registrarse un 0 (cero) en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5 y 6. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 19 (Problema de Salud) registra valor distinto de 9, 14, y 45, o el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “R”, “E” o “N”, este campo deberá informarse con valor 0 (cero).
35	Estado del Caso GES	<p>Indica la situación en la que se encuentra el Caso GES que se informa, respecto a la gestión administrativa que efectúa la Aseguradora.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores:</p> <p>A = Activo C = Cerrado X = No Aplicable</p> <p>Adicionalmente, el valor de este campo deberá actualizarse, en la medida que se modifique el estado del Caso GES que se informa, debiendo la Aseguradora registrar dicho estado a la fecha de cierre de la información.</p> <p>En caso que, a la fecha de cierre de la información (<u>definida en el punto 2 “Características Generales” de este Anexo</u>), la solicitud de acceso a las GES presentada por el beneficiario o quien lo represente haya sido rechazada (campo 22 igual a “R”), anulada (campo 22 igual a “N”) o se encuentre en trámite por parte de la aseguradora (campo 22 igual a “E”), deberá consignarse el valor “X” en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético. • Valores posibles: A, C y X. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “R”, “E” o “N”, este campo deberá informarse con valor “X”. • Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor “A”, este campo deberá registrar valor A o C.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
36	Causal de Cierre del Caso GES ⁹²	<p>Corresponde al motivo por el cual la Aseguradora efectúa el cierre de la administración del Caso GES, en virtud de las causales definidas en las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las GES (MINSAL).⁹³</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberán utilizar los siguientes valores:</p> <p>1= Término del tratamiento 2= Por rechazo al prestador o al tratamiento 3= Fallecimiento 4= Cambio de previsión del sistema de atención de salud (asegurador) 5= No cumple criterios de inclusión 6= Exclusión por protocolo o guías clínicas 7= Tres inasistencias a citaciones efectivas y registradas 8= Otra causa expresada por el paciente</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 35 (Estado del Caso GES) registra valor "A" o "X", este campo deberá informarse con valor 0 (cero). • Si el campo 35 registra valor "C", este campo deberá registrar valor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

4. Validadores Adicionales de Consistencia

4.1. Consistencia con el mismo archivo

⁹² Modificado por la Circular IF/N°231, de 06 de octubre de 2014

⁹³ Decreto 45 del MINSAL, fecha promulgación: 26.07.2013; fecha publicación 22.11.2013

- Cada registro del archivo corresponderá a una Solicitud de Acceso a las GES. Para estos efectos se entenderá por Solicitud:
 - La combinación de los campos 14, 19 y 04 (RUN Beneficiario, Problema de Salud y Fecha de Solicitud GES, respectivamente) cuando el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) sea igual a 1.
 - La combinación de los campos 16, 19 y 04 (Identificación Alternativa del Beneficiario, Problema de Salud y Fecha de Solicitud GES, respectivamente) cuando el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) sea igual a 2.
- Para cada registro se validará la consistencia entre los campos 22, 23, 24, 25, 26, 30 y 31 (Resolución de la Aseguradora, Fecha de Resolución de la Aseguradora, Causal de Rechazo de la Solicitud por parte de la Aseguradora, Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora, Fecha de Notificación al Beneficiario de la Resolución de la Aseguradora, Resolución del Beneficiario y Causal de Rechazo del Beneficiario) considerando las “Validaciones de consistencia con otros campos” definidas para cada de ellos.
- Cada caso GES debe estar asociado a un valor único para el campo 32 (Identificación Única GES), en los casos en que la Solicitud de Acceso se encuentre aceptada por la Aseguradora. Para estos efectos se entenderá por Caso GES a:
 - La combinación de los campos 03, 14 y 19 (N° Correlativo Solicitud GES, RUN Beneficiario y Problema de Salud, respectivamente) cuando el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) sea igual a 1.
 - La combinación de los campos 03, 16 y 19 (N° Correlativo Solicitud GES, Identificación Alternativa del Beneficiario y Problema de Salud, respectivamente) cuando el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) sea igual a 2.

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

- Cada caso GES mantendrá su identificación a lo largo del tiempo. La verificación de esta condición se realizará de la siguiente manera:
 - Cuando el caso GES que se informe registre valor 1 en el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) y en períodos anteriores haya registrado el mismo valor, se verificará que los campos 32, 14 y 19 (Identificación Única GES, RUN Beneficiario y Problema de Salud, respectivamente), registren - en el período que se informa- los mismos valores que en el período anterior.
 - Cuando el caso GES que se informe registre valor 2 en el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) y en períodos anteriores haya registrado el mismo valor, se verificará que los campos 32, 16 y 19 (Identificación Única GES, Identificación Alternativa del Beneficiario y Problema de Salud, respectivamente), registren –en el período que se informa- los mismos valores que en el período anterior.
 - Cuando el caso GES que se informe registre valor 1 en el campo 13 (Tipo de Identificación del Beneficiario) y en algún período anterior haya registrado valor 2, se verificará que los campos 32, 16 y 19 (Identificación Única GES,

Identificación Alternativa del Beneficiario y Problema de Salud, respectivamente), registren –en el período que se informa- los mismos valores que en el período anterior.

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

4.2. Consistencia con otros archivos

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

ANEXO N° 2

DETALLE DE CASOS GES PARA GARANTÍA DE OPORTUNIDAD ⁹⁴

1. Estructura Computacional

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Período de Información	Numérico

⁹⁴ En suspensión Circular IF 339 de 07.10.2019
(desde jun 2016, Oficio Circular IF N°17 de 22.06.2016)

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

2. Características Generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Detalle de Casos GES para Garantía de Oportunidad
Nombre computacional Archivo	<p>Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: el nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse "038"
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	Las prestaciones, grupos de prestaciones o eventos administrativos que hayan sido efectivamente otorgados a un beneficiario y que sean hitos que marcan el inicio o término del plazo establecido en alguna de las garantías de

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	<p>oportunidad asociadas al problema de salud por el cual el beneficiario se atiende. Las garantías de oportunidad sobre las cuales se requiere para este archivo que el asegurador informe los hitos y sus fechas y horas de otorgamiento, se circunscriben a las identificadas en el Anexo N° 5.</p> <p>La aseguradora deberá informar <u>en este archivo la fecha y/u hora de realización de cada hito en el momento en que tome conocimiento de dicha situación</u>, pudiendo informar el hito de término sin haber informado el hito de inicio de la garantía respectiva, si es que la aseguradora obtiene los datos requeridos del primero (hito de término) antes que los del segundo (hito de inicio) o viceversa.</p> <p>En los casos en que un hito sea, al mismo tiempo, inicio y término de distintas garantías de un mismo problema de salud, dicho hito se registrará sólo una vez en este archivo.</p> <p>Para informar aquellos hitos asociados a prestaciones que se estén otorgando en conformidad al Decreto Supremo N°1/2010, a la fecha de vigencia del D.S. N°4/2013-situación prevista en el artículo 18 del citado D.S. N°4/2013-se deberá emplear el Anexo N°5A. Lo señalado, sólo hasta que se cumpla con la condición de término de la intervención sanitaria según lo contemplado en el mismo artículo, en cuyo caso se deberá comenzar a utilizar el Anexo N°5.</p> <p>El Anexo 5A también podrá emplearse para informar <u>excepcionalmente</u>, aquellos casos relacionados a prestaciones otorgadas con anterioridad al 1 de julio de 2013, que la isapre informará extemporáneamente a la Superintendencia por no contar en su oportunidad con la información respectiva.</p>
<p>Información contenida en los registros del Archivo</p>	<p>Cada registro del Archivo corresponderá a un hito para la contabilización del plazo de las garantías de oportunidad definidas para el problema de salud del beneficiario. El hito podrá corresponder a una prestación, grupo de prestaciones o evento administrativo. La codificación que se utilizará para informar cada hito, se encuentra en el Anexo N°5, asociado a la garantía de oportunidad respectiva.</p> <p>De presentarse aquella situación especial contemplada en el artículo 18 del D.S N°4/2013, que dice relación con que beneficiarios se</p>

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

3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Período de Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM= mes y AAAA= año.</p> <p>Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información. Excepcionalmente se podrán agregar datos de períodos anteriores al que corresponde enviar -como por ejemplo, aquellos provenientes de casos relacionados con la situación especial contemplada en el artículo 18 del D.S. N°4/2013- siempre que no hubieran sido remitidos anteriormente a la Superintendencia.</p> <p>En cualquiera de estos casos el valor que se informe en este campo será el mismo para todo el archivo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor no podrá ser distinto al mes y año que se informa. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.
03	Identificación Única GES	<p>Corresponde a la identificación única que le otorga la aseguradora a cada caso GES.</p> <p>Corresponderá registrar las identificaciones asociadas a solicitudes de acceso <u>aprobadas por la aseguradora y que registren prestaciones, grupos de prestaciones o eventos administrativos</u>, en el período que se informa, <u>siempre que éstos sean hitos de la garantía de oportunidad definidas en el Anexo N° 5</u> o 5A si correspondiere.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>La aseguradora deberá informar en este archivo la fecha de realización de cada hito <u>en el momento en que tome conocimiento de dicha situación.</u></p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre.
04	Problema de Salud	<p>Corresponde al código de la enfermedad o condición de salud, asociada al beneficiario cuya Identificación Única GES se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valores posibles: los códigos definidos en el Anexo N° 4. ▪ Debe informarse siempre.
05	Tipo de Intervención Sanitaria	<p>Se refiere a la codificación de la etapa de diagnóstico, tratamiento o seguimiento, que - combinada con el problema de salud, código grupo de prestaciones y/o con el código de prestación unitaria- identifican el hito de la garantía de oportunidad que se informa.</p> <p>La codificación que se utilizará para informar los hitos está definida en la columna “Intervención Sanitaria” del Anexo N° 5, para el problema de salud respectivo.</p> <p>De corresponder, se deberá emplear la codificación contemplada en el Anexo 5A, en virtud de lo señalado en el punto 2 “Características Generales” del archivo.</p> <p>En caso que el hito que se informa se refiera a un evento administrativo, corresponderá informar “X” (No Aplicable).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: D, T, S o X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 08 (Evento Administrativo) registra valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar valor “X”.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
06	Código Grupo de Prestaciones GES	<p>Se refiere a la codificación del grupo de prestaciones que – combinada con el problema de salud, código del tipo de intervención sanitaria y/o con el código de prestación unitaria - identifican al hito de la garantía de oportunidad que se informa.</p> <p>La codificación que se utilizará para informar los hitos de inicio o de término está definida en la columna “Grupo de Prestaciones” del Anexo N° 5, para el problema de salud respectivo.</p> <p>De corresponder, se deberá emplear la codificación contemplada en el Anexo 5A, en virtud de lo señalado en el punto 2 “Características Generales” del archivo.</p> <p>En caso que el hito que se informa se refiera a un evento administrativo, corresponderá informar un cero (0).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 y los códigos definidos en el Anexo N° 5 o 5A si correspondiere. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 08 (Evento Administrativo) registra valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar valor 0 (cero).
07	Código de Prestación Unitaria	<p>Se refiere a la codificación de la prestación unitaria que - combinada con el problema de salud, código del tipo de intervención sanitaria y con el del grupo de prestaciones- identifican al hito de la garantía de oportunidad que se informa.</p> <p>La codificación que se utilizará para informar los hitos de inicio o de término está definida en la columna “Prestación Unitaria” del Anexo N° 5, para el problema de salud respectivo.</p> <p>De corresponder, se deberá emplear la codificación contemplada en el Anexo 5A, en virtud de lo señalado en el punto 2 “Características Generales” del archivo.</p> <p>En caso que el hito que se informa se refiera a un evento administrativo o a un grupo de prestaciones, corresponderá informar un cero (0).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valores posibles: 0 y los códigos definidos en el Anexo N° 5 o 5A si correspondiere. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 08 (Evento Administrativo) registra valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar valor 0 (cero).
08	Evento Administrativo	<p>Corresponde a la codificación asignada a los sucesos referidos a actos administrativos-médicos o administrativos que tienen impacto en el proceso de atención del beneficiario, distintos de prestaciones de salud. Dicha codificación, combinada con el problema de salud identifican al hito de la garantía de oportunidad que se informa.</p> <p>Los eventos administrativos están identificados en el Anexo N° 5. De igual manera la codificación que se utilizará para informarlos está definida en la columna “Evento Administrativo” del Anexo N° 5, para el problema de salud respectivo.</p> <p>De corresponder, se deberá emplear la codificación contemplada en el Anexo 5A, en virtud de lo señalado en el punto 2 “Características Generales” del archivo.</p> <p>En caso que el hito que se informa se refiera a una prestación o grupo de prestaciones, corresponderá informar un cero (0).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 y los códigos definidos en el Anexo N° 5 o 5A si correspondiere. ▪ Debe informarse siempre.
09	Fecha otorgamiento de la prestación o realización del evento administrativo	<p>Corresponde a la fecha (día, mes y año) en que el beneficiario recibió efectivamente la prestación o grupo de prestaciones o le fue realizado el evento administrativo, correspondiente al hito de la garantía de oportunidad que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD= día, MM= mes y AAAA= año.</p> <p>En caso que el hito que se informa se refiera a prestaciones ambulatorias que son indicadas por el médico tratante en forma de ciclos, tal como la Kinesiterapia o Psicoterapia, se registrará la fecha en que se inició el ciclo al que se refiere el hito de inicio o de término.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor no podrá ser menor al 01 de Julio 2008 (01072008) ni mayor al último día del periodo de información que se envía.
10	Hora otorgamiento de la prestación o realización del evento administrativo	<p>Corresponde a la hora (hora y minutos) en que el beneficiario recibió efectivamente la prestación o grupo de prestaciones o le fue realizado el evento administrativo, correspondiente al hito de la garantía de oportunidad que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, se deberá utilizar el formato hh:mm, donde hh=hora y mm=minutos.</p> <p>Adicionalmente, se deberán considerar los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se deberá registrar la hora en este campo <u>sólo</u> en los casos en que el hito que se informa es parte de una garantía de oportunidad cuyo plazo se encuentra definido en horas y/o minutos, en el decreto supremo que se encuentre vigente. En cualquier otro caso, es decir, si la garantía posee plazo definido en días, semanas, meses o años, deberá registrarse el valor 99:99. • De igual manera y tratándose de prestaciones ambulatorias que son indicadas por el médico tratante en forma de ciclos, tal como la Kinesiterapia o Psicoterapia, se registrará la hora en que se inició el ciclo al que se refiere el hito de inicio o de término que se informa. <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: hh = 0 a 23 y 99; mm = 0 a 59 y 99. ▪ Debe utilizarse carácter separador “:”.
11	RUT Prestador	<p>Corresponde al RUT del prestador asociado a la prestación, grupo de prestaciones o evento administrativo, correspondiente al hito de la garantía de oportunidad que se informa.</p> <p>En caso que el evento administrativo que se informa sea el N°18 (Solicitud de Atención Oral) o N° 20 (Solicitud de Lentes), deberá registrarse en este campo el valor 0 (cero).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 08 (Evento Administrativo) registra valor 18 ó 20, en este campo se debe registrar el valor 0 (cero).
12	DV del RUT del Prestador	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador (campo 11) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso que el evento administrativo que se informa sea el N°18 (Solicitud de Atención Oral) o N° 20 (Solicitud de Lentes), deberá registrarse en este campo el valor "X".</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 08 (Evento Administrativo) registra valor 18 ó 20, en este campo se debe registrar el valor "X". ▪ Si el campo 11 (RUT Prestador) registra valor 0 (cero), en este campo se debe registrar el valor X. ▪ Si el campo 11 registra valor distinto de 0, se validará su consistencia por medio de la rutina Módulo 11.
13	Nombre del Prestador	<p>Corresponde al nombre o razón social asociada al RUT del Prestador, correspondiente al hito de la garantía de oportunidad que se informa.</p> <p>En el caso que se trate de prestadores que operan a través de varias sucursales, en una ciudad o a lo largo del país, el valor que se informe en este campo corresponderá a una concatenación entre el Nombre o Razón Social y la Sucursal respectiva. Ejemplo: Megasalud Ñuñoa, Megasalud Arica o Integramédica La Florida.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre.
14	Comuna del Prestador	<p>Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el prestador asociado a la prestación, grupo de prestaciones o evento administrativo, correspondiente al hito de inicio o de término de la garantía de oportunidad que se informa.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>En el caso que la aseguradora no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará que la comuna pertenezca a la región informada en el campo 15 (Región del Prestador).
15	Región del Prestador	<p>Corresponde al código de la región en que se encuentra el prestador asociado a la prestación, grupo de prestaciones o evento administrativo, correspondiente al hito de inicio o de término de la garantía de oportunidad que se informa.</p> <p>En el caso que la aseguradora no cuente con este dato, se deberá registrar en este campo el valor 0 (cero).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE. ▪ Debe informarse siempre.

4. Validadores Adicionales de Consistencia

4.1. Consistencia General del Archivo

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

Se entenderá por hito la combinación entre:

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

Dichas combinaciones son excluyentes entre sí.

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

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

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

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

4.2. Consistencia con otros Archivos

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

ANEXO N° 3
DETALLE DE CASOS GES PARA GARANTÍA DE PROTECCIÓN
FINANCIERA^{95 96}

1. Estructura Computacional⁹⁷

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

2. Características Generales

⁹⁵ Parte del archivo modificado por la Circular Circular IF/N°231, de 06 de octubre de 2014

⁹⁶ Nombre modificado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

⁹⁷ Estructura computacional reemplazada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Detalle de Casos GES para Garantía de Protección Financiera. ⁹⁸
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse “037”
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	Contendrá: Las prestaciones y/o grupo de prestaciones derivados de un problema de salud garantizado y su respectivo copago. ⁹⁹
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponderá a una prestación o un grupo de prestaciones derivado de un problema de salud garantizado en asociación con su respectivo copago. ¹⁰⁰
Período de información contenida en el Archivo	Las prestaciones y/o grupos de prestaciones registrados por la aseguradora desde el 1° de Julio 2013 para todos los casos GES vigentes , salvo situaciones de excepción, como por ejemplo, aquellos casos relacionados con el decreto anterior al que inicia su vigencia, así como también aquellos casos cuya información fue recibida extemporáneamente por la isapre. ¹⁰¹
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información. Excepcionalmente se podrán agregar datos de

⁹⁸ Descripción del Nombre del Archivo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

⁹⁹ Contenido reemplazado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

¹⁰⁰ Contenido reemplazado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

¹⁰¹ Contenido reemplazado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	períodos anteriores al que corresponde enviar, siempre que no hubieran sido remitidos anteriormente a la Superintendencia.
Periodicidad de envío	Mensual

3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Período de información ¹⁰²	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA=año.</p> <p>Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información. Excepcionalmente se podrán agregar datos de períodos anteriores al que corresponde enviar - como por ejemplo- aquellos provenientes de casos relacionados con el decreto anterior al que inicia su vigencia. Lo señalado, siempre que no hubieran sido remitidos anteriormente a la Superintendencia.</p> <p>En cualquiera de estos casos el valor que se informe en este campo será el mismo para todo el archivo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor no podrá ser distinto al mes y año que se informa. ▪ Todos los registros tendrán el mismo valor para este campo.

¹⁰² Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
03	Identificación Única GES	<p>Corresponde a la identificación única que le otorga la aseguradora a un caso GES.</p> <p>Corresponderá registrar las identificaciones asociadas a solicitudes de acceso aprobadas por la aseguradora y que registren prestaciones o grupo de prestaciones derivados del problema de salud GES.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre.
04	Problema de Salud	<p>Corresponde al código de la enfermedad o condición de salud, asociada al beneficiario cuya Identificación Única GES se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valores posibles: los códigos definidos en el Anexo N° 4. • Debe informarse siempre.
05	Tipo de Intervención Sanitaria ^{103 104}	<p>Se refiere a la codificación del Tipo de Intervención Sanitaria asociada al código del grupo de prestaciones que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: Z, D, Y, W, X, T, S, Q, U, R. <p>Donde:</p> <p>Z= Tamizaje D= Diagnóstico Y= Etapificación W= Confirmación y Etapificación X= Confirmación y Tratamiento T= Tratamiento S= Seguimiento Q= Sospecha</p>

¹⁰³ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

¹⁰⁴ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°339, de 07.10.2019.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		U= Pretratamiento R= Rehabilitación ▪ Debe informarse siempre.
06	Código Grupo de Prestación Principal (GPP) GES ^{105 106}	Se refiere a la codificación del grupo de prestaciones que se informa. Dichos códigos se encuentran definidos en el Anexo N°6, el que contempla además, las codificaciones empleadas para informar – si correspondiere- casos relacionados con el decreto anterior al que inicia su vigencia. El Anexo N° 6 se encontrará dispuesto para su uso en la Extranet de esta Superintendencia, debidamente actualizado según el Decreto que se encuentre vigente. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo Alfanumérico. ▪ Valores posibles: los códigos definidos en el Anexo N°6. ▪ Debe informarse siempre.
07	Código de Prestación Unitaria ^{107 108}	Se refiere a la codificación de la prestación unitaria que se informa, derivada de un problema de salud garantizado. La aseguradora deberá tener las siguientes consideraciones a efectos de informar a esta Superintendencia: <u>Prestaciones Garantizadas</u> En el caso de las prestaciones garantizadas, la aseguradora informará en este campo aquellas prestaciones unitarias que poseen codificación para el Listado de Prestaciones Específico que forma parte del Decreto que aprueba las GES, que se encuentre vigente al momento de la bonificación de la prestación, respetando su orden y estructura, sin el sufijo GES. Tal

¹⁰⁵ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

¹⁰⁶ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°339, de 07.10.2019.

¹⁰⁷ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

¹⁰⁸ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°339, de 07.10.2019.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>codificación será puesta a disposición por la Superintendencia mediante la Extranet.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente.</p> <p>En caso de tratarse de prestaciones sin códigos GES, se debe incluir los códigos del Arancel FONASA MLE, los códigos propios de las Isapres y los códigos definidos por esta Superintendencia de Salud para las prestaciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El uso de Pabellones Quirúrgicos o Salas de Procedimientos deberá informarse con los códigos adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> 0000001 = Sala de Procedimientos 1. 0000002 = Sala de Procedimientos 2. 0000014 = Derecho de Pabellón 14. ▪ Los insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000. ▪ Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000. ▪ Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000. ▪ Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000. ▪ Las Drogas Inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000. ▪ Las prestaciones que no se encuentran bajo ninguna de las denominaciones anteriores, deberán ser informadas según la codificación que le hubiera asignado la aseguradora.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>De verificarse casos en rezago correspondientes a aquéllos relacionados con el decreto anterior al que inicia su vigencia, cuyos grupos de prestaciones tengan periodicidad por ejemplo, “por control” se deberán detallar las prestaciones unitarias por las que la persona beneficiaria ha efectuado copago.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre.
08	Copago de la prestación ¹⁰⁹	<p>Corresponde a la contribución en pesos que efectuó el beneficiario -cotizante o carga- respecto de la prestación o grupo de prestaciones que se informa.</p> <p>En relación a las prestaciones incluidas en las GES, el valor que se informe en este campo deberá ser consistente con el que se registre en el campo “Forma de enterar el copago” (campo 10):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la forma de registrar el entero del copago, respecto del Grupo de Prestaciones es “Único”, entonces el valor del copago que se informe en este campo será el mismo para cada registro asociado al Grupo de Prestaciones que se informa. • Si la forma de registrar el entero del copago, respecto del Grupo de Prestaciones es “Parcial”, se deberán informar de manera detallada, los copagos que se hayan realizado por dicho grupo de prestaciones. En este caso se entenderá que el copago realizado por el grupo de prestaciones corresponde a la suma de los copagos parciales asociados al mismo.

¹⁰⁹ Campo 08 “Tipo de bonificación” fue eliminado por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018., pasando de esta manera el campo 09 “Copago de la Prestación” a ser el campo 08 y así sucesivamente.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> • Si la forma de registrar el entero del copago, respecto del Grupo de Prestaciones es “Mixto”, se deberá informar el copago que se haya realizado para el grupo de prestaciones en el registro correspondiente al comprobante de ingreso u otro documento que se utilice. En los registros que detallan las prestaciones unitarias que son parte del mismo grupo de prestaciones se deberá registrar un cero en este campo. Se entenderá que el copago realizado por la persona beneficiaria corresponde a la suma de los copagos de los registros asociados a un determinado Grupo de Prestaciones. En caso que la prestación o grupo de prestaciones haya sido bonificada excepcionalmente como consecuencia de un reembolso, corresponderá informar en este campo el valor que corresponda al copago. Respecto de esta situación, operarán las mismas definiciones presentadas en los párrafos anteriores. <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
09	Forma de enterar el copago ¹¹⁰	<p>Identifica el procedimiento administrativo mediante el cual la aseguradora recauda el copago que realizan los beneficiarios por cada grupo de prestaciones incluido en las GES.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se utilizarán los siguientes valores:</p> <p>1: “Único”. Corresponderá registrar este valor cuando la aseguradora recaude el copago por medio de un único bono o reembolso por el Grupo de Prestación Principal (GPP), que se informa.</p>

¹¹⁰ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>2: "Parcial". Se registrará este valor cuando la aseguradora recaude el copago del Grupo de Prestación Principal (GPP) que se informa, emitiendo más de un bono o reembolso. De igual manera, corresponderá registrar este valor si la aseguradora emite varios bonos o reembolsos por un Grupo de Prestación Principal (GPP), recaudando de una sola vez el copago definido para dicho grupo.</p> <p>3: "Mixto". Este valor se utilizará cuando la aseguradora recaude el copago efectuado por la persona beneficiaria por medio de un documento distinto de un bono de atención o reembolso (comprobante de ingreso, u otro).</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valores Posibles: 1, 2 y 3. • Debe informarse siempre.
10	Número de Bono de Atención o Documento Comprobante de Ingreso ¹¹¹	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica o documento comprobante de ingreso por medio del cual recaudó el copago de la prestación o grupo de prestaciones que se informa.</p> <p>En caso que la bonificación de la prestación o grupo de prestaciones que se informa se haya efectuado a través de un reembolso, deberá registrarse valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico.
11	Número de Reembolso ¹¹²	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso de la prestación o grupo de prestaciones que se informa.</p>

¹¹¹ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

¹¹² Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>En caso que la bonificación se haya efectuado a través de un bono de atención u otro documento comprobante de ingreso, deberá registrarse valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre.
12	Fecha Emisión del Bono/Reembolso/Documento Comprobante de Ingreso ¹¹³	<p>Corresponde a la fecha del bono de atención, reembolso u otro documento comprobante de ingreso por medio del cual se recaudó el copago de la prestación o grupo de prestaciones que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=día, MM=mes y AAAA=año.</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre.
13	Fecha Inicio Periodicidad del Grupo de Prestación Principal (GPP) ¹¹⁴	<p>Corresponde a la Fecha en que comienza el periodo que está cubierto por el copago del grupo de prestaciones que se informa.</p> <p>Se deberá registrar la fecha de Inicio de la Periodicidad en los casos en que el grupo de prestaciones posea periodicidad "mensual", "por tratamiento trimestral", "anual", "por ciclo", "por seguimiento completo", "por tratamiento completo", "por tratamiento completo de quimioterapia", "por esquema completo de quimioterapia", "por evaluación" y "por evaluación completa".</p> <p>La Superintendencia entenderá que todos los registros que posean el mismo valor en este</p>

¹¹³ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

¹¹⁴ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>campo son parte de un mismo grupo de prestaciones.</p> <p>Si el grupo de prestaciones que se informa posee periodicidad “por control” o “cada vez”, se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo.</p> <p>Con todo, la periodicidad de cada grupo de prestaciones será la indicada en el Decreto Supremo vigente que regula las GES, salvo en aquellos casos en rezago provenientes de otros decretos.</p> <p>De verificarse casos en rezago correspondientes al decreto anterior al que inicia su vigencia cuyos grupos de prestaciones poseen periodicidad “por control” o “cada vez” se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ En los casos en que el valor de este campo sea distinto a 01011800, deberá ser mayor a 01072005. ▪ Debe informarse siempre.
14	Fecha Término Periodicidad del Grupo de Prestación Principal (GPP) ¹¹⁵	<p>Corresponde a la Fecha en que termina el periodo que está cubierto por el copago del grupo de prestaciones que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, la entidad aseguradora deberá considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el grupo de prestaciones que se está informando posee periodicidad “mensual”, “por tratamiento trimestral”, “anual”, y “por ciclo”, deberá registrarse la fecha en la cual se finaliza el periodo.

¹¹⁵ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>La Superintendencia entenderá que todos los registros que posean el mismo valor en este campo son parte de un mismo grupo de prestaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el grupo de prestaciones que se está informando posee periodicidad “por seguimiento completo”, “por tratamiento completo”, “por tratamiento completo de quimioterapia”, “por esquema completo de quimioterapia” “por evaluación y “por evaluación completa”, la entidad aseguradora registrará el valor 01011800 (cero) hasta que tome conocimiento de la fecha en que finaliza el periodo. A partir de ese momento todos los registros de dicho grupo de prestaciones deberán mantener la misma fecha. ▪ Si el grupo de prestaciones que se está informando posee periodicidad “por control” o “cada vez”, se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo. <p>De verificarse casos en rezago correspondientes al decreto anterior al que inicia su vigencia, cuyos grupos de prestaciones poseen periodicidad “por control” o “cada vez”, se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo.</p> <p>Con todo, la periodicidad de cada grupo de prestaciones es la indicada en el Decreto Supremo que regula las GES y que se encuentre vigente.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM =mes y AAAA = año.</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ En los casos en que el valor de este campo sea distinto a 01011800, deberá ser mayor a 01072005. ▪ Debe informarse siempre

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
15	Frecuencia de la Prestación Unitaria ¹¹⁶	<p>Corresponde al número de prestaciones o grupos de prestaciones asociado al informado.</p> <p>En caso que el registro se refiera a un documento asociado al copago, distinto de bono de atención o reembolso (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar en este campo un 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos del campo:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Campo de tipo numérico, mayor o igual a cero.▪ Debe informarse siempre.

117

¹¹⁶ Definición de campo modificada por la Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

¹¹⁷ Se elimina el punto 4 sobre validaciones de consistencia, según Circular IF /N°310, de 06.02.2018.

ANEXO N° 4 ¹¹⁸
CODIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

Eliminado¹¹⁹ (esta codificación corresponde a los Problemas de Salud y numeración asignado por el Decreto GES vigente). Disponible en la Extranet

¹¹⁸ Se actualiza Anexo, de acuerdo a D.S vigente y según Circular IF /N°310, de 06.02.2018

¹¹⁹ Eliminado por la Circular IF /N°339, de 07.10.2019.

ANEXO N° 5A
GARANTÍA DE OPORTUNIDAD POR PROBLEMA DE SALUD Y SUS
RESPECTIVOS HITOS
(D.S N°1/2010)

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

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

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

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

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

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Extremidad Superior					
						Acceso Vascular Autólogo de Alta Complejidad		T	16		
2	Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años	-	< =	48	Horas	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	21	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
-	< =	1	Año	Inicio	Alta Hospitalaria	01					
				Término	Evaluación Post Quirúrgica Cardiopatía Congénita Operables		T	11			
3	Cáncer Cervicouterino	-	< =	30	Días	Inicio	Indicación de Examen	24			
						Término	PAP		D	05	0801001
		-		40	Días	Inicio	Sospecha	21			

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

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

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

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

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

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

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Tratamiento Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	04		
						Tratamiento Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	05		
						Tratamiento Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor		T	06		
					Término	Seguimiento Cáncer Cervicouterino Invasor		S	02		
4	Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos	-	< =	5	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Integral por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos		T	02	
5	Infarto Agudo del Miocardio	-	< =	30	Minutos	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Electrocardiograma (E.C.G.)		D	03	1701001

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación					
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria		
		-	<= =	30	Minutos	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02				
							Indicación Médica de Tratamiento	16				
						Término	Confirmación y Tratamiento Urgencia con Trombolisis IAM		T	05		
		-	<= =	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01				
						Término	Prevención secundaria del IAM		S	01		
6	Diabetes Mellitus Tipo 1	-	<= =	7	Días	Inicio	Sospecha	21				
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	06	0101113	
		-	<= =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02				
						Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)		T	06		
7		-		45	Días	Inicio	Sospecha	21				

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
	Diabetes Mellitus Tipo 2		< =		Término	Confirmación Diagnóstica	02				
		-	< =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2		T	05	
					Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
		-	< =	90		Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	07	0101113
		8	Cáncer de Mama en personas de 15 años y más	-	< =	30	Días	Inicio	Sospecha	21	
					Término	Confirmación Diagnóstica		02			
-	< =			45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Etapificación Cáncer de Mama		D	03	
-	< =			30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
							Intervención Quirúrgica Cáncer		T	10	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
					Término	de Mama sin reconstrucción mamaria				
						Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)		T	11	
						Tratamiento Radioterapia Cáncer de Mama		T	02	
						Tratamiento Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama		T	12	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II		T	03	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
					Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
					Término	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria		T	10		
						Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)		T	11		
		-	<	20		Días	Tratamiento Radioterapia Cáncer de Mama		T	02	
						Tratamiento Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama		T	12		
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II		T	03		
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06		
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07		

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	
						Hormonoterapia para Cáncer de Mama		T	09	
		-	<	90	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria	T	10	
	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)						T	11		
	Tratamiento Radioterapia Cáncer de Mama						T	02		
	Tratamiento Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama						T	12		
	Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II						T	03		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	
					Término	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática		S	01	
						Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática		S	02	
9	Disrafias Espinales	-	<	12	Horas	Inicio	Nacimiento	17		
						Término	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	<	90	Días	Inicio	Sospecha	21		
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	02
-		72	Horas	Inicio	Nacimiento	17				

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
			< =		Término	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta		T	01		
		-	< =	90	Días	Inicio	Nacimiento	17			
			< =		Término	Instalación de derivativas de LCR (incluye valor de la válvula)		T	01	1103132	
			< =		Inicio	Alta Hospitalaria	01				
		-	< =	15	Días	Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	03	0101113
			< =		Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03				
		-	< =	60	Días	Término	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada		T	02	
			< =		Inicio	Alta Hospitalaria	01				
			< =	15	Días	Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología,		T	04	0101113

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Neurología, Oncología					
10	Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años	-	< =	365	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Idiopática		T	03	
							Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Neuromuscular		T	04	
							Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Mielomeningocele		T	05	
		-	< =	10	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Evaluación post Quirúrgica Escoliosis		T	02	
11	Tratamiento Quirúrgico de Cataratas	-	< =	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
12	Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación	-	< =	240	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación					
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria		
	Funcional Severa	-	< =	40	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01		
							Recambio de Prótesis de Cadera		T	03		
						Término	Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología		T	02	0101111	
		-	< =	1	Día	Inicio	Alta Hospitalaria	01				
							Indicación Médica de Tratamiento	16				
						Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006	
		-	< =	240	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03				
						Término	Recambio de Prótesis de Cadera		T	03		
13	Fisura Labiopalatina	-	< =	15	Días	Inicio	Sospecha	21				
						Término	Confirmación Diagnóstica	02				
		-		45	Días	Inicio	Nacimiento	17				

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación						
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria			
			<= =			Indicación Médica de Tratamiento	16						
						Término	Ortopedia Prequirúrgica		T	01			
		-	<= =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Primaria: 1° Intervención	30					
						Término	Cirugía Primaria: 1° Intervención		T	02			
		-	<= =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Primaria: 2° Intervención	31					
						Término	Cirugía Primaria: 2° intervención		T	03			
		-	<= =	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Secundaria	32					
						Término	Cirugía Secundaria		T	06			
		14	Cáncer en menores de 15 años	-	<= =	14	Días	Inicio	Sospecha	21			
								Término	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años		D	01	
-	<= =			37	Días	Inicio	Sospecha	21					
						Término	Confirmación y Etapificación Cáncer		D	01			

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

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Tratamiento Radioyodo		T	06		
					Término	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años		S	02		
		-	= <	30	Días	Inicio	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01	
	Trasplante de Médula Autólogo							T	02		
	Trasplante de Médula Alógeno							T	03		
	Tratamiento Cáncer menores de 15 años							T	05		
	Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años							T	04		
	Tratamiento Radioyodo							T	06		
						Término	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años		S	02	
15	Esquizofrenia	-	= <	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación							
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria				
					Término	Consulta de psiquiatría		D	02	0903001				
						Consulta de psiquiatría		D	03	0903001				
					-	=	0	Días	Inicio	Consulta de psiquiatría		D	02	0903001
										Consulta de psiquiatría		D	03	0903001
									Término	Tratamiento Esquizofrenia Primer Año		T	01	
16	Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más		< =	30	Días	Inicio	Sospecha	21						
						Término	Confirmación Diagnóstica	02						
					-	< =	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
									Término	Etapificación Cáncer Testículo		D	03	
					-	< =	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
									Término	Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía		T	08	
					Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo:		T	09						

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

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Tratamiento Radioterapia Cáncer de Testículo		T	02		
						Quimioterapia Cáncer Testículo		T	03		
					Término	Seguimiento Cáncer Testículo		S	01		
17	Linfomas en personas de 15 años y más	-	< =	35	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Etapificación Linfoma en personas de 15 años y más		D	02	
		-	< =	10	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	02	
		-	< =	25	Días	Inicio	Indicación Médica de Radioterapia	15			
						Término	Tratamiento Radioterapia Linfoma en		T	01	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						personas de 15 años y más				
		-	< =	30	Días	Inicio Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	01	
						Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	02	
						Término Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más		S	01	
20	Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en personas de 65 años y más	-	< =	48	Horas	Inicio	Sospecha	21		
						Término	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	=	0	Días	Inicio	Sospecha	21		
						Término	Tratamiento Neumonía		T	01
21	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más	-	< =	45	Días	Inicio	Sospecha	21		
						Término	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	< =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
					Término	Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario		T	01		
22	Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años	-	< =	20	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Integral Año1 Nivel Primario Epilepsia no Refractaria		T	05	
							Tratamiento Año 1 Nivel Especialidad Epilepsia no Refractaria		T	07	
23	Salud Oral Integral para niños de 6 años	-	< =	90	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			
						Término	Prevención y Educación Salud Oral 6 años		T	01	
							Tratamiento Salud Oral 6 años		T	02	
25	Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que	-	< =	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
				30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			

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

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

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

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Quirúrgica Cáncer Gástrico				
		-	< =	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01		
						Término	Evaluación post Quirúrgica Cáncer Gástrico		T	02
		-	< =	60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Etapificación Cáncer de Próstata		T	01
						Inicio	Etapificación Cáncer de Próstata		T	01
		-	< =	120	Días	Término	Intervención Quirúrgica Tumores Malignos de Próstata		T	02
							Intervención Quirúrgica Orquidectomía		T	03
							Tratamiento Radioterapia Cáncer de Próstata		T	04
							Hormonoterapia		T	05
28	Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más	-	< =	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14		

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Término		S	01		
29	Vicios de Refracción en personas de 65 años y más	-	< =	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación de Lentes Presbicia	26			
						Término	Tratamiento Presbicia pura (entrega de lentes)		T	01	
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Lentes Miopía, Astigmatismo o Hipermetropía	27			
						Término	Tratamiento Vicio Refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)		T	02	
30	Estrabismo en menores de 9 años	-	< =	90	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Médico Estrabismo menores de 9 años		T	03	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
		-	<= =	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años		T	01	
31	Retinopatía Diabética	-	<= =	90	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
						Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética		T	01	
							Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética		T	02	
32	Desprendimiento de Retina Regmatógeno No Traumático	-	<= =	5	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
						Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
							Vitrectomía		T	01	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
					Término	Cirugía Desprendimiento Retina		T	02		
33	Hemofilia	-	< =	15	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
34	Depresión en personas de 15 años y más	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Depresión Leve		T	03	
							Tratamiento Depresión Moderada		T	04	
							Tratamiento Depresión Grave Año 1		T	05	
							Tratamiento Depresión con Psicosis, Trastorno Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 1		T	06	
						-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista
Término	Consulta de psiquiatría		T	06	0903001						

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
36	Órtesis (o Ayudas Técnicas) para personas de 65 años y más	-	< =	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Bastón	08			
						Término	Órtesis (bastón)		T	02	
		-	< =	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Silla de Ruedas	09			
						Término	Órtesis (silla de ruedas)		T	03	
		-	< =	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Andador	10			
						Término	Órtesis (andador)		T	04	
		-	< =	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Andador de Paseo	11			
						Término	Órtesis (andador de paseo)		T	05	
		-	< =	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Cojín Antiescaras	12			
						Término	Órtesis (cojín antiescaras)		T	06	
		-	< =	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Colchón Antiescaras	13			
						Término	Órtesis (colchón antiescaras)		T	07	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
37	Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más	-	<= 72	Horas	Inicio	Sospecha	21				
					Término	Confirmación Diagnóstica	02				
		-	<= 24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02				
					Término	Tratamiento Accidente Cerebrovascular Isquémico		T	01		
		-	<= 10	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01				
					Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	01	0101113	
38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio	-	<= 30	Días	Inicio	Sospecha	21				
					Término	Confirmación Diagnóstica	02				
		-	<= 45	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04				
					Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología,		T	02	0101110	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Neurología, Oncología					
39	Asma Bronquial Moderada y Grave en menores de 15 años	-	< =	20	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades		T	02	0101112
40	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido	-	=	0	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Enfermedad de la Membrana Hialina: Confirmación y Tratamiento		T	01	
							Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento		T	02	
							Hernia Diafragmática: Tratamiento		T	03	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Especializado con Óxido Nítrico				
						Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y tratamiento		T	04	
						Hipertensión Pulmonar Persistente, Aspiración de Meconio y Bronconeumonía: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico		T	05	
						Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento		T	06	
						Bronconeumonía: Confirmación y Tratamiento		T	07	
41	Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de	-	< =	24	Horas	Inicio Confirmación Diagnóstica	02			
						Término Tratamiento Artrosis Nivel Primario		T	01	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Cadera y/o Rodilla, Leve o Moderada	-	<= 120	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
					Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101113
42	Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Ruptura de Aneurismas Cerebrales	-	<= 24	Horas	Inicio	Sospecha	21			
					Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<= 48	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
					Término	Confirmación Diagnóstica Ruptura Aneurisma Cerebral		D	01	
		-	<= 30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
					Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	01	0101113
		-		25	Días	Inicio	Sospecha	21		

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
	Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más	-	< =	30	Días	Término	Confirmación Diagnóstica	02			
						Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Tumores Sistema Nervioso Central		T	01	
							Tratamiento Radioterapia Tumores Sistema Nervioso Central		T	02	
							Tratamiento Acromegalia		T	03	
							Tratamiento Diabetes Insípida		T	04	
44	Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposos Lumbar	-	< =	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Hernia Núcleo Pulposos Lumbar		T	01	
						Inicio	Alta Hospitalaria	01			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología,		S	01

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación					
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria		
						Neurología, Oncología						
45	Leucemia en personas de 15 años y más	-	< =	21	Días	Inicio	Sospecha	21				
						Término	Confirmación Diagnóstica	02				
		-	< =	72	Horas	Inicio	Indicación Médica de Quimioterapia	23				
							Confirmación Diagnóstica	02				
						Término	Tratamiento Leucemia Aguda por Quimioterapia		T	01		
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica		T	04		
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias Linfoblásticas		T	05		
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)		T	06		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtfa.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
51	Fibrosis Quística	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Fibrosis Quística Grave		T	01	
							Tratamiento Farmacológico con Tobramicina para pacientes con Fibrosis Quística Grave		T	04	
							Tratamiento Fibrosis Quística Moderada		T	02	
							Tratamiento Fibrosis Quística Leve		T	03	
52	Artritis Reumatoidea	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Farmacológico Tradicional Artritis Reumatoidea		T	01	
53	Consumo Perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de Alcohol y Drogas en personas	-	< =	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Plan Ambulatorio Básico		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
	menores de 20 años										
55	Gran Quemado	-	< =	72	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento paciente quemado grave menor de 15 años		T	01	
							Tratamiento paciente quemado crítico menor de 15 años		T	02	
							Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años		T	03	
							Tratamiento paciente quemado grave de 15 años y más		T	04	
							Tratamiento paciente quemado crítico de 15 años y más		T	05	
							Tratamiento paciente quemado sobrevida		T	06	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						excepcional de 15 años y más				
					Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
		-	<	15	Días	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave menor de 15 años		S	07	
	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico menor de 15 años						S	08		
	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevivida excepcional menor de 15 años						S	09		
	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave de 15 años y más						S	10		
	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente						S	11		
									Término	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						quemado crítico de 15 años y más					
						Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevivida excepcional de 15 años y más		S	12		
56	Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de Audifono	-	< =	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Implementación Audifonos		T	01	
242	Retinopatía del Prematuro	-	< =	6	Semana s	Inicio	Nacimiento	17			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	02	0101113
						Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
						Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
							Fotocoagulación		T	02	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
		-	<= =	30	Días	Término	Cirugía Vitreoretinal		T	03	
						Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
						Término	Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1º año		S	01	
							Seguimiento Pacientes No Quirúrgico Retinopatía del Prematuro		S	02	
243	Displasia Broncopulmonar del Prematuro	-	<= =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Displasia Broncopulmonar		T	04	
						Inicio	Alta Hospitalaria	01			
							Término	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1º año		S	01
244	Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro	-	<= =	3	Meses	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Implementación Bilateral Audífonos		T	01	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
		-	< =	1	Año	Inicio	Indicación Médica de Implante Coclear	06			
						Término	Implante Coclear		T	02	
		-	< =	14	Días	Inicio	Implementación Bilateral Audifonos		T	01	
						Término	Implante Coclear		T	02	
60	Epilepsia No Refractaria en personas de 15 años y más	-	< =	20	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Epilepsia Refractaria No Nivel Primario		T	01	
							Tratamiento Epilepsia Refractaria No Nivel Especialidad		T	02	
61	Asma Bronquial en personas de 15 años y más	-	< =	20	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	< =	60	Días	Inicio Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
		-	< =	60	Días	Término Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101113
		-	< =	20	Días	Inicio Confirmación Diagnóstica	02			
62	Enfermedad de Parkinson	-	< =	20	Días	Término Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en menores de 60 años		T	01	
		-	< =	20	Días	Término Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más		T	02	
63	Artritis Idiopática juvenil	-	< =	7	Días	Inicio Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	7	Días	Término Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtfa.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Tratamiento Biológico Artritis Idiopática Juvenil		T	02	
64	Prevención Secundaria Insuficiencia Renal Crónica Terminal	-	< =	24	Horas	Inicio	Sospecha	21		
						Término	Tratamiento Nefropatía		T	01
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04		
						Término	Consulta Especialista		T	02
65	Displasia Luxante de Caderas	-	< =	15	Días	Inicio	Indicación de Examen	24		
						Término	Screening Displasia Luxante de Caderas		D	01
		-	< =	30	Días	Inicio	Sospecha	21		
						Término	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	< =	15	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Tratamiento Ortopédico Displasia Luxante de Caderas		T	01
66		-	< =	21	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18		

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
	Salud Oral Integral de la embarazada	-	<= 9	Meses	Término	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Primario		T	01		
					Inicio	Parto	28				
					Término	Alta Integral	29				
67	Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente	-	<= 60	Días	Inicio	Sospecha	21				
					Término	Confirmación Diagnóstica	02				
					Inicio	Confirmación Diagnóstica	02				
					Término	Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	01		
						Tratamiento Brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	02		
						Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	03		
68	Hepatitis B	-	<= 45	Días	Inicio	Sospecha	21				

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

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo		Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Término	Tratamiento Farmacológico del VHC		T	02	

ANEXO N° 5

GARANTÍA DE OPORTUNIDAD POR PROBLEMA DE SALUD Y SUS RESPECTIVOS HITOS¹²⁰

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

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

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

¹²⁰ Codificación para el Problema de Salud N°8, modificacda por Circular IF/N°198, de 13 de agosto de 2013.

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	2 años y < 15 años	<=	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	1	Año	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Evaluación Post Quirúrgica Cardiopatía Congénita Operables		T	11	
3	Cáncer Cervicouterino	(*)	25 y < 65 años	<=	30	Días	Inicio	Indicación de Examen	24			
							Término	PAP		D	05	0801001
		-	-	<=	40	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Cáncer Cervicouterino Pre Invasor		D	02	
								Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	03	
		-	-	<=	20	Días	Inicio	Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	03	
							Término	Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	04	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación cáncer Cervicouterino PreInvasor		D	02	
							Término	Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE I		T	07	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Tratamiento Cervicouterino Pre Invasor: NIE II y NIE III o CIS		T	01	
							Inicio	Etapificación Cervicouterino Invasor		D	04	
							Término	Tratamiento Quirúrgico Cervicouterino Invasor		T	02	
						Radioterapia Cervicouterino Invasor			T	03		
						Braquiterapia Cervicouterino Invasor			T	04		
						Quimioterapia Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)			T	05		
						Quimioterapia Recidiva Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)			T	06		
							Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Tratamiento Quirúrgico Cervicouterino Invasor		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
								Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	03		
								Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	04		
								Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)		T	05		
								Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)		T	06		
		(*)	-	<=	90	Días		Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
								Término	Seguimiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor		S	01	
									S	02			
4	Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado	-	-	<=	5	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento Integral y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado		T	02		
5		-	-	<=	30	Minutos	Inicio	Sospecha	21				

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Infarto Agudo del Miocardio	-	-	<=	30	Minutos	Término	Electrocardiograma (E.C.G.)		D	03	1701001
							Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
								Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Confirmación y Tratamiento Infarto Agudo del Miocardio Urgencia con Trombolisis		T	05	
							Inicio	Alta Hospitalaria	1			
								Término	Prevención secundaria del Infarto Agudo del Miocardio		S	01
6	Diabetes Mellitus Tipo 1	-	-	<=	7	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	06	0101113
							Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
								Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)		T	06
7		-	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
	Diabetes Mellitus Tipo 2						Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
								Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2		T	05	
								Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
		-	-	<=	90	Días	Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	07	0101113	
8	Cáncer de Mama en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
								Término	Etapificación Cáncer de Mama		D	03	
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
						Término	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria		T	10			

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)		T	11	
								Radioterapia Cáncer de Mama		T	02	
								Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama		T	12	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II		T	03	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	
								Hormonoterapia para Cáncer de Mama		T	14	
		(*)	-	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática		S	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
								Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática		S	02		
9	Disrafias Espinales	-	Disrafia Abierta	<=	12	Horas	Inicio	Nacimiento	17				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	Disrafia Cerrada	<=	90	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	02	0101113	
		-	Disrafia Abierta	<=	72	Horas	Inicio	Nacimiento	17				
							Término	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta		T	01		
		(*)	Disrafia Abierta	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Instalación de derivativas de LCR (incluye valor de la válvula)		T	01	1103132	
		-	Disrafia Abierta	<=	15	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1				
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades,		T	03	0101113	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Oftalmología, Neurología, Oncología				
		(*)	Disrafia Cerrada	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada		T	06	
		-	Disrafia Cerrada	<=	15	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	04	0101113
		(*)	Disrafia Abierta	<=	6	Meses	Inicio	Indicación Médica de Rehabilitación	37			
							Término	Rehabilitación 1° y 2° año Paciente con Espina Bífida Abierta		S	03	
10	Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en personas menores de 25 años	(*)	-	<=	270	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Idiopática		T	03	
								Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Neuromuscular		T	04	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Mielomeningocele		T	05	
		-	-	<=	10	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Evaluación post Quirúrgica Escoliosis		T	02	
11	Tratamiento Quirúrgico de Cataratas	-	-	<=	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	240	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01	
							Inicio	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01	
								Recambio de Prótesis de Cadera		T	03	
12	Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa	-	-	<=	40	Días	Término	Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología		T	02	0101111
		-	-	<=	1	Día	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
								Indicación Médica de Tratamiento	16			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
							Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006	
		-	-	<=	240	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3				
							Término	Recambio de Prótesis de Cadera		T	03		
13	Fisura Labiopalatina	-	-	<=	15	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	45	Días	Inicio	Nacimiento	17				
									Indicación Médica de Tratamiento	16			
								Término	Ortopedia Prequirúrgica		T	01	
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Primaria: 1° Intervención	30				
								Término	Cirugía Primaria: 1° Intervención		T	02	
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Primaria: 2° Intervención	31				
								Término	Cirugía Primaria: 2ª intervención		T	03	
		-	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Secundaria	32				
						Término	Cirugía Secundaria		T	06			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
14	Cáncer en personas menores de 15 años	-	Leucemia	<=	14	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años		D	01		
		-	Linfomas y Tumores Sólidos	<=	37	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años		D	01		
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01		
		-	Linfomas y Tumores Sólidos	<=	10	Días	Inicio	Indicación Médica de Radioterapia	15				
							Término	Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04		
		-	Leucemia	<=	7	Días	Inicio	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01		
								Trasplante de Médula Autólogo		T	02		
								Trasplante de Médula Alógeno		T	03		
								Tratamiento Cáncer menores de 15 años		T	05		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación										
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria							
								Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04								
								Tratamiento Radioyodo		T	06								
								Término	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años		S	02							
														Inicio	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01	
															Trasplante de Médula Autólogo		T	02	
															Trasplante de Médula Alógeno		T	03	
		Tratamiento Cáncer menores de 15 años		T	05														
		Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04														
		Tratamiento Radioyodo		T	06														
		Término	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años		S	02													
		15	Esquizofrenia	(*)	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4								
									Término	Consulta de psiquiatría		D	02	0903001					
Consulta de psiquiatría										D	04	0903001							

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
		(*)	-	=	0	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Tratamiento Esquizofrenia Primer Año		T	03		
16	Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más	-	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Etapificación Cáncer Testículo		D	03		
		(*)	-	<=	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3				
							Término	Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA) Post-Quimioterapia		T	11		
								Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía		T	12		
								Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA)		T	13		
									T	10			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Tratamiento Radioterapia Cáncer de Testículo		T	02	
								Quimioterapia Cáncer Testículo		T	03	
								Quimioterapia Protocolo Seminoma E1		T	14	
								Terapia de Reemplazo Hormonal		T	04	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA) Post-Quimioterapia		T	11	
							Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía		T	12		
							Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA)		T	13		
							Intervención Quirúrgica de Testículo: Mediastínico-Retroperitoneal		T	10		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
								Tratamiento Radioterapia Cáncer de Testículo		T	02		
								Quimioterapia Cáncer Testículo		T	03		
								Quimioterapia Protocolo Seminoma E1		T	14		
							Término	Seguimiento Cáncer Testículo		S	01		
17	Linfomas en personas de 15 años y más	-	-	<=	35	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Etapificación Linfoma en personas de 15 años y más		D	02		
		(*)	-	<=	10	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	02		
		-	-	<=	25	Días	Inicio	Indicación Médica de Radioterapia	15				
									Quimioterapia Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - ICE		T	05	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	01	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	01	
	Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más								T	02		
	Quimioterapia Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - ICE								T	05		
	Término						Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más		S	01		
18	Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) de Manejo Ambulatorio en	(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Farmacológico		T	02	6100000
		(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	personas menores de 5 años						Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006
20	Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en personas de 65 años y más	-	-	<=	48	Horas	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	=	0	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Tratamiento Farmacológico		T	02	6100000
		(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006
21	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más	-	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario		T	01	
22	Epilepsia No Refractaria en personas desde 1	(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Evaluación inicial Epilepsia en Nivel Secundario		T	10	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	año y menores de 15 años	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Integral Año1 Nivel Primario Epilepsia no Refractaria		T	05	
								Tratamiento Año 1 Nivel Especialidad Epilepsia no Refractaria		T	07	
23	Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años	-	-	<=	90	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			
							Término	Diagnóstico y tratamiento preventivo Salud Oral		T	01	
								Tratamiento Salud Oral 6 años		T	02	
241	Prevención de Parto prematuro	(*)	-	<=	2	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Síntomas Parto Prematuro		T	01	
25	Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que Requieren Marcapaso	-	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
						Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Implantación Marcapasos Unicameral VVI		T	02	
	Recambio Marcapasos Unicameral VVI		T	03								

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		(*)	-	<=	30	Días		Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
							Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Intervención Quirúrgica Resección Endoscópica Cancer Gástrico Incipiente		T	04	
								Intervención Quirúrgica Gastrectomía Cancer Gástrico Incipiente por Laparoscopia		T	05	
								Intervención Quirúrgica Gastrectomía Cancer Gástrico Incipiente por Laparotomía		T	06	
	Intervención Quirúrgica Cancer Gástrico Avanzado		T	07								
28	Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Etapificación Cáncer de Próstata		T	06	
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Etapificación Cáncer de Próstata		T	06	
							Término	Intervención Quirúrgica Tumores Malignos de Próstata		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación								
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria					
								Intervención Quirúrgica Orquidectomía		T	03						
								Tratamiento Radioterapia Cáncer de Próstata		T	04						
								Hormonoterapia		T	05						
							-	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
												Término	Seguimiento Cáncer de Próstata		S	01	
29	Vicios de Refracción en personas de 65 años y más							Inicio	Sospecha	21							
								Término	Confirmación Diagnóstica	2							
							(*)		<=	30	Días		Inicio	Solicitud de Lentes	20		
													Término	Tratamiento Presbicia pura (entrega de lentes)		T	01
							(*)		<=	30	Días		Inicio	Confirmación Vicio Refracción (miopía, astigmatismo, hipermetropía)		D	01
													Término	Tratamiento Vicio Refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)		T	02
30		-	-	<=	90	Días	Inicio	Sospecha	21								

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
	Estrabismo en personas menores de 9 años	(*)	-	<=	30	Días	Término	Confirmación Diagnóstica	2				
							Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento Médico Estrabismo menores de 9 años		T	03		
		-	-	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3				
							Término	Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años		T	01		
31	Retinopatía Diabética	-	-	<=	90	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	60	Días	Término	Tratamiento Focoagulación Retinopatía Diabética		T	01		
								Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética		T	02		
							Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
32	Desprendimiento de Retina Regmatógeno No Traumático	-	-	<=	5	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Tratamiento Vitrectomía Desprendimiento de Retina		T	01	
								Cirugía Desprendimiento Retina		T	02	
33	Hemofilia	-	-	<=	15	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
34	Depresión en personas de 15 años y más	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Depresión Leve		T	03	
								Tratamiento Depresión Moderada		T	04	
								Tratamiento Depresión Grave Año 1		T	05	
			Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 1		T	08						
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
Término	Consulta de psiquiatría							T	08	0903001		
35	Tratamiento de la Hiperplasia	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Benigna de la Próstata en personas sintomáticas						Término	Tratamiento Farmacológico Hiperplasia Próstata		T	03	
36	Órtesis (o Ayudas Técnicas) para personas de 65 años y más	-	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Bastón	8			
							Término	Órtesis (bastón)		T	02	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Silla de Ruedas	9			
							Término	Órtesis (silla de ruedas)		T	03	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Andador	10			
							Término	Órtesis (andador)		T	04	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Andador de Paseo	11			
							Término	Órtesis (andador de paseo)		T	05	
		-	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Cojín Antiescaras	12			
							Término	Órtesis (cojín antiescaras)		T	06	
-	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Colchón Antiescara	13					
					Término	Órtesis (colchón antiescaras)		T	07			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
37	Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más	-	-	<=	72	Horas	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico		T	02		
		-	-	<=	10	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1				
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	01	0101113	
		(*)	-	<=	10	Días	Inicio	Indicación Médica de Rehabilitación	37				
							Término	Seguimiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico		S	01		
38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio	-	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4				
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina		T	04	0101110	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología				
39	Asma Bronquial Moderada y Grave en menores de 15 años	-	-	<=	20	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades		T	02	0101112
40	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Enfermedad de la Membrana Hialina: Confirmación y Tratamiento		T	01	
								Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento		T	02	
								Hernia Diafragmática: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico		T	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y Tratamiento		T	04	
								Hipertensión Pulmonar Persistente, Aspiración de Meconio y Bronconeumonía: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico		T	05	
								Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento		T	08	
								Bronconeumonía: Confirmación y Tratamiento		T	07	
41	Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, Leve o Moderada	-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Artrosis Nivel Primario		T	01	
		-	-	<=	120	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
42	Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Ruptura de Aneurismas Cerebrales	-	-	<=	24	Horas	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	48	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Confirmación Diagnóstica Ruptura Aneurisma Cerebral		D	01		
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1				
								Indicación Médica de Consulta Especialista	4				
Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	02	0101113								
43	Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más	-	-	<=	25	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
								Término	Tratamiento medicamentoso indefinido Tumores Hipofisarios no funcionantes		T	05	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Tratamiento medicamentoso indefinido y seguimiento Prolactinomas		T	06	
								Tratamiento Quirúrgico Tumores Sistema Nervioso Central		T	07	
								Tratamiento Radioterapia Tumores Sistema Nervioso Central		T	08	
								Tratamiento Acromegalia		T	09	
								Tratamiento Diabetes Insípida		T	10	
								Tratamiento Enfermedad de Cushing		T	11	
							Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
		(*)	-	<=	30	Días	Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	06	0101113
								Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades,		T	09	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Oftalmología, Neurología, Oncología				
								Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	10	0101113
								Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	11	0101113
44	Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposos Lumbar	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Tratamiento Quirúrgico Hernia Núcleo Pulposos Lumbar		T	02	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	02	0101113
45		-		<=	21	Días	Inicio	Sospecha	21			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Leucemia en personas de 15 años y más		Leucemia Aguda				Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	Leucemia Aguda	<=	72	Horas	Inicio	Indicación Médica de Quimioterapia	23			
							Término	Tratamiento Leucemia Aguda por Quimioterapia		T	01	
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica		T	04		
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias Linfoblásticas		T	05		
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)		T	06		
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)		T	10		
							Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Promielocítica Aguda		T	07		
	(*)	Leucemia Aguda	<=	14	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14				

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Seguimiento Leucemia Aguda		S	01	
		-	Leucemia Crónica	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
							Inicio	Indicación Médica de Quimioterapia	23			
							Término	Tratamiento Leucemia Crónica por Quimioterapia		T	02	
						Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica eosinofílica y recombinación de gen FIP 1L1 - PDGFRA			T	11		
						Tratamiento Leucemia Linfática Crónica			T	03		
						Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento Hidroxicarbamida			T	08		
						Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento inhibidor tirosin kinasa			T	09		
		(*)	Leucemia Crónica	<=	10	Días						
		(*)	Leucemia Crónica	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Seguimiento Leucemia Mieloide Crónica		S	02	
								Seguimiento Leucemia Linfática Crónica		S	03	
46	Urgencia Odontológica Ambulatoria	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Absceso Submucoso o Subperióstico de Origen Odontológico		T	01	
								Absceso de Espacios Anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial: Nivel Primario		T	07	
								Flegmón Oro Cérvico Facial de Origen Odontogénico: Nivel Primario		T	08	
								Gingivitis Úlcero Necrótica Aguda (GUNA) con Compromiso del Estado General		T	02	
								Complicaciones Post Exodoncia		T	09	
								Traumatismos Dento Alveolares		T	04	
								Pericoronaritis		T	10	
								Pulpitis		T	06	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
47	Salud Oral Integral del Adulto de 60 años	-	-	<=	90	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			
							Término	Atención Odontológica del Adulto de 60 años		T	01	
49	Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado o Grave	-	-	<=	12	Horas	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
					24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento TEC Moderado y Grave		T	01	
50	Trauma Ocular Grave	-	-	<=	12	Horas	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
					60	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Quirúrgico Trauma Ocular Grave		T	03	
51	Fibrosis Quística	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Fibrosis Quística Grave		T	06	
								Tratamiento Farmacológico con Tobramicina para pacientes con		T	07	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave menor de 15 años		S	07	
								Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico menor de 15 años		S	08	
								Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años		S	09	
								Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave de 15 años y más		S	10	
								Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico de 15 años y más		S	11	
								Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más		S	12	
56	Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Implementación Audífonos		T	02	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
243	Displasia Broncopulmonar del Prematuro	-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Displasia Broncopulmonar		T	04	
		-	-	<=	14	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1º año		S	01	
244	Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro	(*)	-	<=	3	Meses	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	3	Meses	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Implementación Bilateral Audífonos		T	01	
		(*)	-	<=	180	Días	Inicio	Indicación Médica de Implante Coclear	6			
							Término	Implante Coclear		T	02	
		-	-	<=	14	Días	Inicio	Implementación Bilateral Audífonos		T	01	
								Implante Coclear		T	02	
					Término	Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audífono e implante coclear) 1º año		S	01			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
60	Epilepsia No Refractaria en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Primario		T	01	
								Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Especialidad		T	03	
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología							T	03	0101110		
61	Asma Bronquial en personas de 15 años y más	-	-	<=	20	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
62	Enfermedad de Parkinson	-	-	<=	20	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en menores de 60 años		T	01	
		Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más		T	02							
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología							T	03	0101110		
63	Artritis Idiopática Juvenil	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil		T	03	
								Tratamiento Biológico Artritis Idiopática Juvenil		T	04	
64	Prevención Secundaria Enfermedad	(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Nefropatía		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Renal Crónica Terminal	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101113
65	Displasia Luxante de Caderas	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación de Examen	24			
							Término	Screening Displasia Luxante de Caderas		D	01	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Confirmación Diagnóstica	36			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		(*)	-	<=	15	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Ortopédico Displasia Luxante de Caderas		T	02	
66	Salud Oral Integral de la embarazada	-	-	<=	21	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			
							Término	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Primario		T	01	
		-	-	<=	9	Meses	Inicio	Parto o interrupción del embarazo	28			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
							Término	Alta Integral	29				
67	Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	-	-	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	01		
								Tratamiento Brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	04		
Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	03										
68	Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Evaluación inicial pacientes con Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B		D	01		
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Tratamiento Farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más		T	01		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
								Tratamiento Farmacológico VHB crónica en menores de 15 años		T	02		
69	Hepatitis C	-	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Evaluación paciente VHC pre tratamiento		T	04		
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Tratamiento Farmacológico del VHC		T	02		
70	Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Etapificación y exámenes pre operatorios Cáncer Colorectal		D	01		
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3				
							Término	Cirugía cáncer colorectal		T	01		
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Quimioterapia Adyuvante: Bajo riesgo y Estadios II (alto riesgo)		T	03		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
								Quimioterapia Adyuvante: FOLFOX XELOX		T	04		
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14				
							Término	Seguimiento Cáncer Colorectal años 1 y 2		S	01		
71	Cáncer de Ovario Epitelial	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Cirugía Diagnóstica y Etapificación Cáncer de Ovario Epitelial		D	01		
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Cirugía Diagnóstica y Etapificación Cáncer de Ovario Epitelial		D	01		
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Quimioterapia Post Cirugía Estadio, Precoz 1° Línea		T	01		
							Término	Quimioterapia Neoadyuvante Estadios III - IV		T	02		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
								Quimioterapia Adyuvante Estadios IIB, IIC, III y IV		T	03		
								Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario, sensible a platino		T	04		
								Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario, resistente a platino		T	05		
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14				
								Término	Seguimiento de Cáncer de Ovario Epitelial Primer año		S	01	
72	Cáncer Vesical en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3				
							Término	Cirugía Cáncer Vesical Profundo		T	02		
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Quimioterapia Neoadyuvante Cáncer Vesical Profundo		T	07		
								Quimioterapia Adyuvante Cáncer Vesical Profundo, Post Cirugía		T	08		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación								
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria					
								Quimioterapia- Radioterapia Concomitante Cáncer Vesical Profundo, Sin Cirugía		T	09						
								Radioterapia Externa Intención Curativa		T	10						
							(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
												Término	Seguimiento Cáncer Vesical Superficial Primer año		S	01	
													Seguimiento Cáncer Vesical Profundo Primer año		S	03	
73	Osteosarcoma en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21								
							Término	Confirmación y Etapificación Osteosarcoma		D	01						
							Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3								
								Término	Cirugía Osteosarcoma		T	01					
							Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16								
								Término	Quimioterapia Pre Operatoria Osteosarcoma		T	02					

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Quimioterapia Post Operatoria Osteosarcoma		T	03	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Osteosarcoma		S	01	
74	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Tratamiento Quirúrgico No Complicados		T	01	
		Tratamiento Quirúrgico Complicados		T	02							
		(*)	-	<=	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
Término	Seguimiento Primer Año							S	01			
75	Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Trastorno Bipolar Año 1		T	01	
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Hipotiroidismo 1° año en el nivel primario		T	01	
77		(*)	-	<=	3	Meses	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años	(*)	-	<=	180	Días	Término	Implementación Audífono		T	01	
							Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Implante Coclear		T	02	
		(*)	-	<=	14	Días	Inicio	Implementación Audífono		T	01	
							Término	Seguimiento Primer Año		S	01	
78	Lupus Eritematoso Sistémico	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Lupus Leve Primer Año		T	01	
								Tratamiento Lupus Grave Primer Año		T	03	
79	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de las Válvulas Mitral y Tricúspide en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Tratamiento Quirúrgico No Complicados		T	01	
								Tratamiento Quirúrgico Complicados		T	02	
		(*)	-	<=	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Primer Año		S	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento de Erradicación Helicobacter Pylori		T	01	
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	01	0101110

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

ANEXO N°6
CODIFICACIÓN DE INTERVENCIÓN SANITARIA Y GRUPO DE PRESTACIONES¹²¹ ¹²²
Eliminado¹²³ (Disponible en la Extranet)

¹²¹ Codificación para el Problema de Salud N°8, modificacda por Circular IF/N°198, de 13 de agosto de 2013.

¹²² Introducción del Anexo modificado por la Circular IF/ N°310, de 06.02.2018

¹²³ Eliminado por la Circular IF /N°339, de 07.10.2019.

Título XII: Instrucciones sobre información estadística semanal de casos GES que deben proporcionar las isapres a la Superintendencia ¹²⁴

Eliminado

¹²⁴ Derogado por la Circular IF/N° 174, de 27 de julio de 2012.

Título XIII: Compensaciones del Fondo de Compensación Solidario

En virtud de lo dispuesto en el párrafo 6° del Título II del Libro III del DFL N° 1, se ha creado un Fondo de Compensación Solidario entre isapres, cuya finalidad es solidarizar los riesgos en salud entre sus beneficiarios, con relación a las Garantías Explícitas en Salud. Dicho Fondo no es aplicable a las isapres cerradas o aquellas cuya cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la isapre.¹²⁵

1. Objetivo del Fondo

El Fondo de Compensación Solidario tiene por objeto solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de las isapres, con relación a los problemas de salud contenidos en el Decreto que aprueba las Garantías Explícitas en Salud.

El Fondo compensará entre sí a las isapres por la diferencia neta que se produzca entre la Capacidad Financiera y la Necesidad Financiera de cada una de ellas en la provisión mensual de las GES.

2. Respaldo de las Operaciones ¹²⁶

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

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

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

Queda prohibido a las isapres compensar los montos originados en este proceso con deudas de naturaleza distinta a las derivadas de la operación del Fondo.

3. Encargados de la operación del Fondo

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

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

- a) Nombre
- b) RUT

¹²⁵ Las instrucciones relativas al funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario forman parte del Compendio de Procedimientos.

¹²⁶ Modificado por la Circular IF/N° 174, de 27 de julio de 2012.

- c) Cargo
- d) Unidad
- e) Teléfono directo
- f) Correo Electrónico
- g) Fax
- h) Dirección del lugar de trabajo

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

Anexo "Archivo Maestro de Compensaciones" eliminado por Circular IF 174 de 27.07.2012.

Título XIV: Composición de Cartera de Cotizantes Vigentes en Isapres Cerradas ¹²⁷:

Eliminado

¹²⁷ Derogado por la Circular IF/N° 159, de 12 de octubre de 2011.

Título XV: Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas e información sobre prestadores CAEC^{128 129}

1. Estructura del archivo

1. Características Generales del Archivo Maestro

CARÁCTERÍSTICAS	DESCRIPCION
Nombre Archivo	CAEC
Nombre computacional Archivo	<p>Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • S: nombre del archivo comienza con el carácter "s" • CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia • AAAA: año que se informa • TT: trimestre que se informa • EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 015
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> • Archivo plano • Código ASCII • Un registro por línea • Separador de campo carácter pipe () • Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	<p>Los datos requeridos en este archivo corresponden a la información mensual sobre los beneficiarios – cotizantes o cargas – que, <u>se encuentran en período de acumulación de deducible o están haciendo uso de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.</u></p> <p>Se entiende por enfermedad catastrófica a toda enfermedad o diagnóstico que podría representar para el beneficiario copagos superiores al deducible con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF, para toda catástrofe (Circular IF/N° 7 de 2005 o la que la reemplace).</p>

¹²⁸ El conjunto de las instrucciones referidas a la información relativa a la CAEC debe ser actualizada.

En tanto se introducen los cambios relativos a su actualización a las nuevas instrucciones, contenidas principalmente en el Compendio de Beneficios, y su ajuste a la legislación vigente, se han reproducido las instrucciones conforme su actual estado a la fecha de emisión de este Compendio.

¹²⁹ Modificado por la Circular IF/N° 214, de 27 de marzo de 2014.

	<p>En los casos de cobertura especial GES-CAEC, los datos correspondientes a los campos: (26) Monto Facturado, (27) Cobertura del Plan de Salud, (28) Cobertura CAEC y (29) Monto No Cubierto, deberán relacionarse <u>sólo con aquellas prestaciones no cubiertas por las GES</u>, según lo dispuesto en el Artículo II del Anexo 2 "Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile", de la Circular IF/N°7 de 2005 o la que la reemplace.</p> <p>Cabe agregar, que para informar las prestaciones GES se empleará el archivo maestro instruido mediante la Circular IF N°196/2013, o aquella que la reemplace.</p> <p>Los criterios básicos a considerar para registrar un caso CAEC en este archivo son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tener fecha de bonificación de prestaciones dentro del trimestre que se informe. ✓ La enfermedad debe ser considerada como catastrófica de acuerdo a la definición anterior. ✓ El beneficiario debe encontrarse en un estado de acumulación de deducible o con el beneficio efectivo de la CAEC. <p>De esta manera, no deberán informarse aquellos casos que dicen relación con beneficiarios que rechazaron la red, aquéllos que se encuentran autorizados o activados pero en situación de "pendiente" (en espera de programas, facturas u otros) o beneficiarios que fallecen durante la acumulación de deducible, siempre y cuando el fallecido no registre programas médicos, facturas u otra información pendiente de imputación en la cuenta CAEC.</p>
<p>Información contenida en los registros del Archivo</p>	<p>Cada registro del Archivo corresponde a los datos que mantiene la Isapre respecto a una enfermedad catastrófica o diagnóstico para un RUN de beneficiario que esté acumulando deducible o haciendo uso efectivo del beneficio CAEC y haya registrado movimiento en el mes, dentro del trimestre que se informa, relacionado con monto facturado, cobertura plan de salud, cobertura CAEC, monto no cubierto.</p>

Período de la información contenida en el Archivo	Enfermedades catastróficas o diagnósticos de beneficiarios que están acumulando deducible o haciendo uso efectivo del beneficio CAEC a partir de enero de 2014.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá los datos <u>de los meses que integran el trimestre</u> al cual se refiere la información.
Periodicidad de envío del Archivo	Trimestral, el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa. Los plazos que vengán en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar los beneficiarios (cotizantes y cargas) que registren movimiento en los campos (26) Monto Facturado, (27) Cobertura del Plan de Salud, (28) Cobertura CAEC y (29) Monto No Cubierto en los respectivos meses que integran el trimestre informado.

2. Estructura Archivo de Beneficiarios con CAEC

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	Numérico
(03)	ORIGEN DEL BENEFICIO	Numérico
(04)	RUN DEL BENEFICIARIO	Numérico
(05)	DV DEL BENEFICIARIO	Alfanumérico
(06)	RUN DEL COTIZANTE	Numérico
(07)	DV DEL COTIZANTE	Alfanumérico
(08)	RUT DEL PRESTADOR	Numérico
(09)	DV DEL PRESTADOR	Alfanumérico
(10)	REGIÓN DEL PRESTADOR	Numérico
(11)	PERTENENCIA A LA RED	Alfabético
(12)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	Alfanumérico
(13)	CONDICIÓN DE EMERGENCIA	Alfabético
(14)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO PRINCIPAL (PAM)	Numérico
(15)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO COMPLEMENTARIO	Numérico
(16)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	Numérico
(17)	NÚMERO DE REEMBOLSO	Numérico
(18)	FECHA DE SOLICITUD	Numérico
(19)	FECHA DE AUTORIZACIÓN	Numérico
(20)	FECHA DE INGRESO AL PRESTADOR	Numérico
(21)	FECHA DE BONIFICACIÓN DE PRESTACIONES	Numérico
(22)	FECHA DE CUMPLIMIENTO DE ANUALIDAD CAEC	Numérico
(23)	MONTO DEL DEDUCIBLE A ACUMULAR	Numérico
(24)	MONTO DEDUCIBLE EN UF	Numérico
(25)	MONTO DEDUCIBLE EN PESOS	Numérico
(26)	MONTO FACTURADO	Numérico
(27)	COBERTURA DEL PLAN DE SALUD	Numérico
(28)	COBERTURA CAEC	Numérico
(29)	MONTO NO CUBIERTO	Numérico
(30)	FECHA DEL FALLECIMIENTO	Numérico
(31)	ASIGNACIÓN DE PRÉSTAMO	Alfabético

3. Definición de Estructura Archivo de Beneficiarios con CAEC

CAMP O	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	<p>Corresponde al número de identificación de la Isapre registrado en esta Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. • No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora.
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	<p>Corresponde al mes y año al que se refiere la información que se envía.</p> <p>La información que se remita corresponderá a un detalle de las prestaciones de salud bonificadas por este beneficio y las no cubiertas ni por la CAEC ni por el plan complementario y que estén relacionadas a una enfermedad catastrófica o diagnóstico.</p> <p>Esta información deberá remitirse <u>trimestralmente pero con detalle mensual.</u></p> <p>Formato AAAAMM, donde: AAAA = Año MM = Mes</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> El valor informado en este campo debe estar contenido en el trimestre que se informa.
(03)	ORIGEN DEL BENEFICIO	<p>Corresponde a la clasificación del beneficio que se informa según su origen.</p> <p>Los valores a emplear son los siguientes: 1 = CAEC 2 = GES-CAEC</p> <p>Entendiendo para cada caso lo definido en la Circular IF/N°7, de 2005 o la que la reemplace.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico. Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. Valores posibles: 1, 2.
(04)	RUN DEL BENEFICIARIO	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario - cotizante o carga - que se encuentra en un estado de acumulación de deducible o con el beneficio efectivo de la CAEC.</p> <p>En caso que el beneficiario no tenga RUN, deberá registrarse la identificación alternativa.</p> <p>En el caso de recién nacidos que no dispongan del RUN deberá informarse el valor 0 (cero).</p> <p>Sí, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN deberá reemplazar la identificación alternativa por el número del RUN.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.

		<p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deberá existir en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas.
(05)	DV DEL BENEFICIARIO	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario (campo 04) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En el caso de los beneficiarios no posean RUN debe informarse la letra X.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se validará su consistencia con el campo 04 (RUN DEL BENEFICIARIO)
(06)	RUN DEL COTIZANTE	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del cotizante a cuyo contrato se asocia el RUN del beneficiario informado en el campo (04).</p> <p>Si el RUN DEL COTIZANTE es el mismo que el RUN DEL BENEFICIARIO debe repetirse el RUN informado en el campo (04).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deberá existir en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas.

(07)	DV COTIZANTE DEL	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante (campo 06) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se validará su consistencia con el campo 06 (RUN DEL COTIZANTE)
(08)	RUT PRESTADOR DEL	<p>Corresponde al RUT del prestador que otorgó las prestaciones de salud al beneficiario CAEC.</p> <p>La información requerida en este campo deben ser RUT de prestadores institucionales, corporativos (personas jurídicas), de profesionales con personalidad jurídica naturales que presten servicios adicionales (ejemplo, quimioterapia) y de proveedores que proporcionen drogas, medicamentos e insumos.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(09)	DV PRESTADOR DEL	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Prestador (campo 08) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico.

		<ul style="list-style-type: none"> • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se validará su consistencia con el campo 08 (RUT DEL PRESTADOR)
(10)	REGIÓN DEL PRESTADOR	<p>Corresponde al código de la región, de acuerdo a la definición adoptada por el INE, donde se localiza el prestador que otorga las prestaciones al beneficiario de la CAEC.</p> <p>En caso que la aseguradora no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo el valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 0 y lo definido por el INE • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(11)	PERTENENCIA A LA RED	<p>Indica si el prestador autorizado en que se atiende el beneficiario de la CAEC pertenece a la Red informada a la Superintendencia o no.</p> <p>Los valores a emplear son los siguientes: S = si pertenece a la RED N = no pertenece a la RED</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético. • Valores posibles: S, N • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(12)	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	<p>Corresponde al código que identifica el diagnóstico principal que da origen a la solicitud de la CAEC por parte del beneficiario.</p> <p>Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión N°10 definida</p>

		<p>por la O.M.S. CIE 10. -con su Grupo de Categorías ; Categorías; y Subcategorías según corresponda-</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse con todos los caracteres definidos en el código incluyendo puntos o símbolos especiales. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(13)	CONDICIÓN DE EMERGENCIA	<p>Indica si el beneficiario ingresa a la CAEC en una condición de emergencia o si su ingreso responde a una situación programada.</p> <p>Los valores a emplear son los siguientes: E = Situación de emergencia P = Situación programada</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético. • Valores posible: E, P • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(14)	NUMERO PROGRAMA MEDICO PRINCIPAL (PAM)	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico relacionado con la (as) prestación (es) de salud bonificada (s).</p> <p>En el caso que las prestaciones bonificadas se encuentren en varios programas médicos, como podría ser en una hospitalización, se registrará como Programa Médico Principal a aquél en que se detalle la prestación Día (s) cama.</p> <p>Si la (s) prestación (es) bonificada (s) no es parte de un Programa Médico, como por ejemplo Consulta Médica ambulatoria, corresponderá informar valor 0 (cero) en este campo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) deberá registrar valor 0 (cero).
(15)	NUMERO PROGRAMA MEDICO COMPLEMENTARIO	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal para la cobranza de prestaciones.</p> <p>En el caso que la cobranza de prestaciones se realice en un solo Programa Médico, en este campo se registrará valor 0 (cero).</p> <p>Asimismo, si el asegurador asigna como correlativo al PAM complementario, el mismo folio con el que se identifica el PAM principal, deberá repetirse dicho valor en este campo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) deberá registrar valor 0 (cero).
(16)	NUMERO DE BONO DE ATENCION	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la (s) prestación (es) de salud bonificadas.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.

		Validadores de Consistencia: <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el campo Número de Reembolso (17) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar valor 0 (cero).
(17)	NUMERO DE REEMBOLSO	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario. Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el campo Número de Bono de Atención (16) registre valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar valor 0 (cero).
(18)	FECHA DE SOLICITUD	Indica el día, mes y año en que el beneficiario solicita a la Isapre su ingreso a la CAEC. Formato AAAAMMDD, donde: AAAA = Año MM = Mes DD = Día En caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 2 (GES-CAEC), se deberá informar la fecha referencial empleada por la isapre. Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
(19)	FECHA DE AUTORIZACIÓN	Indica el día, mes y año en que la Isapre autoriza el ingreso al prestador encargado de otorgar las atenciones de salud al beneficiario de la CAEC.

		<p>Formato AAAAMMDD, donde: AAAA = Año MM = Mes DD = Día</p> <p>En caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 2 (GES-CAEC), se deberá informar la fecha referencial empleada por la isapre.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta fecha no puede ser inferior a la fecha de solicitud.
(20)	FECHA DE INGRESO AL PRESTADOR	<p>Indica el día, mes y año en que efectivamente el beneficiario de la CAEC ingresa a un prestador institucional o a un profesional que otorga procedimientos adicionales de salud en la red o no red autorizados por la Isapre.</p> <p>En aquellos casos de prestadores que proveen drogas, medicamentos e insumos deberán registrar en este campo la fecha de la factura correspondiente.</p> <p>Formato AAAAMMDD, donde: AAAA = Año MM = Mes DD = Día</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.

(21)	FECHA DE BONIFICACION DE PRESTACIONES	<p>Indica el día, mes y año en que la Isapre valoriza y bonifica las prestaciones efectuadas a un beneficiario de la CAEC.</p> <p>En aquellos casos de prestadores que proveen drogas, medicamentos e insumos deberán registrar en este campo la fecha de la factura correspondiente.</p> <p>Formato AAAAMMDD, donde: AAAA = Año MM = Mes DD = Día</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta fecha no puede ser inferior a la fecha de ingreso al prestador.
(22)	FECHA DE CUMPLIMIENTO DE ANUALIDAD CAEC	<p>Indica el día, mes y año en que se cumple la anualidad para acumular el deducible.</p> <p>El deducible es anual, esto es se acumula durante un año contabilizado desde la fecha en que el beneficiario entere el copago por la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica.</p> <p>Formato AAAAMMDD, donde: AAAA = Año MM = Mes DD = Día</p> <p>En caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 2 (GES-CAEC), se deberá informar la fecha referencial empleada por la isapre.</p> <p>Validadores Técnicos:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
(23)	MONTO DEL DEUCIBLE A ACUMULAR	<p>Corresponde al monto expresado en UF que el beneficiario debe acumular por concepto de deducible, de acuerdo a lo dispuesto en el número 2 del Artículo I del Anexo "Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile" de la Circular IF/N°7, de 2005 o de la que la reemplace.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Los valores deberán informarse con dos decimales, utilizando para ello, el punto como separador de decimales. • Valor dentro del rango 60 y 126 UF, cuando se trate de un beneficiario o una enfermedad catastrófica o diagnóstico. • Valor correspondiente a la diferencia entre las 43 cotizaciones pactadas y el monto de deducible a acumular por el primer beneficiario o enfermedad catastrófica, cuando se trate de más un beneficiario o más de una enfermedad catastrófica o diagnóstico para un mismo beneficiario. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(24)	MONTO DEDUCIBLE EN UF	<p>Corresponde al monto expresado en UF que el beneficiario acumula por concepto de deducible, por las prestaciones relacionadas a una enfermedad catastrófica o diagnóstico.</p> <p>El monto a informar corresponde a la suma de los copagos de las prestaciones incluidas en cada Orden de atención o reembolso asociado al PAM o PAM Complementario.</p> <p>La Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta unidad tenga al último día del mes anterior a aquél en que se efectúe</p>

		<p>la prestación que da origen al copago correspondiente.</p> <p>En el caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 2 (GES-CAEC), se deberá incluir además el monto acumulado como copago en las atenciones GES.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Los valores deberán informarse con dos decimales, utilizando para ello, el punto como separador de decimales. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco.
(25)	MONTO DEDUCIBLE EN PESOS	<p>Corresponde al monto convertido en pesos que el beneficiario acumula por concepto de deducible, por las prestaciones relacionadas a una enfermedad catastrófica o diagnóstico.</p> <p>La Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta unidad tenga al último día del mes anterior a aquél en que se efectúe la prestación que da origen al copago correspondiente.</p> <p>En el caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 2 (GES-CAEC), se deberá incluir además el monto acumulado como copago en las atenciones GES.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco.
(26)	MONTO FACTURADO	<p>Corresponde al monto en pesos que los prestadores han facturado por las prestaciones efectuadas al beneficiario para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.</p>

		<p>El monto a informar corresponde a la suma de los valores totales de las prestaciones incluidas en cada Orden de atención o reembolso asociado al PAM o PAM Complementario.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <p>En el caso que el campo (03) Origen del Beneficio, sea igual a 1 (CAEC), el valor informado en este campo debe ser igual a la sumatoria de los valores informados en los campos "Monto del Deducible en Pesos" (25), "Cobertura del Plan de Salud" (27), "Cobertura CAEC" (28) y "Monto No Cubierto" (29). Rango de aceptación cero, con la excepción de las Isapres que tengan un deducible mayor al establecido en la norma o una bonificación adicional por plan.</p>
(27)	COBERTURA DEL PLAN DE SALUD	<p>Indica el monto en pesos de lo bonificado por el plan de salud por las prestaciones, durante el período de acumulación del deducible, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.</p> <p>El monto a informar corresponde a la suma de las bonificaciones otorgadas en cada Orden de atención o reembolso asociado al PAM o PAM Complementario.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(28)	COBERTURA CAEC	<p>Indica el monto en pesos de lo bonificado por el beneficio CAEC una vez completado el deducible, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.</p>

		<p>El monto a informar corresponde a la suma de la cobertura adicional de enfermedades catastróficas otorgada en cada Orden de atención o reembolso asociado al PAM o PAM Complementario.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(29)	MONTO NO CUBIERTO	<p>Indica el monto en pesos de las prestaciones no cubiertas por el plan ni por el beneficio CAEC, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.</p> <p>El monto a informar corresponde a la suma de los valores sin bonificar en cada Orden de atención o reembolso asociado al PAM o PAM Complementario.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
(30)	FECHA DEL FALLECIMIENTO	<p>Indica el día, mes y año del fallecimiento del beneficiario (que estaba acumulando deducible o usando efectivamente la CAEC en el período informado).</p> <p>En caso de no aplicar se debe informar 18000101.</p> <p>Formato AAAAMMDD, donde: AAAA = Año MM = Mes DD = Día.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.
(31)	ASIGNACIÓN DE PRÉSTAMO	<p>Indica si el beneficiario se encuentra o ha hecho uso de un préstamo otorgado por la</p>

		<p>isapre, para financiar el monto a pagar por concepto del deducible.</p> <p>Los valores a emplear son los siguientes: S = Si N = No</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Campo de tipo alfabético.• Valores posibles: S, N
--	--	---

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

2.1 Instrucciones para el envío de información sobre prestadores CAEC a la Superintendencia

2.1.1. Cada isapre deberá informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales los prestadores CAEC, ingresando a la aplicación informática denominada “Información de Prestadores Convenidos”, contenida en la red privada “extranet” de la Superintendencia de Salud.

Se contará con todos los detalles de la estructura, contenido y correcto uso e ingreso de la información en el ícono denominado “Ayuda General a Aseguradoras”, específicamente en el manual denominado “Manual de Ayuda Sistema de Prestadores Convenidos”.

Para tener acceso a esta aplicación se deberá la identificación de usuario (ID) y la contraseña de acceso (Password) que las isapres, utilizan para ingresar a la Extranet de la Superintendencia.

Se debe recordar que estos elementos de seguridad y acceso son únicos y confidenciales, por lo que deberán ser administrados con el cuidado que corresponda.

2.1.2. Las isapres deberán mantener actualizada la aplicación informática denominada “Información de Prestadores Convenidos” contenido en la red privada Extranet del Portal Web de la Superintendencia de Salud, ingresando modificando o eliminando el convenio con el prestador respectivo, a más tardar, el día hábil anterior a aquel en que entre en vigencia la respectiva modificación, de acuerdo a las instrucciones pertinentes, contenidas en el “Manual de Ayuda Sistema de Prestadores Convenidos”, publicado en el portal institucional.

2.1.3. Las instrucciones técnicas relativas al ingreso de la información de prestadores CAEC se contienen en la aplicación computacional “Información de Prestadores Convenidos”, disponible para las isapres en el portal web de la Superintendencia de Salud.

2.2. Obligación de la isapre de designar un funcionario encargado de la CAEC.

Las instituciones deberán designar formalmente ante la Superintendencia de Salud a una persona que esté ampliamente facultada por la Gerencia General de la isapre para atender y resolver los requerimientos que le formulen los funcionarios del referido Organismo.

Dicha información deberá contener los siguientes antecedentes: a) Nombre del encargado y cargo que desempeña en la isapre; b) Dirección, fono, fax y correo electrónico; c) Nombre del encargado suplente y cargo que desempeña en la isapre y d) Dirección, fono, fax y correo electrónico de dicho suplente.

En caso de reemplazo del encargado o su suplente, la Institución deberá comunicarlo a la Superintendencia con cinco días hábiles de anticipación a la materialización de dicho cambio.

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

3.1. Información sobre la Red CAEC

La Red CAEC actualizada -esto es, los prestadores individuales e institucionales y, dentro de estos últimos, los prestadores individuales que forman parte del convenio- deberá estar permanentemente a disposición de los afiliados y beneficiarios en la página web y en las agencias de la isapre.

La información respecto de los prestadores institucionales deberá contemplar, como mínimo, el nombre del prestador, la dirección, ciudad donde se ubica, teléfono, especialidad, tipo de habitación y tiempos de espera. Respecto de estos últimos, las isapres deberán velar por su cumplimiento.

Frente a cualquier cambio que se produzca en los prestadores, nunca podrán verse afectados los tratamientos en curso que tengan los beneficiarios, de modo que ante dicha circunstancia, la isapre deberá adoptar las medidas tendientes a permitir la continuidad en el otorgamiento de las prestaciones.

3.2. Obligación de información respecto a los beneficios CAEC

Las instituciones deberán informar a sus beneficiarios acerca de la posibilidad de acogerse a la CAEC, cada vez que tomen conocimiento de haberseles diagnosticado una enfermedad que pueda transformarse en catastrófica, indicándoles los procedimientos a seguir para hacer uso de aquel beneficio.

En particular, deberá proporcionarse esta información a propósito de las solicitudes de presupuestos para futuras prestaciones, de los requerimientos de cobertura para prestaciones determinadas o de las consultas acerca del alcance o limitaciones de la cobertura del plan contratado, siempre que de los antecedentes entregados por el peticionario aparezca que la situación de salud de las personas afectadas las habilitaría para acceder a dicho beneficio. Para estos efectos, la institución deberá garantizar la debida preparación y capacitación en estas materias, del personal encargado de la atención de público.

Título XVI: Licencias Médicas y Subsidios por incapacidad laboral

El Archivo maestro sobre Licencias médicas y Subsidios de Incapacidad Laboral deberá ser recibido mensualmente en la Superintendencia de Salud, enviándose a más tardar el día 18 del mes siguiente al que se informa, con excepción del mes de diciembre que deberá informarse a más tardar el día 10 de enero siguiente¹³⁰.

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

Los principales criterios para el llenado de este archivo son los siguientes:¹³¹

- a. El archivo maestro de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral se basa en el concepto de registro único, esto equivale a decir, que las licencias médicas se informan una sola vez en este archivo y se debe considerar la totalidad de los datos asociados a ella, en especial los campos con contenidos financieros. De esta forma, tanto el campo (30) “N° DE DÍAS A PAGAR”, como los campos (31) “MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO”, (32) “MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE” y (37) “MONTO APOORTE PREVISIONAL PENSIONES” deberán contener siempre el total de días y de montos que deben ser pagados por la isapre, no importando si estos se pagan en más de un período.
- b. La información contenida en este archivo corresponde a las licencias médicas resueltas por la isapre, hasta el último día hábil del mes que se informa. Para todos los efectos, se deberá informar en este archivo **sólo la primera resolución emitida** por la Institución de Salud, por lo que toda modificación ocurrida (redictámenes, reconsideraciones y/o reliquidaciones) dentro del mes que se está informando o bien durante otros períodos, deberá ser incluida en el Archivo Maestro “Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones”.

¹³⁰ Descripción modificada por la Circular IF/N°398, de 29 de noviembre de 2021; la cual fue nuevamente modificada por la Circular IF/N°405, de 16 de junio de 2022.

¹³¹ Letras a) y b) incorporadas por la Circular IF N°278 de 29.12.2016 -se releva criterio contenido en Circular N°78/2004-

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

I. Estructura de registro del archivo Licencias Médicas y SIL

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	
(01)	IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA		
	COLOR	Alfabético	
	NÚMERO	Numérico	
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	
(03)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico	
(04)	RUN TRABAJADOR		
	NRO_RUN	Numérico	
	DIG_VERIF_RUN	Alfanumérico	
(05)	FECHA EMISIÓN LICENCIA	Numérico	
(06)	N° DE DÍAS	Numérico	
(07)	FECHA INICIO REPOSO	Numérico	
(08)	EDAD TRABAJADOR	Numérico	
(09)	SEXO TRABAJADOR	Alfabético	
(10)	ACTIVIDAD LABORAL	Numérico	
(11)	OCUPACIÓN	Numérico	
(12)	TIPO LICENCIA	Numérico	
(13)	CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO	Numérico	
(14)	RUN PROFESIONAL		
	NRO_RUN	Numérico	
	DIG_VERIF_RUN	Alfanumérico	
(15)	TIPO PROFESIONAL	Numérico	
(16)	TIPO LICENCIA SEGÚN CONTRALORIA	Numérico	
(17)	N° DÍAS AUTORIZADOS	Numérico	
(18)	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Alfanumérico	
(19)	TIPO DE RESOLUCIÓN	Numérico	
(20)	PERÍODO	Numérico	
(21)	REPOSO AUTORIZADO	Numérico	
(22)	DERECHO A SUBSIDIO	Alfabético	

(23)	FECHA RECEPCIÓN ISAPRE	Numérico	
(24)	FECHA RESOLUCIÓN ISAPRE	Numérico	
(25)	FECHA RECEPCIÓN EMPLEADOR	Numérico	
(26)	CÓDIGO COMUNA	Numérico	
(27)	REGIÓN	Numérico	
(28)	CALIDAD TRABAJADOR	Numérico	
(29)	ENTIDAD PAGADORA	Alfabético	
(30)	N° DÍAS A PAGAR	Numérico	
(31)	MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO	Numérico	
(32)	MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE	Numérico	
(33)	CÓDIGO INST. PREV DE PENSIONES	Numérico	
(34)	FECHA DE INICIO DEL PAGO	Numérico	
(35)	RECUPERABILIDAD	Numérico	
(36)	FECHA DE CONCEPCIÓN	Numérico	
(37)	MONTO APOORTE PREVISIONAL DE PENSIONES	Numérico	
(38)	OTROS DIAGNÓSTICOS	Alfanumérico	
(39)	RUN DE IDENTIFICACIÓN DEL HIJO		
	NRO_RUN	Numérico	
	DIG_VERIF_RUN	Alfanumérico	
(40)	LUGAR DE REPOSO	Numérico	
(41)	INICIO TRÁMITE DE INVALIDEZ	Numérico	
(42)	CAUSA RECHAZO O MODIFICACIÓN	Numérico	
(43)	N° DÍAS PREVIOS AUTORIZADOS	Numérico	
(44)	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	Numérico	
(45)	FECHA CONTRATO DE TRABAJO	Numérico	
(46)	MONTO BASE CÁLCULO SUBSIDIO	Numérico	
(47)	RUN EMPLEADOR		
	Nro RUN	Numérico	
DIG_VERIF_RUN	Alfanumérico	
(48)	IDENTIFICACIÓN LICENCIA CONTINUA	Numérico	
(49)	FECHA NACIMIENTO DEL HIJO	Numérico	

II.- Definiciones del Archivo Maestro de Licencias Médicas y SIL 132

(01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA	<p>Está compuesta de los siguientes campos:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Color, que tiene dos valores, café o verde, según el color del formulario con valores C o V, donde: C: Café V: Verde <p>De tratarse de una licencia médica emitida electrónicamente, deberá identificarse en este campo el tipo de emisión empleando el siguiente valor.</p> <p>E: Electrónica</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Número, que corresponde al número correlativo único nacional por color, impreso por la Casa Moneda en el extremo superior derecho del formulario "Licencia Médica" o bien al folio de la licencia médica electrónica. <p>Ambos campos deben separarse por el carácter " ". Por ejemplo el Formulario C222 debe informarse como C 222.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <p>Número:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. <p>Color:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Campo de tipo alfanumérico.▪ Valores posibles: C,V o E▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
---	---

¹³² Validaciones del archivo modificadas por la Circular IF/N°146, de 24 de marzo de 2011.

(02) CÓDIGO ISAPRE	<p>Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en la Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero.▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
(03) FECHA DE LA INFORMACIÓN ¹³³	<p>Corresponde al mes y año en que la isapre emitió la resolución de la licencia médica correspondiente.</p> <p>La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar todas las licencias resueltas por la Isapre -según corresponda- durante el mes que se informa.</p> <p>La resolución de la licencia médica que se informe deberá corresponder a la primera emitida por la isapre.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <p>Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero.</p> <p>Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.</p> <p>El mes y año debe corresponder al mes y año que se está informando.</p>

¹³³ Definición del campo (03) "Fecha de la información" modificada por la Circular IF N°278 del 29.12.2016

<p>(04) RUN DEL TRABAJADOR</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario “Licencia Médica”.</p> <p>Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura:</p> <p>NRO_RUN DIG_VERIF_RUN.</p> <p>Ambos campos deben separarse por el carácter “ ”. Por ejemplo el RUN 1-9 debe informarse como 1 9.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <p>Número de RUN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión <p>Dígito Verificador RUN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en el campo Dígito Verificador RUN del trabajador con lo informado en el número de RUN del Trabajador, por medio de la rutina Módulo 11. ▪ El valor que se informe en este campo debe ser distinto del que se registre en el campo (39) RUN DEL HIJO.
<p>(05) FECHA EMISIÓN LICENCIA</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario “Licencia Médica”.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
<p>(06) N° DE DÍAS</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario “Licencia Médica”.</p>

	<p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
<p>(07) FECHA INICIO REPOSO</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario "Licencia Médica" (Fecha inicio reposo).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
<p>(08) EDAD TRABAJADOR</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ El valor que se informe no puede ser menor a 14.
<p>(09) SEXO TRABAJADOR</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.1 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Valores posibles: F o M, donde: F= Femenino M = Masculino. <p>Validadores de Consistencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual 3 (Licencia Maternal pre y post natal) ó 7 (Patología del Embarazo), entonces el

	valor que se informe en este campo debe ser "F".
(10) ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR	Debe obtenerse de la sección C.1 del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores Posibles: entre 0 y 9, donde: <ul style="list-style-type: none"> 0 = Agricultura, servicios agrícolas, silvicultura y pesca 1 = Minas, petróleos y canteras 2 = Industrias manufactureras 3 = Construcción 4 = Electricidad, gas y agua 5 = Comercio 6 = Transporte, almacenamiento y comunicaciones 7 = Finanzas, seguros bienes muebles y servicios técnicos, profesionales y otros 8 = Servicios estatales, sociales, personales e internacionales 9 = Actividad no especificada
(11) OCUPACIÓN	Debe obtenerse de la sección C.1 del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 11 y 19, donde: <ul style="list-style-type: none"> 11= Ejecutivo o Directivo 12= Profesor 13= Otro Profesional 14= Técnico 15= Vendedor

	16= Administrativo 17= Operario, Trabajador Manual 18= Trabajador de Casa Particular 19= Otro
(12) TIPO DE LICENCIA	Debe obtenerse de la sección A.3 del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 7, donde: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Enfermedad o accidente común 2 = Prórroga medicina preventiva 3 = Licencia maternal pre y post natal 4 = Enfermedad grave hijo menor de 1 año 5 = Accidente del trabajo o del trayecto 6 = Enfermedad profesional 7 = Patología del Embarazo
(13) CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO	Debe obtenerse de la sección A.4 del formulario "Licencia Médica". Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 4, donde: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Reposo total 2 = Reposo parcial A (mañana) 3 = Reposo parcial B (tarde) 4 = Reposo parcial C (noche)
(14) RUN DEL PROFESIONAL	Debe obtenerse de la sección A.5 del formulario "Licencia Médica".

	<p>Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura: NRO_RUN, DIG_VERIF_RUN.</p> <p>Ambos campos deben separarse por el carácter " ". Por ejemplo el RUN 1-9 debe informarse como 1 9.</p> <p>Validadores Técnicos: Número de RUN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma, decimal o guión. <p>Dígito Verificador RUN Profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en el campo Dígito Verificador RUN Profesional con lo informado en el número de RUN, por medio de la rutina Módulo 11.
<p>(15) TIPO PROFESIONAL</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.5 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 3, donde: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Médico 2 = Dentista 3 = Matrona <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 3 (Licencia Maternal pre y post natal), entonces este campo debe ser igual a 1 (Médico) ó 3 (Matrona). ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 4 (Enfermedad grave del hijo menor de 1 año), entonces este campo

	(15) TIPO DE PROFESIONAL debe ser igual a 1 (Médico).
<p>(16) TIPO LICENCIA SEGÚN CONTRALORÍA MÉDICA</p>	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, o blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 7, donde: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Enfermedad o accidente común 2 = Prórroga medicina preventiva 3 = Licencia maternal pre y post natal 4 = Enfermedad grave hijo menor de 1 año 5 = Accidente del trabajo o del trayecto 6 = Enfermedad profesional 7 = Patología del Embarazo
<p>(17) N° DÍAS AUTORIZADOS</p>	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma, decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese) entonces el valor de este campo debe ser igual a cero (0). ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 1 (Autorícese), entonces el valor de este campo debe ser igual al valor registrado en campo (06) N° DE DÍAS. ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 3 (Amplíese), entonces el valor de este campo debe ser mayor o igual al valor registrado en el campo (06) N° DE DIAS.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 4 (Redúcese), entonces el valor de este campo debe ser menor o igual al valor registrado en el campo (06) N° DE DÍAS. ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 1 (Autorícese), entonces el valor de este campo no puede ser mayor que el campo (06) N° DE DÍAS.
<p>(18) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.6 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Corresponde al código que identifica el diagnóstico principal.</p> <p>Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.), definida por la O.M.S. en su versión 10.</p> <p>La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) no debe ser usada para el caso de las licencias médicas por cuanto su objetivo principal es agrupar causas de enfermedades. Por lo tanto, para el caso de las Licencias Maternales, se usará sólo de manera especial y con el propósito de identificar el tipo de beneficio, la homologación de los siguientes códigos:</p> <p>Z02.70= Reposo Prenatal Z02.71 = Reposo Postnatal Z02.72= Ampliación Reposo Prenatal</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico, debe informarse con todos los caracteres definidos en el código, incluyendo puntos o símbolos especiales. ▪ Valores Posibles: los códigos del CIE 10.

<p>(19) TIPO DE RESOLUCIÓN ¹³⁴</p>	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".</p> <p>La resolución de la licencia médica que se informe deberá corresponder a la primera emitida por la isapre.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 4, según corresponda a lo resuelto por la isapre, donde: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Autorícese 2 = Rechácese 3 = Amplíese 4 = Redúcese
<p>(20) PERÍODO</p>	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 2, donde: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Primera 2 = Continuación
<p>(21) REPOSO AUTORIZADO</p>	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 4, según corresponda a lo resuelto por la isapre, donde:

¹³⁴ Definición del campo (19) "Tipo de Resolución" modificada por la Circular IF N°278 del 29.12.2016

	<p>1 = Reposo total</p> <p>2 = Reposo parcial A (mañana)</p> <p>3 = Reposo parcial B (tarde)</p> <p>4 = Reposo parcial C (noche)</p> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (16) TIPO LICENCIA SEGÚN CONTRALORÍA MÉDICA es igual a 3 (Licencia Maternal pre y post natal) ó 4 (Enfermedad grave del hijo menor de 1 año), entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual a 1 (Reposo total).
(22) DERECHO A SUBSIDIO	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: A, B o C, donde: A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en la Ley 18.469 o art. 30 Ley 16.744. B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable. Art. 56 del DS N°3/84. C = Sin derecho a subsidio. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese), entonces el valor que se informe en este campo debe ser "C" (Sin derecho a subsidio).
(23) FECHA RECEPCIÓN ISAPRE	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor que se informe en este campo debe ser igual o mayor al valor informado en el campo (05) FECHA EMISIÓN LICENCIA.
<p>(24) FECHA RESOLUCIÓN ISAPRE</p>	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario “Licencia Médica”.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor que se informe en este campo debe ser igual o mayor (posterior) al valor informado en el campo (23) FECHA RECEPCIÓN ISAPRE
<p>(25) FECHA RECEPCIÓN EMPLEADOR</p>	<p>Debe obtenerse de la sección C.1 del formulario “Licencia Médica”.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor que se informe en este campo debe ser menor (anterior) o igual al valor informado en el campo (23) FECHA RECEPCIÓN ISAPRE.
<p>(26) CÓDIGO COMUNA</p>	<p>Debe obtenerse de la sección C.1 del formulario “Licencia Médica” (comuna donde cumple funciones el trabajador) y debe informarse codificado de acuerdo con la numeración definida por el I.N.E.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valores Posibles: Según codificación INE <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará que la comuna informada pertenezca a la región registrada en el campo (27).
(27) REGIÓN	<p>Corresponde a la región donde cumple funciones el trabajador.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: Según codificación INE
(28) CALIDAD DEL TRABAJADOR	<p>Debe obtenerse de la sección C.2 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 4, donde: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Trabajador sector público afecto a Ley 18.834. 2 = Trabajador sector público no afecto a Ley 18.834. 3 = Trabajador dependiente sector privado. 4 = Trabajador independiente.
(29) ENTIDAD PAGADORA	<p>Debe obtenerse de la sección C.2 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores Posibles: Entre A y H, donde: <ul style="list-style-type: none"> A = Servicio de salud B = Isapre

	<p>C = CCAF D = Empleador E = Servicio de salud F = Mutual G = IPS, o el que lo reemplace¹³⁵ H = Empleador</p> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 1, 2, 3, 4 ó 7, en este campo se registrará los valores A, B, C o D. ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 5 ó 6, en este campo se registrará los valores E, F, G o H.
<p>(30) N° DÍAS A PAGAR</p>	<p>Corresponde al número total de días con derecho a subsidio que la isapre debe pagar.</p> <p>Deberá informarse siempre el total de días, independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en períodos diferidos.</p> <p>Respecto de las licencias autorizadas que sean primeras licencias, menores a 11 días, deberán descontarse los tres primeros días.</p> <p>Respecto de las licencias autorizadas que sean continuación de primeras licencias menores a 11 días, deberán incluirse los tres días descontados de la primera licencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "B" (Con cargo empleador) o "C" (Sin derecho a subsidio), entonces el

¹³⁵ Modificado por Circular IF/275, de 2016.

	<p>valor informado en este campo debe ser cero (0).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es distinto de "B" (Isapre), entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese) entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo (17) N° DÍAS AUTORIZADOS es mayor a diez (10), el campo (20) PERÍODO es igual a 1 (Primera), el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "A" (Con derecho a subsidio), y el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es igual a "B" (Isapre), entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual al campo (17) N° DÍAS AUTORIZADOS. ▪ Si el campo (17) N° DÍAS AUTORIZADOS es menor o igual a diez (10), el campo (20) PERÍODO es igual a 1 (Primera), el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "A" (Con derecho a subsidio), el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es igual a "B" (Isapre), entonces el valor que se informe en el campo (30) N° DÍAS A PAGAR debe ser igual al campo (17) N° DÍAS AUTORIZADOS menos tres (3).
<p>(31) MONTO SUBSIDIO LIQUIDO</p>	<p>Corresponde al monto total en pesos a pagar al trabajador por concepto de subsidio.</p> <p>Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éste se paga de una sola vez o en períodos diferidos.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor que se informe en este campo debe ser igual al valor que se informe en

	<p>el campo (46) MONTO BASE CALCULO SUBSIDIO dividido por 30 y multiplicado por el valor informado en el campo (30) N° DIAS A PAGAR.</p>
<p>(32) MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE</p>	<p>Corresponde al monto total en pesos a pagar a la isapre de la que sea beneficiario o beneficiaria la persona trabajadora, por concepto de cotizaciones de salud¹³⁶.</p> <p>Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éstas se pagan de una sola vez o en períodos diferidos. Se obtiene al momento de realizar la liquidación de subsidio.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese) entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual a cero (0). ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 1 (Autorícese) o 3 (Amplíese) o igual a 4 (Redúcese), y el valor que se informa en el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "A" (Con derecho a subsidio), y el valor del campo (29) ENTIDAD PAGADORA es "B" (Isapre); entonces el valor que se informe en este campo debe ser mayor que cero (0). ▪ Si el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es distinto al valor "B" (Isapre) entonces el valor que se informe en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "B" (Con derecho a SIL con cargo empleador o entidad responsable) o "C" (Sin derecho a subsidio), entonces el valor que se informe en este campo debe ser cero (0).

¹³⁶ Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

<p>(33) CÓDIGO PREVISIONAL INSTITUCIÓN</p>	<p>Corresponde al número de identificación de la Institución Previsional en la que se enteran las respectivas cotizaciones de pensiones del subsidio. En el caso de las AFP deberá utilizarse la codificación que asigna la Superintendencia de Pensiones.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Valores posibles: Si corresponde a una AFP, deberá utilizarse la codificación que asigna la Superintendencia de Pensiones. En caso de tratarse de una entidad distinta a ellas, deberá utilizarse -cualquiera sea el caso- el código 999.
<p>(34) FECHA INICIO DEL PAGO</p>	<p>Corresponde a la fecha en que la isapre da inicio al pago previsional. Debe obtenerse de los antecedentes de la liquidación de subsidios.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor que se informa en este campo debe ser mayor que el valor informado en el campo (23) FECHA RECEPCIÓN ISAPRE. ▪ Si el campo (32) MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE o el campo (37) MONTO APORTE PREVISIONAL PARA PENSIONES, es igual a cero (0), entonces el valor de este campo debe ser 01011800. ▪ Si el campo (32) MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE o el campo (37) MONTO APORTE PREVISIONAL PARA PENSIONES es distinto de cero (0), entonces el valor de este campo debe ser distinto de 01011800.

<p>(35) RECUPERABILIDAD</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.3 “Tipo de Licencia”.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: 1 y 2 , donde: 1 = SI 2 = NO
<p>(36) FECHA DE CONCEPCIÓN</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.3 Tipo de Licencia.</p> <p>En el caso de juicios de adopción plena (Ley 18867) en que corresponde licencia postnatal cuando el niño es menor de 6 meses de edad, para efectos del cálculo del subsidio correspondiente, deberá informarse la “fecha de nacimiento del hijo” y no la “fecha de la concepción”.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser MMAAAA, donde MM=mes y AAAA=año. ▪ Si el campo (12) TIPO DE LICENCIA registra valor distinto de 3 (Licencia maternal pre y postnatal), se deberá informar el valor 011800.
<p>(37) MONTO APORTE PREVISIONAL PARA PENSIONES</p>	<p>Corresponde al monto total en pesos a pagar a las entidades previsionales de pensiones a las que esté afiliado el trabajador.</p> <p>Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en períodos diferidos. Debe obtenerse de los antecedentes de la liquidación de subsidios.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese) entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual a cero (0). ▪ Si el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 1 (Autorícese), 3 (Amplíese), o 4 (Redúcese), y el valor que se informa en el campo (22) DERECHO A SUBSIDIO es igual a "A" (Con derecho a subsidio), y el valor del campo (29) ENTIDAD PAGADORA es "B" (Isapre); entonces el valor que se informe en este campo debe ser mayor que cero (0). ▪ Si el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es distinto al valor "B" (Isapre) entonces el valor que se informe en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el campo 22 (DERECHO A SUBSIDIO) es igual a "B" (Con cargo empleador) o "C" (Sin derecho a subsidio), entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0).
<p>(38) OTROS DIAGNÓSTICOS</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.6, "Otros Diagnósticos", del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Debe informarse de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.), definida por la O.M.S. en su versión 10.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico, debe informarse con todos los caracteres definidos en el código, incluyendo puntos o símbolos especiales. ▪ Valores Posibles: los códigos del CIE 10. ▪ En caso de no existir otros diagnósticos no se debe informar.
<p>(39) RUN DEL HIJO</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.2 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura:</p> <p>NRO_RUN, DIG_VERIF_RUN.</p>

	<p>Ambos campos deben separarse por el carácter " ". Por ejemplo el RUN 1-9 debe informarse como 1 9.</p> <p>Para las situaciones contempladas en los Validadores de Consistencia y en los casos del mortinato o los niños nacidos en el extranjero se deberá registrar el valor 0 X.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <p>Número RUN del hijo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Dígito Verificador RUN del Hijo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K, X. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en el campo Dígito Verificador RUN del hijo con lo informado en el número de RUN del hijo, por medio de la rutina Módulo 11, a excepción de los casos en que el RUN informado corresponda a 0 X. ▪ Si el valor que se informa en el campo (12) TIPO DE LICENCIA es distinto a 4 (Enfermedad grave hijo menor de 1 año) o bien distinto de 3 (Licencia Maternal post natal), y el campo (17) NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS es igual a 84, entonces corresponderá informar en este campo 0 X.
<p>(40) LUGAR DE REPOSO</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.4 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 7, donde: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Su domicilio 2 = Hospital 3 = Otro domicilio 4 = 1 y 2 (ó 2 y 1) 5 = 1 y 3 (ó 3 y 1) 6 = 2 y 3 (ó 3 y 2) 7 = 1, 2 y 3 (o cualquier combinación que incluya los valores indicados)
<p>(41) INICIO TRÁMITE DE INVALIDEZ</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.3 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 2, donde: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Si 2 = No
<p>(42) CAUSA RECHAZO O MODIFICACIÓN</p>	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1, 2, 3, 4, 5 y 9 donde: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Reposo injustificado 2 = Diagnóstico irrecuperable 3 = Fuera de Plazo 4 = Incumplimiento reposo 5 = Otro

	<p>9 = En el caso de que no exista rechazo o modificación, se deberá informar este valor.</p> <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor que se informa en el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 2 (Rechácese) o 3 (Amplíese) o 4 (Redúcese), entonces el valor informado en este campo deberá estar entre 1 y 5. ▪ Si el valor que se informa en el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN es igual a 1 (Autorícese), entonces el valor informado en este campo debe ser 9.
<p>(43) N° DÍAS PREVIOS AUTORIZADOS</p>	<p>Debe obtenerse de la sección B del formulario “Licencia Médica”. Corresponde a los días previos autorizados de acuerdo a lo señalado en el Título II “Disposiciones comunes para el otorgamiento y tramitación de las licencias médicas” del Capítulo IV, Licencias Médicas.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor que se informa en el campo (20) PERIODO es igual a 1 (Primera) entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0). ▪ Si el valor que se informa en el campo (20) PERIODO es igual a 2 (Continuación) entonces el valor informado en este campo debe ser distinto de cero (0).
<p>(44) FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL</p>	<p>Debe obtenerse de la sección C.2 del formulario de “Licencia Médica”.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valores posibles: En caso de no disponer de este dato, se deberá informar el valor 01011800.
(45) FECHA CONTRATO DE TRABAJO	<p>Debe obtenerse de la sección C.2 del formulario de "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ En caso de no disponer de este dato, se deberá informar el valor 01011800.
(46) MONTO BASE CÁLCULO SUBSIDIO	<p>Corresponde al monto en pesos, equivalente al promedio de rentas utilizado por la isapre, para determinar el monto de subsidio líquido, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de D.F.L N° 44 del año 1978.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor que se informa en el campo (30) N° DÍAS A PAGAR es mayor a cero (0), entonces el valor informado en este campo debe ser mayor a cero (0).
(47) RUN DEL EMPLEADOR	<p>Debe obtenerse de la sección C.1 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Debe informarse de acuerdo con la siguiente estructura:</p> <p>NRO_RUN DIG_VERIF_RUN.</p> <p>Ambos campos deben separarse por el carácter " ". Por ejemplo el RUN 1-9 debe informarse como 1 9.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <p>Número de RUN del Empleador:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. Dígito Verificador RUN del Empleador: ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en el campo Dígito Verificador RUN del Empleador con lo informado en el número de RUN del Empleador, por medio de la rutina Módulo 11.
<p>(48) IDENTIFICACION LICENCIA CONTINUA</p>	<p>Corresponde a la identificación de la primera licencia que da inicio a la solución de continuidad de esta licencia.</p> <p>Está compuesta de los siguientes campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Color, que tiene dos valores, café o verde, según el color del formulario con valores C o V, donde: C: Café V: Verde <p>De tratarse de una licencia médica emitida electrónicamente, deberá identificarse en este campo el tipo de emisión empleando el siguiente valor.</p> <p>E: Electrónica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número, que corresponde al número correlativo único nacional por color, impreso por la Casa Moneda en el extremo superior derecho del formulario "Licencia Médica" o bien al folio de la licencia médica electrónica. <p>Ambos campos deben separarse por el carácter " ". Por ejemplo el Formulario C222 debe informarse como C 222.</p> <p>Validadores Técnicos: Número de la Licencia:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. <p>Color de la licencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores posibles: C , V o E <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (20) PERIODO es igual a 1 (Primera), entonces el valor que se informe en este campo debe ser igual a 0 (cero). ▪ Si el campo (20) PERIODO es igual a 2 (Continuación), entonces el valor que se informe en este campo debe ser distinto del valor informado en el campo (01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA.
<p>(49) FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO</p>	<p>Debe obtenerse de la sección A.2 del formulario "Licencia Médica".</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor que se informa en el campo (12) TIPO DE LICENCIA es igual a 4 (Enfermedad grave hijo menor de 1 año), o bien es igual a 3 (Licencia Maternal post natal), y el campo (17) NÚMERO DE DÍAS AUTORIZADOS igual a 84, entonces el valor informado en este campo debe ser distinto de 01011800.

5. Validadores Adicionales de Consistencia¹³⁷

1.1. Consistencia con el mismo archivo

- Se validará que la combinación de campos (01) "IDENTIFICADOR DE LA LICENCIA" y (04) "RUN DEL TRABAJADOR", sea única.
- Para una licencia cuyo campo (20) PERIODO registre el valor 2 (Continuación), el par de los campos (04) RUN DEL TRABAJADOR y (48) IDENTIFICACIÓN DE LICENCIA CONTINUA del mismo registro, debe ser igual al par de los campos (04) RUN DEL TRABAJADOR y (01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA, en periodos anteriores o en el mismo periodo.

1.2. Consistencia con otros archivos

- Se verificará que el RUN DEL TRABAJADOR correspondiente al campo (04) de este archivo, se encuentre en la Base de Datos de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitidos a esta Superintendencia, para el período (mes y año) del campo (03) en que se informa la resolución de la licencia médica.
- Se verificará que la identificación del sexo para el campo (09) SEXO DEL TRABAJADOR informada en este archivo, corresponda a la información contenida en la Base de Beneficiarios (Cotizantes y Cargas) remitidos a esta Superintendencia.

1.3 Representatividad de valores por campo

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

Los valores mínimos de representatividad serán publicados en la Extranet de esta Superintendencia y los registros serán validados de acuerdo a los porcentajes allí establecidos.

- Para el campo (01) Color de la Licencia, se validará que los valores posibles; V "Verde" y C "Café", se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (09) SEXO DEL TRABAJADOR se validará que los valores posibles: F "Femenino" y M "Masculino", se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

¹³⁷ Validaciones del archivo modificadas por la Circular IF/N° 146, de 24 de marzo de 2011.

- Para el campo (12) TIPO DE LICENCIA se validará que los valores posibles: 1 “Enfermedad o accidente común”; 3 “Licencia maternal pre y post natal”; 4 “Enfermedad grave hijo menor de 1 año” y 7 “Patología del Embarazo” se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (18) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL se validará que aquellos diagnósticos que se inicien con la letra “E” se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (19) TIPO DE RESOLUCIÓN se validará que los valores posibles: 1 “Autorícese”; 2 “Rechácese” y 4 “Redúcese” se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (20) PERÍODO se validará que los valores posibles: 1 “Primera” y 2 “Continuación” se encuentren representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.
- Para el campo (29) ENTIDAD PAGADORA se validará que el valor B “Isapre” se encuentre representado¹³⁸ en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

¹³⁸ Letra “s” final, suprimida por Circular IF/275, de 2016.

III. Estructura de registro del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones de la isapre y Reliquidaciones

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	IDENTIFICACIÓN LICENCIA COLOR NÚMERO	Alfabético Numérico
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico
(03)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
(04)	TIPO DE SITUACIÓN	Numérico
(05)	TIPO DE FALLO	Numérico
(06)	FECHA DE RECEPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE LA COMPIN	Numérico
(07)	IDENTIFICACIÓN DE LA COMPIN	Numérico
(08)	NÚMERO DE LA RESOLUCIÓN COMPIN	Alfanumérico
(09)	N° DÍAS A PAGAR	Numérico
(10)	MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO	Numérico
(11)	MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE	Numérico
(12)	PLAZO OTORGADO POR COMPIN	Numérico
(13)	FECHA CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN	Numérico
(14)	MONTO APOORTE PREVISIONAL DE PENSIONES	Numérico

IV. Definiciones del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones ¹³⁹

¹³⁹ Validaciones del archivo modificadas por la Circular IF/N°146, de 24 de marzo de 2011.

Este archivo se estructura a partir de tres tipos de situaciones:

- Aquellas que se generan desde la COMPIN (redictámenes) cuando ésta se pronuncia sobre el reclamo deducido por el trabajador.
- Las que se generan desde la propia isapre (reconsideraciones) cuando ésta cambia su resolución respecto del tipo de fallo de su contraloría médica (de casos en que el¹⁴⁰ cotizante apela directamente a ella).
- Reliquidaciones, cuando no corresponde a las situaciones anteriores y sólo obedece a cambios o ajustes en las bases de cálculo.

<p>(01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA</p>	<p>Está compuesta de los siguientes campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Color, que tiene dos valores, café o verde, según el color del formulario con valores C o V, donde: C: Café V: Verde <p>De tratarse de una licencia médica emitida electrónicamente, deberá identificarse en este campo el tipo de emisión empleando el siguiente valor.</p> <p>E: Electrónica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número, que corresponde al número correlativo único nacional por color, impreso por la Casa Moneda en el extremo superior derecho del formulario "Licencia Médica" o bien al folio de la licencia médica electrónica. <p>Ambos campos deben separarse por el carácter " ". Por ejemplo el Formulario C222 debe informarse como C 222.</p> <p>Validadores Técnicos: Número de la Licencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión, con valor distinto de cero. <p>Color de la licencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: C, V o E ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
--	--

¹⁴⁰ Letra "I" agregada por Circular IF/275, de 2016.

(02) CÓDIGO ISAPRE	<p>Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en la Superintendencia.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
(03) FECHA DE LA INFORMACIÓN	<p>Corresponde al mes y año en que la isapre recepciona el fallo emitido por la COMPIN o cuando la isapre reconsidera un dictamen anterior.</p> <p>La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar todos los fallos o reconsideraciones efectuadas por la COMPIN o Isapre, según corresponda, hasta el último día hábil del mes que se informa.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ El mes y año debe corresponder al mes y año en curso que se está informando.
(04) TIPO DE SITUACIÓN	<p>Corresponde a la causa u origen que provoca un redictamen.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ Valores Posibles: entre 1 y 3, donde: 1= Redictamen emitido por la COMPIN (casos cuando existe un fallo de la COMPIN) 2= Reconsideración emitida por la isapre (casos cuando existe un reclamo en la propia isapre) 3= Reliquidación (casos cuando sólo existe un ajuste en el cálculo del SIL, sin que éste sea causal de un fallo de la COMPIN o un reclamo en la isapre.

<p>(05) TIPO DE FALLO</p>	<p>Identifica lo redictaminado por la COMPIN o lo reconsiderado por la propia isapre en relación con la licencia médica reclamada.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. ▪ Valores Posibles: entre 0 y 3, donde: <ul style="list-style-type: none"> 0 = En caso de efectuarse sólo una reliquidación. 1 = Acoge el reclamo del cotizante. 2 = Acoge parcialmente el reclamo del cotizante. 3 = Rechaza el reclamo del cotizante <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valores 1 (Redictamen emitido por la COMPIN) o 2 (Reconsideración emitida por la Isapre), este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación informa valor igual a 3 (Reliquidación), este campo deberá registrar valor 0 (cero).
<p>(06) FECHA DE RECEPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN COMPIN</p>	<p>Corresponde al día, mes y año en que la isapre recepciona el fallo emitido por la COMPIN.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 04 (Tipo de Situación) registra valor 2 (Reconsideración emitida por la Isapre) o 3 (Reliquidación), en este campo deberá informarse el valor 01011800.

<p>(07) IDENTIFICACIÓN DE LA COMPIN</p>	<p>Corresponde al código que identifica a la COMPIN que emitió el fallo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación es igual a 1 (Redictamen emitido por la COMPIN), este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 2 (Reconsideración emitida por la Isapre) o 3 (Reliquidación), en este campo deberá informarse valor 0 (cero).
<p>(08) NÚMERO DE LA RESOLUCIÓN</p>	<p>Corresponde a la identificación asignada por la COMPIN a la resolución de fallo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación es igual a 1 (Redictamen emitido por la COMPIN), este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 2 (Reconsideración emitida por la Isapre) o 3 (Reliquidación), en este campo deberá informarse valor 0 (cero).
<p>(09) N° DÍAS A PAGAR</p>	<p>Corresponde informar el número total de días con derecho a subsidio, de acuerdo a lo redictaminado por la COMPIN o reconsiderado por la propia isapre.</p> <p>Deberá informarse el total de días, independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en períodos diferidos.</p>

	<p>Deben informarse sólo los días adicionales a los ya informados en primera instancia.</p> <p>Respecto de las primeras licencias que fueron modificadas por la isapre, quedando menores o iguales a 10 días y que debido a la resolución de la COMPIN o la isapre pasen a ser mayores o iguales de 11 días, deberán agregarse los tres días descontados con anterioridad.</p> <p>Respecto de las licencias que son continuación y que fueron modificadas por la isapre, donde la suma de ambas fue menor a 11 días, y que debido a la resolución de la COMPIN o de la isapre la suma de ambas pasó a ser mayor de 10 días, deberán agregarse los tres días descontados con anterioridad.</p> <p>Debe ser cero sólo en el caso que la COMPIN confirme la resolución emitida por la isapre y en aquellos casos en que sólo se vean afectados los montos monetarios.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (05) Tipo de Fallo es igual a 3 (Rechaza el reclamo del cotizante), entonces en este campo deberá registrarse valor 0 (cero).
<p>(10) MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO</p>	<p>Corresponde al monto total en pesos a pagar al trabajador por concepto de subsidio, de acuerdo a lo resuelto por la COMPIN o la propia isapre.</p> <p>Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éste se paga de una sola vez o en períodos diferidos.</p>

	<p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (05) Tipo de Fallo es igual a 3 (Rechaza el reclamo del cotizante), entonces en este campo deberá registrarse valor 0 (cero). ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación es igual a 3 (Reliquidación), este campo deberá registrar un valor distinto de 0 (cero).
<p>(11) MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE</p>	<p>Corresponde al monto total en pesos a pagar a la isapre de la que sea beneficiario o beneficiaria la persona trabajadora, de acuerdo a lo resuelto por la COMPIN o la propia isapre¹⁴¹.</p> <p>Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en períodos diferidos.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (10) MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO es distinto de 0 (cero), entonces este campo deberá registrar valor distinto de 0 (cero). ▪ Si el campo (10) MONTO SUBSIDIO LIQUIDO es igual a 0 (cero), entonces este campo deberá registrar valor 0 (cero). ▪

¹⁴¹ Párrafo modificado por Circular IF N° 414, de 21.10.22

<p>(12) PLAZO OTORGADO POR LA COMPIN</p>	<p>Corresponde a la fecha en que expira el plazo otorgado por la COMPIN para el cumplimiento por parte de la isapre.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 2 (Reconsideración emitida por la Isapre) o 3 (Reliquidación), en este campo deberá informarse valor 01011800.
<p>(13) FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN COMPIN</p>	<p>Corresponde a la fecha en que la isapre da cumplimiento a los resuelto por la COMPIN (pone a disposición el cheque).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ El formato debe ser DDMMAAAA, donde DD=día, MM=mes y AAAA=año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación es igual a 1, el valor que se registre en este campo deberá ser mayor o igual que el indicado en el campo (06) Fecha de Recepción de la Resolución de la COMPIN. ▪ Si el campo (04) Tipo de Situación registra valor 2 (Reconsideración emitida por la Isapre) o 3 (Reliquidación), en este campo deberá informarse valor 01011800.
<p>(14) MONTO APOORTE PREVISIONAL DE PENSIONES</p>	<p>Corresponde al monto total en pesos a pagar a las entidades previsionales de pensiones a las que esté afiliado el trabajador, de acuerdo a lo resuelto por la COMPIN o la propia isapre.</p>

	<p>Deberá informarse siempre el monto total, independientemente si éstos se pagan de una sola vez o en períodos diferidos.</p> <p>Debe informarse sólo el monto adicional al calculado originalmente por la isapre.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión.▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Si el campo (10) MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO es distinto de 0 (cero), entonces este campo deberá registrarse valor distinto de 0 (cero).▪ Si el campo (10) MONTO SUBSIDIO LIQUIDO es igual a 0 (cero), entonces este campo deberá registrar valor 0 (cero).
--	--

Validadores Adicionales de Consistencia

Consistencia con otros archivos

- Se validará que el número, color o emisión electrónica de la licencia informado mediante el campo (01) IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA exista en el Archivo Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad laboral para el mismo asegurador.

- Se validará que si el campo (04) TIPO DE SITUACIÓN es igual a 1, el campo (06) FECHA DE RECEPCIÓN de la resolución de la COMPIN último deberá registrar un valor mayor al informado en el campo (24) FECHA RESOLUCIÓN ISAPRE, perteneciente al Archivo Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad laboral, para el mismo par de campos IDENTIFICACIÓN DE LA LICENCIA y RUN DEL TRABAJADOR.

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

Las isapres y el Fonasa deberán remitir mensualmente a la Superintendencia la información estadística de los reclamos que tramiten, de acuerdo a la clasificación de materias y estructura computacional del registro, que se especifican, respectivamente, en los Anexos N° 1 y N° 2 de este Título, a más tardar el día diez del mes siguiente a aquél que se informa.¹⁴²

Anexo N° 1: Clasificación y estadísticas de reclamos en isapres

Según la definición de “Reclamos: Toda presentación formal a raíz de un conflicto particular suscitado entre el Fondo Nacional de Salud o una isapre, por una parte, y uno o más cotizantes, beneficiarios, ex cotizantes o ex beneficiarios, por la otra, dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud”, los archivos computacionales que contengan estadísticas de reclamos, deberán considerar las características que se indican.

1. Definiciones del Archivo Computacional

La información de Estadísticas de Reclamos, debe ser enviada de acuerdo a la estructura fija que se acompaña en el punto 4 de este anexo, y según las especificaciones para la generación y envío de archivo indicadas en el presente documento.

Los datos del mes deben estar contenidos en la estructura, la cual no debe ser modificada por agregación o eliminación de ítems, correspondiendo a esta Superintendencia la facultad de generar y solicitar una nueva estructura de acuerdo a las necesidades de información.

En los archivos con formato plano, los datos se deben presentar en el orden y contenido de acuerdo a la estructura ya señalada.

2. Reprocesos

En el evento de no ser posible acceder a la información o ésta presente errores o inconsistencias, la Institución dispondrá de dos (2) días hábiles para sustituirla, contados a partir de la fecha en que esta Superintendencia notifique la irregularidad.

3. Respaldo de la información

La Institución deberá mantener a disposición de esta Superintendencia, una copia de los dispositivos que contengan la información de los Archivos de Estadísticas de Reclamos que correspondan a los últimos tres meses remitidos.

4. Estructura de Estadísticas de Reclamos en Isapres

Institución

Mes y Año de los datos

¹⁴² Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

Código	Estadística Resumen de Reclamos Mensuales	Reclamos
0001	Núm. de reclamos recibidos	
0002	Núm. reclamos registrados e ingresados a trámite	
0003	Núm. reclamos remitidos a la COMPIN	
0004	Núm. reclamos resueltos en el mes	
0005	Núm. reclamos pendientes en el mes	
0100	Cobertura y Bonificaciones	Reclamos
0101	Negativa de cobertura por preexistencia	
0102	Negativa de cobertura cirugía plástica	
0103	Negativa de cobertura por preexistencia omisión AG Ventas	
0104	Negativa de cobertura prestación no arancelada	
0105	Negativa de cobertura prestación no justificada	
0106	Negativa de cobertura prestaciones de enfermería	
0107	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas atención fuera de la red	
0108	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas enfermedad preexistente	
0109	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas prestación no arancelada	
0110	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas solicitud fuera de plazo	
0111	Negativa cobertura preferente	
0112	Negativa crédito atención de urgencia	
0113	Cobertura ambulatoria prestación hospitalaria	
0114	Bonificación inferior a la correspondiente al plan de salud	
0115	Disconformidad con bonificación otorgada	
0116	Cálculo deducible Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas	
0117	Cobertura Isapre V/S otros seguros	
0118	Cobertura planes cerrados	
0119	Cobertura restringida de parto	
0120	Cobertura restringida de preexistencia no declarada	
0121	Cobertura restringida por tope de prestación	

0122	Suspensión de beneficios	
0123	Beneficios adicionales	
0124	Beneficios mínimos artículo 35° Ley N° 18.933 ¹⁴³	
0125	Exigencia cheque en garantía	
0126	Requisitos y procedimientos otorgamiento beneficios pactados	
0128	Negativa de cobertura por presentación de documentos fuera de plazo	
0130	Negativa Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas beneficio no incorporado al contrato	
0131	Negativa Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas otras causales	
0133	Negativa de CAEC medicamentos ambulatorios	
0134	Negativa Isapre a modificar prestador CAEC	
0135	Negativa de cobertura medicamentos ambulatorios	
0136	Negativa de cobertura hospitalización domiciliaria	
0137	Negativa cobertura cotizante sin vigencia	
0138	Negativa cobertura prestaciones cubiertas por otras leyes	
0139	Negativa cobertura prestación dental	
0140	Exclusión cobertura preexistencia no declarada	
0141	Cobertura siquiátrica a prestación hospitalaria	
0142	Cobertura proporcional de parto	
0143	Disconformidad con bonificación plan con cobertura restringida de parto o sin cobertura	
0144	Modificación código prestación	
0145	Emisión de presupuestos	
0146	Cobertura internacional	
0147	Bonificación parcial hospitalización no justificada	
0148	Atención de urgencia	
0149	Problemas crédito atención de urgencia	
0150	Irregularidades otorgamiento beneficios	
0151	Extravío documentación original	

¹⁴³ Hoy, artículo 194 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

0152	Negativa isapre a modificar prestador preferente	
0199	Otras	
0200	Suscripción y Modificación de Contratos	Reclamos
0201	Suscripción de contrato	
0202	Modificación de contrato	
0203	Incorporación o eliminación de beneficiarios	
0204	Modificación tipo beneficiarios	
0205	Adulteración - Falsificación documentos	
0206	Doble afiliación	
0207	Plan con cobertura restringida de parto o sin cobertura	
0208	Entrega documentos contractuales - Credencial de salud	
0209	Suscripción o modificación contrato no cursado	
0210	Selección prestaciones valorizadas	
0211	Renuncia al desahucio	
0212	Cambio de tramo de edad	
0213	Incorporación eliminación o sustitución entidad encargada pago cotización	
0214	Incorporación Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas	
0215	Irregularidades suscripción de contrato	
0216	Irregularidades renuncia al desahucio	
0217	Irregularidades precio de plan de salud	
0218	Negativa Isapre suscripción de contrato	
0219	Modificación calidad de cotizante	
0220	Modificación calidad de beneficiario a titular	
0221	Aplicación seguro de cesantía - Renuncia a excedentes	
0222	Negativa reincorporación Isapre	
0223	Retiro irregular carga legal	
0224	Negativa de cotizante a incorporar carga	
0225	Eliminación gradual 2%	
0299	Otras	
0300	Terminación de Contrato	Reclamos

0301	Negativa Isapre a otorgar desafiliación por mutuo acuerdo	
0302	Negativa isapre a otorgar desafiliación anticipada cesantía	
0303	Terminación por fallecimiento cotizante	
0304	Término de contrato por preexistencia	
0305	Término de contrato por preexistencia omisión AG. Ventas	
0306	Término de contrato y rechazo de bonificación por preexistencia	
0307	Término de contrato y rechazo de bonificación por preexistencia omisión AG. Ventas	
0308	Término de contrato por no pago de cotizaciones	
0309	Término de contrato por incumplimiento contractual	
0310	Solicitud de término de contrato por incumplimiento contractual isapre	
0311	Termino de contrato no pago de cotizaciones trabajador dependiente	
0312	Negativa de isapre a aceptar desistimiento de desafiliación	
0313	Desafiliación no cursada	
0399	Otras	
0400	Licencia Médica - Subsidios por Incapacidad Laboral	Reclamos
0403	Incumplimiento dictamen de la Compín	
0405	Requisitos para pago de subsidio por incapacidad laboral	
0408	Notificación resoluciones	
0409	Plazo para emitir pronunciamiento	
0410	Finiquito laboral	
0411	Extensión del contrato de salud	
0412	Cotizaciones previsionales durante incapacidad laboral	
0413	Reintegro corporaciones o empleadores sector público	
0414	Plazo prescripción subsidios	
0415	Convenio pago de subsidios	
0416	Tramitación de licencias médicas	
0417	Plazo para pago de subsidio por incapacidad laboral	

0419	Citación a peritaje	
0420	Procedimiento visita domiciliaria	
0499	Otras	
0500	Plan Grupal	Reclamos
0501	Modificación de plan grupal	
0502	Término de plan grupal	
0503	Cobertura plan grupal	
0504	Retiro de plan grupal	
0505	Incorporación a plan grupal	
0599	Otras	
0600	Cotizaciones de Salud	Reclamos
0601	Cobranza por deuda de cotizaciones	
0602	Cotizaciones mal enteradas	
0603	Deuda de cotizaciones	
0604	Excedentes de cotización	
0605	Exceso de cotización	
0606	Reajuste precio cláusula contractual	
0607	Reajustes e intereses penales	
0608	Tope imponibilidad según calidad laboral y régimen previsional	
0609	Valor UF para pago de cotizaciones	
0699	Otras	
0800	Adecuación de Contratos	Reclamos
0801	Modificación de precio y beneficios	
0802	Modificación de beneficios	
0803	Modificación de precio	
0804	Remisión carta de adecuación	
0805	Planes alternativos	
0806	Generación excedentes sobre el 10% de cotización	
0899	Otras	
1300	Plan Auge (GES)	Reclamos
1301	Garantía de acceso de atención	
1302	Garantía de oportunidad de atención	

1303	Garantía de protección financiera (bonificación y copagos)	
1304	Garantía de calidad	
1399	Otras	
1400	Examen de Medicina Preventivo	Reclamos
1401	Garantía de acceso de atención	
1402	Garantía de protección financiera	
1499	Otras	
9900	Otras Materias	Reclamos
9901	Otras	

Definiciones de la Estadística Resumen de Solicitudes Mensuales¹⁴⁴

a) Número de reclamos recibidos (cod. 0001):

Se deberá informar el total de reclamos recibidos en el mes, que será la sumatoria de los códigos 0002 y 0003.

B Núm. de reclamos registrados e ingresados a trámite (cod. 0002):

Se considerará sólo el total de solicitudes que sean tramitadas por la Institución, excluyendo el código 0003.

c) Número de reclamos remitidos a la COMPIN (cod. 0003):

Se deberá informar el total de reclamos enviados a ese Organismo.

d) Número de reclamos resueltos en el mes (cod. 0004):

Se deberá consignar el total de reclamos en que la Institución haya emitido su pronunciamiento en el mes que se informa.

e) Número de reclamos pendientes en el mes (cod. 0005):

Corresponderá indicar el total de reclamos que se encuentren en proceso de tramitación al último día del mes que se informa.

Si en un período (mes) no existen reclamos que informar, al menos se deberá enviar un archivo con el grupo Estadística Resumen de Solicitudes de Reclamo Mensuales con ceros (0) en sus campos de cantidad.

¹⁴⁴ Dígito "5", que antecedió al epígrafe, eliminado por Circular IF/275, de 2016.

Anexo N° 2: Clasificación y estadísticas de reclamos en Fonasa¹⁴⁵

Según la definición de “Reclamos: Toda presentación formal a raíz de un conflicto particular suscitado entre el Fondo Nacional de Salud o una isapre, por una parte, y uno o más cotizantes, beneficiarios, ex cotizantes o ex beneficiarios, por la otra, dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud”, los archivos computacionales que contengan estadísticas de reclamos, deberán considerar las características que se indican.

1. Definiciones del Archivo Computacional

La información de Estadísticas de Reclamos, debe ser enviada de acuerdo a la estructura fija que se acompaña en el punto 4 de este anexo, y según las especificaciones para la generación y envío de archivo indicadas en el presente documento.

Los datos del mes deben estar contenidos en la estructura, la cual no debe ser modificada por agregación o eliminación de ítems, correspondiendo a esta Superintendencia la facultad de generar y solicitar una nueva estructura de acuerdo a las necesidades de información.

En los archivos con formato plano, los datos se deben presentar en el orden y contenido de acuerdo a la estructura ya señalada.

2. Reprocesos

En el evento de no ser posible acceder a la información o ésta presente errores o inconsistencias, la Institución dispondrá de dos (2) días hábiles para sustituirla, contados a partir de la fecha en que esta Superintendencia notifique la irregularidad.

3. Respaldo de la información

La Institución deberá mantener a disposición de esta Superintendencia, una copia de los dispositivos que contengan la información de los Archivos de Estadísticas de Reclamos que correspondan a los últimos tres meses remitidos.

4. Estructura de Estadísticas de Reclamos en Fonasa

Institución

Mes y Año de los datos

Código	Estadística Resumen de Reclamos Mensuales	Reclamos
---------------	--	-----------------

¹⁴⁵ Anexo introducido por Circular IF/275, de 2016.

0001	Núm. de reclamos recibidos	
0002	Núm. reclamos registrados e ingresados a trámite	
0003	Núm. reclamos remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social	
0004	Núm. reclamos resueltos en el mes	
0005	Núm. reclamos pendientes en el mes	

0200	02 Acceso a Beneficios Fonasa	Reclamos
0201	Incorporación al régimen	
0203	Incorporación o eliminación de beneficiarios	
0204	Modificación tipo beneficiarios	
0206	Doble afiliación	
0299	Otras	

0400	04 Licencia Médica - Subsidios por Incapacidad Laboral	Reclamos
0405	Requisitos para pago de subsidio por incapacidad laboral	
0408	Notificación resoluciones	
0409	Plazo para emitir pronunciamiento	
0410	Finiquito laboral	
0412	Cotizaciones previsionales durante incapacidad laboral	
0413	Reintegro corporaciones o empleadores sector público	
0414	Plazo prescripción subsidios	
0417	Plazo para pago de subsidio por incapacidad laboral	
0419	Citación a peritaje	

0420	Procedimiento visita domiciliaria	
0499	Otras	

0600	Cotizaciones de Salud	Reclamos
0601	Cobranza por deuda de cotizaciones	
0602	Cotizaciones mal enteradas	
0603	Deuda de cotizaciones	
0607	Reajustes e intereses penales	
0608	Tope impondibilidad según calidad laboral y régimen previsional	
0699	Otras	

1200	Modalidad Atención Institucional y libre Elección	Reclamos
1201	Cobertura financiera (copagos)	
1202	Clasificación grupos de salud	
1203	Otorgamiento préstamos médicos	
1204	Pago Asociado a Diagnóstico	
1205	Acceso a atenciones de salud	
1206	Calidad de atención	
0148	Atención de Urgencia	
0149	Problemas crédito atención de urgencia	
1299	Otras	

1300	Plan Auge (GES)	Reclamos
1301	Garantía de acceso de atención	
1302	Garantía de oportunidad de atención	

1303	Garantía de protección financiera (bonificación y copagos)	
1304	Garantía de calidad	
1399	Otras	

1400	Examen de Medicina Preventivo	Reclamos
1401	Garantía de acceso de atención	
1402	Garantía de protección financiera	
1499	Otras	

9900	Otras Materias	Reclamos
9901	Otras	

Definiciones de la Estadística Resumen de Solicitudes Mensuales

a) Número de reclamos recibidos (cod. 0001):

Se deberá informar el total de reclamos recibidos en el mes, que será la sumatoria de los códigos 0002 y 0003.

b) Núm. de reclamos registrados e ingresados a trámite (cod. 0002):

Se considerará sólo el total de solicitudes que sean tramitadas por la Institución, excluyendo el código 0003.

c) Número de reclamos remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social (cod. 0003):

Se deberá informar el total de reclamos enviados a ese Organismo.

d) Número de reclamos resueltos en el mes (cod. 0004):

Se deberá consignar el total de reclamos en que la Institución haya emitido su pronunciamiento en el mes que se informa.

e) Número de reclamos pendientes en el mes (cod. 0005):

Corresponderá indicar el total de reclamos que se encuentren en proceso de tramitación al último día del mes que se informa.

Si en un período (mes) no existen reclamos que informar, al menos se deberá enviar un archivo con el grupo Estadística Resumen de Solicitudes de Reclamo Mensuales con ceros (0) en sus campos de cantidad.

A.- Estructura Computacional del Registro de Estadísticas de Reclamos

Campo	Descriptor	Tipo	Largo
1	Código de la Institución	Numérico	3
2	Fecha de los datos	Numérico	6
3	Código de referencia estadística	Numérico	4
4	Cantidad de casos	Numérico	8

B.- Definiciones del Archivo Computacional

(1) Código de la Institución	<p>Corresponde al número de identificación asignado por esta Superintendencia, a la institución que envía la información</p> <p>Campo Numérico de largo 3, distinto de cero (0), sin coma ni punto decimal</p> <p>Isapres : Código asignado</p> <p>Fonasa : Código "200"</p>
(2) Fecha de los datos	<p>Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía</p> <p>Campo Numérico de largo 6, distinto de cero (0), sin coma ni punto decimal</p> <p>Formato mmAAAA</p>
(3) Código de referencia estadística.	<p>Corresponde al código del ítem estadístico según la estructura correspondiente a la institución, formalizada en el anexo N° 2 para las isapres y Fonasa.</p> <p>Campo numérico de largo 4, distinto de cero (0), sin coma ni punto decimal.</p>
(4) Cantidad de casos	<p>Es la cantidad de reclamos por código de referencia estadística indicada según (3)</p> <p>Campo numérico de largo 4, sin coma ni punto decimal. Se validará que el contenido sea igual o mayor que cero(0).</p>

C.- Modalidad de Almacenamiento

- Archivo plano
- Código ASCII
- Un registro por línea
- Largo de registro variable, de acuerdo a la definición en la estructura
- Separador de campos "pipe" (|)

D.- Nombre de los archivo

Se debe utilizar el formato **ICCCAAAA.PPQ** en donde:

I	Carácter "I" siempre obligatorio
CCC	Código de la institución (Isapres o FONASA)
AAAA	Año que se informa
PP	Período (mes) que se informa, en este caso ... 01 a 12
Q	Tipo de archivo (Carácter "Q" siempre obligatorio)

E.- Modalidad de envío

El envío de la información se debe hacer mediante el uso de la Extranet ubicada en el Portal Web www.supersalud.cl, en un ambiente estructurado que permite la transferencia segura de archivos.

Título XVIII: Recursos de protección interpuestos por los beneficiarios en contra de las isapres¹⁴⁶

Eliminado

¹⁴⁶ Derogado por la Circular IF/N° 174, de 27 de julio de 2012.

Título XIX: Excedentes de cotización ¹⁴⁷

1)¹⁴⁸ Archivo Maestro de Excedentes de cotización.

Con el propósito de obtener información de mayor exactitud respecto de los excedentes de cotización que se generan, se requiere a las Instituciones de Salud Previsional enviar dicha información, en los términos definidos en el Anexo denominado ARCHIVO MAESTRO “EXCEDENTES DE COTIZACIÓN” de este Título.

Periodicidad y plazo de envío

La transferencia de este archivo, se realizará a través de la red privada denominada Extranet SIS.

Los archivos deberán ser remitidos trimestralmente a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, a más tardar, el día 30 del mes siguiente al trimestre que se informa. Se debe aclarar que la información remitida, deberá ser detallada e individualizada por cada uno de los meses que forman parte del trimestre que se envía en el archivo.

Los plazos que vengán en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

¹⁴⁷ Título modificado por la Circular IF/N°208, de 27 de diciembre de 2013.

¹⁴⁸ El contenido de este Título se incorporó a un numeral 1), conforme a lo instruido por la Circular IF/N°344, de 27 de diciembre de 2019.

Anexo: Archivo Maestro “Excedentes de Cotización”

1. Estructura Computacional

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Periodo de Información	Numérico
03	RUN del Cotizante	Numérico
04	DV del RUN del Cotizante	Alfanumérico
05	Mes de remuneración	Numérico
06	Mes de recaudación	Numérico
07	Mes de generación	Numérico
08	Saldo contable inicial	Numérico
09	Excedentes generados	Numérico
10	Traspasos recibidos	Numérico
11	Aseguradora de origen	Numérico
12	Reajustes	Numérico
13	Intereses	Numérico
14	Comisión	Numérico
15	Usos	Numérico
16	Destino de los usos	Numérico
17	Otros cargos	Numérico
18	Clasificación de otros cargos	Numérico
19	Otros incrementos	Numérico
20	Clasificación de otros incrementos	Numérico
21	Traspasos efectuados	Numérico
22	Aseguradora de destino	Numérico
23	Saldo contable final	Numérico
24	Condición del titular de la cuenta de excedentes	Numérico
25	Correlativo	Numérico

2. Características Generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Excedentes de cotización
Nombre computacional Archivo	<p>Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter "e" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse "055"
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Criterio de Ordenamiento	<p>La información contenida en este archivo deberá venir ordenada de acuerdo a los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primero, por RUN del cotizante; • Segundo, por período de información. • Tercero, por tipo de movimiento, es decir, al inicio debe presentarse la generación de excedentes o bien los traspasos recibidos, a continuación los reajustes; los intereses; la comisión; los usos y finalmente otros movimientos -como por ejemplo, otros cargos u otros incrementos-.
Información contenida en el Archivo	<p>Corresponde a las cuentas corrientes de excedentes de cada persona afiliada y la información relativa a la administración de cada cuenta, hasta la fecha de su traspaso a otra entidad o a herederos, según lo aborda la normativa vigente.</p> <p>Las cuentas de excedentes comienzan a contabilizarse con su apertura, esto es, según la normativa, con la generación del primer excedente y/ o el traspaso recibido de otra isapre. Por ende, si no ha habido generación de excedentes, no existirá dicha apertura y no se deberá contabilizar como cuenta.</p> <p>Para efectos de este archivo, las cuentas corrientes deberán informarse aun cuando su saldo sea cero. Dicha</p>

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	<p>situación se deberá informar en un registro, de acuerdo a la definición de cada campo.</p> <p>Respecto a la información contenida en las cuentas de excedentes, ésta no deberá presentarse de manera acumulada, sino un registro por movimiento.</p>
<p>Información contenida en los registros del Archivo</p>	<p>El saldo final se calcula en función de los valores informados en cada registro, transfiriendo, en caso de corresponder, este saldo final al registro siguiente de la persona afiliada, quedando en este último como saldo inicial.</p> <p>Se deberá informar en un solo registro los valores correspondientes al campo (12) Reajustes, (13) Intereses y (14) Comisión.</p> <p>Para los campos (16) "Destino de los usos", (18) "Clasificación de otros cargos" y (20) "Clasificación de otros incrementos", se informarán tantos registros como movimientos existan <u>por categoría</u> o código <u>definido</u>¹⁴⁹, asociando la clasificación en el mismo registro (ver ejemplo en anexo).</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los excedentes que se generen producto de gratificaciones pagadas y cotizaciones declaradas y no pagadas (DNP), canceladas en su oportunidad, deberán informarse en el mes de generación que corresponda al campo (07) Mes de generación, asociándose además, al mes de remuneración que corresponda, campo (05) Mes de remuneración. Se incluirán tantos registros como movimientos existan por (05) "Mes de remuneración" y (09) "Excedentes Generados".</p>
<p>Período de la información contenida en el Archivo</p>	<p>Excedentes generados y movimientos de la cuenta durante los meses que conforman el trimestre que se informa.</p> <p>El primer envío corresponderá al primer trimestre de 2014.</p>
<p>Tipo de Archivo</p>	<p>Este archivo contendrá los datos de excedentes actualizados al trimestre que se refiere la información, con una lógica de detalle e informando un registro por</p>

¹⁴⁹ Se entenderá que es posible agrupar o sumar montos por conceptos iguales o que pertenecen a una misma "categoría definida" para informarlos.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	línea. Por lo tanto, todas las otras variables que no se informan en ese registro deberán venir en cero.
Periodicidad de envío del Archivo	Trimestral, el día 30 del mes siguiente al trimestre que se informa, con excepción del último trimestre del año que se deberá remitir a esta Superintendencia, el último día del mes de febrero del año siguiente ¹⁵⁰ , con el fin de posibilitar la validación de la información contenida en este archivo, con la de la FEFI de cada ejercicio. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar todas las operaciones efectuadas por la isapre hasta el último día de cada mes que conforma el trimestre que se informa.

3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código aseguradora	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora. <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.

¹⁵⁰ Los Estados Financieros referidos al 31 de diciembre, deberán ser presentados en la Superintendencia, hasta el último día del mes subsiguiente a la respectiva fecha de cierre (Circular IF N° 140/2011).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
02	Período de Información	<p>Corresponde al mes y al año que se informa.</p> <p>Los datos que se remitan corresponderán a la cuenta corriente individual de excedentes, detallados por cada mes que conforma el trimestre informado, por ejemplo, para el primer trimestre se debe detallar la información para los meses de enero, febrero y marzo.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el Formato MMAAAA, donde: MM = cada uno de los meses del trimestre informado y AAAA = el año de la información.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
03	RUN del Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRC e I).</p> <p>En caso que la persona afectada no tenga RUN, deberá registrarse la identificación alternativa definida por la isapre.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar la identificación alternativa por el número del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
04	DV del RUN del Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante (campo 03) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso que la persona afectada no posea RUN, deberá registrarse valor X.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV correspondiente al RUN.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre. <p>Validadores Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo 04 "DV del RUN del Cotizante" registra valor distinto de "X", se validará la consistencia del valor registrado en este campo por medio de la rutina Módulo 11 con el campo 05 "RUN del Cotizante".
05	Mes de remuneración	<p>Corresponde al mes y año de la remuneración, que servirá de base para efectuar los descuentos previsionales de salud correspondientes.</p> <p>Si no ocurre generación de excedentes, susceptibles de ser asociados a este campo, se deberá informar 011800.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
06	Mes de recaudación	<p>Corresponde al mes y año de pago de la cotización que dio origen al excedente.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Si no ocurre generación de excedentes, susceptibles de ser asociados a este campo, se deberá informar 011800.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor de este campo, salvo que registre 011800, debe ser mayor o igual al valor del campo 05, Mes de remuneración.
07	Mes de generación	<p>Corresponde al mes y año en que la aseguradora generó el excedente en la cuenta corriente de la persona cotizante, conforme al proceso de análisis, reconocimiento e imputación de las cotizaciones.</p> <p>El valor que se informa en este campo podrá coincidir con el mes de recaudación.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Si no ocurre generación de excedentes, susceptibles de ser asociados a este campo, se deberá informar 011800.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <p>El valor de este campo, salvo que registre 011800, no podrá ser menor al valor del campo 06, Mes de recaudación.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
08	Saldo contable inicial	<p>Corresponde al saldo contable en pesos con el que se abre la cuenta corriente de excedentes para el mes que se informa (saldo de apertura).</p> <p>Dicho monto se determinará mensualmente y corresponderá al saldo contable de excedentes de cotización del periodo anterior (saldo contable final) que tenga la persona cotizante en su cuenta corriente individual, o bien al monto traspasado desde otra isapre (traspaso recibido) que permite el registro de un saldo inicial. En el caso que el traspaso recibido sea el primer y único movimiento de la cuenta corriente de excedentes se deberá informar como Saldo contable inicial 0 (cero). Por su parte, el Saldo contable final deberá ser igual al Traspaso recibido.</p> <p>El saldo contable inicial se obtendrá en función del campo (23) Saldo contable Final del mes inmediatamente anterior.</p> <p>Este saldo podrá adoptar el valor 0 (cero), si el mes informado corresponde al período en que se abrió la cuenta corriente de la persona cotizante que se informa, o bien si los movimientos de la cuenta han consumido su saldo.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
09	Excedentes generados	<p>Corresponde al monto en pesos de los excedentes generados durante el mes y por mes de remuneración, esto es, cuando se trata de cotizaciones declaradas y no pagadas o gratificaciones asociadas a un mes de remuneración en particular, se deberán informar todos los excedentes que se generen efectuando la asociación respectiva con el campo (5) Mes de remuneración.</p> <p>El valor que se informe se obtendrá de la diferencia positiva producida entre la cotización mínima para salud, con el tope legal respectivo, y la suma del precio de las GES y del precio del plan convenido.</p> <p>Se entenderá por "precio del plan convenido", el precio del plan complementario (precio base por factor del grupo familiar).</p> <p>Si una cuenta tiene saldo inicial cero y no hay excedentes generados en ese mes, deberá informarse un registro con valor cero para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, igual o superior a cero. ▪ Debe informarse siempre.
10	Traspasos recibidos	<p>Corresponde al monto en pesos de los excedentes que fueron recibidos por la entidad aseguradora informante, conforme a la solicitud efectuada de remisión de fondos de excedentes asociados a la persona que se informa.</p> <p>Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
11	Aseguradora de Origen	<p>Corresponde al código de la entidad aseguradora desde donde fueron remitidos los fondos de la cuenta corriente de excedentes asociados a la persona que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia deberán emplearse los códigos que ésta ha asignado a las entidades aseguradoras.</p> <p>Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: los códigos definidos por la Superintendencia para las entidades aseguradoras. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor del campo 10 Traspasos recibidos es igual a 0 (cero), el valor de este campo debe ser 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
12	Reajustes	<p>Corresponde al monto en pesos que resulta de la aplicación, al saldo contable, de la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor.</p> <p>Cuando la variación aplicada corresponda a un valor negativo, el monto deberá informarse antecedido por un signo menos.</p> <p>El reajuste se devengará mensualmente, pasando a formar parte del saldo contable.</p> <p>De tratarse de regularizaciones, dicha suma deberá informarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el campo 17 "Otros cargos", cuando se trate de rebajas a los saldos acumulados. Deberá, en el mismo registro, clasificarse en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 16, "Clasificación de otros cargos". • En el campo 19 "Otros incrementos", cuando se trata de aumentos, clasificándose en el mismo registro en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 20 "Clasificación de otros incrementos". <p>Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores positivos, nulos o negativos.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
13	Intereses	<p>Corresponde al monto en pesos que resulta de la aplicación, al saldo contable, del interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo período.</p> <p>El interés se devengará mensualmente, pasando a formar parte del saldo contable.</p> <p>De tratarse de regularizaciones, dicha suma deberá informarse:</p> <p>-En el campo 17 "Otros cargos", cuando se trate de rebajas a los saldos acumulados. Deberá, en el mismo registro, clasificarse en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 18, "Clasificación de otros cargos".</p> <p>-En el campo 19 "Otros incrementos", cuando se trata de aumentos, clasificándose en el mismo registro en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 20 "Clasificación de otros incrementos".</p> <p>Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores mayores o iguales a cero.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
14	Comisión	<p>Corresponde al monto en pesos devengado mensualmente que pueden cobrar las aseguradoras por la mantención de la cuenta corriente de excedentes.</p> <p>Si bien la comisión deberá ser cobrada semestralmente, las isapres están facultadas para provisionar mensualmente dicho monto.</p> <p>Al momento de provisionarla, las isapres deberán considerar un monto máximo equivalente a la sexta parte del porcentaje de comisión semestral vigente en el mes que ésta se devenga.</p> <p>De tratarse de regularizaciones, dicha suma deberá informarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el campo 17 "Otros cargos", cuando se trate de rebajas a los saldos acumulados. Deberá, en el mismo registro, clasificarse en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 18, "Clasificación de otros cargos". - En el campo 19 "Otros incrementos", cuando se trata de aumentos, clasificándose en el mismo registro en la categoría que corresponda de acuerdo al campo 20 "Clasificación de otros incrementos". <p>Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valor mayor o igual a cero.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
15	Usos	<p>Corresponde al monto en pesos de los excedentes por tipo de destino que fueron destinados en el mes, al financiamiento o cobertura de los ítems que establece el artículo 188 del DFL N°1 y sus modificaciones.</p> <p>Las entidades aseguradoras deberán presentar un detalle de los usos realizados durante el mes que se informa, en conformidad con las especificaciones del campo 16, Destino de los usos.</p> <p>Deberán incorporarse tantos registros como categorías de usos se efectúen en el período informado. Por ejemplo, si existieron 5 usos, tres de ellos fueron copagos y dos corresponden a pagos de prestaciones no cubiertas, entonces se informarán 2 registros, uno correspondiente a la suma de los copagos y otro con la suma de los pagos de prestaciones no cubiertas por el plan.</p> <p>El valor de este campo puede ser cero si en el período correspondiente, no se ha realizado uso de excedentes por parte de la persona cotizante.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <p>Campo de tipo numérico.</p> <p>Debe informarse siempre.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
16	Destino de los usos	<p>Corresponde a la categorización del monto que fue requerido por la persona cotizante para ser empleado en el financiamiento o cobertura de los ítems que establece el artículo 188 del DFL N°1.</p> <p>Los usos efectuados deberán codificarse de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>0: Sin movimiento de usos</p> <p>1: Pago de cotizaciones (por cesantía)</p> <p>2: Copago</p> <p>3: Financiamiento de Prestaciones de Salud no cubiertas por contrato</p> <p>4: Cotizaciones Adicionales Voluntarias</p> <p>5: Financiar Plan de Salud (en proceso de pensionarse)</p> <p>6: Pago de cuota de préstamo</p> <p>Se deberán acumular los montos correspondientes a un mismo código o categoría de movimiento para informarlos.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles 0, 1, 2, 3, 4, 5 ó 6. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor del campo 15 Usos es igual a 0 (cero) el valor de este campo debe ser igual a 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
17	Otros Cargos	<p>Corresponde al monto en pesos de los cargos efectuados en la cuenta corriente de excedentes por situaciones que requieren de un reverso como por ejemplo, errores de cálculo, error de imputación del excedente por corresponder a otro titular, duplicidad de abonos, error en la clasificación de cotizaciones, error en imputación de gratificaciones, etc.</p> <p>Deberán incorporarse tantos registros como categorías de cargos se efectúen en el período informado.</p> <p>Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Campo de tipo numérico.-Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
18	Clasificación de otros cargos	<p>Corresponde a la categorización de los cargos efectuados en la cuenta corriente de excedentes campo 17, Otros cargos.</p> <p>Los "Otros cargos" imputados deberán codificarse según lo siguiente:</p> <p>0: Sin movimiento de otros cargos</p> <p>1: Errores de cálculo (por ejemplo: regularizaciones de excedentes, intereses, reajustes o comisiones)</p> <p>2: Errores de imputación del excedente por corresponder a otro titular</p> <p>3: Duplicidad de abonos</p> <p>4: Error en la clasificación de cotizaciones</p> <p>5: Error en imputación de gratificaciones</p> <p>6: Otros</p> <p>Se deberán acumular los montos correspondientes a un mismo código o categoría de movimiento para informarlos.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles 0, 1, 2, 3, 4, 5 ó 6. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor del campo 17 Otros Cargos es igual a 0 (cero) el valor de este campo debe ser igual a 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
19	Otros Incrementos	<p>Corresponde al monto en pesos destinado a incrementar la cuenta corriente de la persona cotizante, de mediar las situaciones contempladas en la Ley u otras de distinto origen.</p> <p>Deberán incorporarse tantos registros como categorías de reprocesos (abonos) se efectúen en el período informado, vinculándose al período de generación que corresponda.</p> <p>Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Campo de tipo numérico.▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
20	Clasificación de Otros incrementos	<p>Corresponde a la categorización de los abonos efectuados en la cuenta corriente de excedentes (campo 19 Otros incrementos).</p> <p>Los "Otros incrementos" imputados deberán codificarse según lo siguiente:</p> <p>0: Sin movimientos de otros incrementos</p> <p>1: Cotizante que pasa a tener la calidad de carga o beneficiario</p> <p>2: Generaciones de excedentes del beneficiario - cotizante</p> <p>3: Reprocesos, recálculos, devoluciones de bonos con excedentes u otros movimientos.</p> <p>Se deberán acumular los montos correspondientes a un mismo código o categoría de movimiento para informarlos</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles 0, 1, 2 ó 3. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor del campo 19 Otros Incrementos es igual a 0 (cero) el valor de este campo debe ser igual a 0 (cero).
21	Trasposos efectuados	<p>Corresponde al monto en pesos de los excedentes que fueron transferidos, a una nueva entidad aseguradora, en razón del término de contrato de salud del afiliado/a.</p> <p>Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
22	Aseguradora de Destino	<p>Corresponde al código de la entidad aseguradora donde fueron traspasados los fondos requeridos de la cuenta corriente de excedentes de la persona que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia deberán emplearse los códigos que ésta ha asignado a las entidades aseguradoras y que se encuentran disponibles en la extranet. Si la entidad Aseguradora de Destino del Traspaso es FONASA, en este campo se deberá informar el código "200".</p> <p>Debe informarse 0, cuando no corresponda informar datos para este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: los códigos definidos por la Superintendencia para las entidades aseguradoras. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor del campo 21 Traspasos efectuados es igual a 0 (cero) el valor de este campo debe ser igual a 0 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
23	Saldo contable Final	<p>Corresponde a la sumatoria en pesos del saldo contable inicial y los movimientos realizados en el periodo que se informa, asociados a la cuenta corriente individual de la persona afiliada.</p> <p>El valor que se informe, corresponderá al saldo de apertura o inicial del mes siguiente.</p> <p>El saldo contable final se determinará mensualmente considerando las especificaciones de cálculo contenidas en la Circular 24/1995 -que forma parte del Compendio de Procedimientos- o la que se encuentre vigente, no obstante se incorporarán además, aquellos movimientos que operativamente también afectan el establecimiento del saldo real.</p> <p>Este cálculo se obtendrá en función de los campos contenidos en el presente archivo, como sigue :</p> <p>Saldo contable Final = Saldo contable inicial + (más) monto de excedentes de cotización + (más) intereses y reajustes - (menos) comisión provisionada - (menos) usos efectuados en el mes correspondiente - (menos) Otros cargos + (más) Otros incrementos de la cuenta de excedentes+ (más) Traspasos recibidos - (menos) Traspasos efectuados.</p> <p>El valor de este campo podrá ser 0 (cero), si en el periodo que se informa la persona afiliada no registra saldo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
24	Condición del titular de la cuenta de excedentes	<p>Indica el estado de la persona titular de la cuenta corriente de excedentes, en cuanto a su condición vital o a su situación contractual, siendo necesario que esta información cuadre con aquella contenida en la nota explicativa de excedentes de la FEFI.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia se utilizarán los siguientes valores:</p> <p>0: Fallecido 1: Vigente 2: Pendiente de Traspaso</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles 0, 1 ó 2.
25	Correlativo	<p>Corresponde a un número secuencial que garantiza la obtención de los saldos asociados a cada cuenta corriente, en cada registro y en cada período que se informa.</p> <p>Debe ser consistente con la definición del archivo planteada en el punto 2 "Características Generales".</p> <p>En cada envío, el correlativo se inicia en 1, como se aprecia en el ejemplo adjunto:</p>

4. Validadores Adicionales de Consistencia

4.1 Consistencia General del Archivo

Cada registro del archivo deberá ser único según las siguientes combinaciones de campos:

- a) Período de Información - RUN del Cotizante - Mes Remuneración – Excedentes generados
- b) Período de Información - RUN del Cotizante - Mes de remuneración- Reajustes- Intereses- Comisión
- c) Período de Información- RUN del Cotizante - Otros cargos -Clasificación otros cargos
- d) Período de Información - RUN del Cotizante - Otros incrementos de la cuenta de excedentes - Clasificación de otros incrementos

- Para cada mes que compone el trimestre, se validará lo informado en la FEFI en cuanto a:

- ❖ Cantidad de cuentas de excedentes informadas en las Notas Explicativas Excedentes de Cotización, para los mismos periodos de información que componen el trimestre.
- ❖ Total Saldo contable informado en el mismo anexo anterior para los mismos periodos de información que componen el trimestre.
- ❖ Se validará que tanto el número de Cuentas de Excedentes como los Saldos Contables informados, tengan un valor aceptable con un margen de diferencia entre el archivo y la FEFI, de acuerdo al porcentaje definido por la Superintendencia que será publicado en la extranet.
- ❖ Se validará que en el campo 02 (Fecha de la información) estén representados los tres meses que corresponden al trimestre que se informa, por ejemplo, si se informa primer trimestre de 2014, deben estar informados los periodos, 201401, 201402 y 201403.

Ejemplo Archivo Plano Circular Excedentes de Cotización ANEXO

Isapre	Trimestre	Rut	DV	Período Remuneración	Período Recaudación	Mes Generación	Saldo Contable Inicial	Excedentes Generados	Reajustes	Intereses	Comisión	Usos	Destino Usos	Otros Cargos	Clasif. Otros Cargos	Traspaso Efectuado	Traspaso Resbido	Otros Incrementos	Clasificación de Otros Incrementos	Saldo Contable Final	Correlativo
xx	201401	3	5	201212	201401	201401	43.201	5.810	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49.111	1
xx	201401	3	5	180001	180001	180001	49.111	0	0	122	74	0	0	0	0	0	0	1.000	1	50.159	2
xx	201401	3	5	180001	180001	180001	50.159	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.500	2	52.659	3
xx	201401	3	5	180001	180001	180001	52.659	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5.500	3	58.159	4
xx	201402	3	5	201402	201402	201402	58.159	5.817	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	63.976	5
xx	201402	3	5	180001	180001	180001	63.976	0	315	141	84	3.000	1	1.500	1	0	0	0	0	59.848	6
xx	201402	3	5	180001	180001	180001	59.848	0	0	0	0	4.500	2	2.000	2	0	0	0	0	53.348	7
xx	201402	3	5	180001	180001	180001	53.348	0	0	0	0	0	0	3.500	3	0	0	0	0	49.848	8
xx	201402	3	5	180001	180001	180001	49.848	0	0	0	0	0	0	2.500	4	0	0	0	0	47.348	9
xx	201403	3	5	201211	201402	201402	47.348	5.841	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53.189	10
xx	201403	3	5	180001	180001	180001	53.189	0	0	160	94	0	0	0	0	53.255	0	0	0	0	0

Ejemplo I (Cotizante con Generación de Excedentes y Movimientos)	
1: Pago Cotizaciones (cesantía).	2: Copago.
4: Error en la clasificación de cotizaciones.	3: Duplicidad de abonos.
2: Errores de imputación del excedente por corresponder a otro titular.	1: Errores de cálculo (por ejemplo: regularizaciones de excedentes, intereses, reajustes o comisiones).

Ejemplo II (Cotizante sin Generación de Excedentes y Saldo 0)																						
xx	201401	2	7	180001	180001	180001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
xx	201402	2	7	180001	180001	180001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
xx	201403	2	7	180001	180001	180001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Observaciones : Los valores Usos, Otros cargos y Otros incrementos deben informarse agrupados por clasificación.

2) Archivo Maestro para la Devolución anual de Excedentes de cotización¹⁵¹

El artículo 188 del D.F.L. N°1, establece que las isapres deberán devolver a sus afiliados el saldo acumulado en su cuenta individual de excedentes que no haya sido requerido para alguno de los fines permitidos. Dicho procedimiento de devolución anual fue regulado por el numeral 7 bis "Devolución anual de excedentes de cotización a las personas afiliadas", del Título IX "Excedentes de Cotización", del Capítulo III "Cotizaciones".

Para efectos de reportar a esta Superintendencia los respaldos de los movimientos relativos a la devolución anual de saldos acumulados de excedentes de cotización, conforme a las normas señaladas en el párrafo que precede (sobre devolución anual), las isapres deberán ingresar los siguientes archivos, en la oportunidad que se señala, junto con los documentos que resumen su información dependiendo de la etapa y plazos que corresponden a cada una.

Las transferencias de información deberán efectuarse a través de la red privada denominada Extranet Superintendencia de Salud, disponible en el Portal Web de la Superintendencia www.supersalud.gob.cl

Identificación secuencia del Inventario	Extensión	Plazo
A. "Inventario Devolución Anual de Excedentes de cotización".	098	A más tardar el quinto día hábil del mes de febrero siguiente a aquél en que se efectúe la devolución anual de excedentes
B. "Inventario estado Devolución Anual de Excedentes"	099	A más tardar el 5 de mayo siguiente a la devolución

a) Características Generales de estos Archivos Maestros

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Inventarios Devolución anual y estado de excedentes.
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> • s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" • CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia • AAAA: año que se informa • MM: mes que se informa • EEE: extensión que identifica al archivo, el cual se indica en cada secuencia.
Características del	<ul style="list-style-type: none"> • Archivo plano

¹⁵¹ Numeral 2) incorporado por la Circular IF/N° 344, de 27 de diciembre de 2019.

Archivo	<ul style="list-style-type: none"> • Código ASCII • Un registro por línea • Separador de campo carácter pipe () • Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
Información contenida en el Archivo	En este archivo se debe registrar la información que se refiere a la devolución anual y estado de los excedentes de cotización.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al detalle de los excedentes de cotización sujetos a devolución anual.
Periodo de la Información contenida	A partir del mes de enero de 2020, la información contenida en el archivo corresponde a los datos del mes que se está informando de acuerdo a la normativa vigente para cada tipo de detalle.
Tipo de Archivo	Temporal para remitir la información que corresponda a la devolución anual y estado de las devoluciones informadas en cada letra de este numeral (b y c siguientes) según corresponda en los plazos definidos para cada evento.
Periodicidad del envío del Archivo	En la fecha que se materialice el envío de la información correspondiente a cada etapa del proceso que se informa, acompañando los cuadros definidos en el punto 7.bis.5 del Título IX, del Capítulo III, del Compendio de Procedimientos, de acuerdo a la siguiente secuencia: 1. - Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización 2. - Inventario Estado devolución anual de Excedentes

b) Estructura del Archivo Maestro "Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización que respalda el cuadro sobre la devolución anual de excedentes.

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Aseguradora	Numérico
2	Período de la Información	Numérico
3	Rut Cotizante	Numérico
4	Dígito Verificador Rut Cotizante	Alfanumérico
5	Identificación Persona Afiliada	Alfanumérico
6	Saldo Excedentes Devolución	Numérico
7	Modalidad del pago	Numérico
8	Nº Cuenta Corriente, cuenta vista, ahorro	Numérico
9	Nº de Che que, vale v ista	Numérico

B1. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN
1	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
2	Período de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre .
3	Rut Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario asociado al documento que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador Rut Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. • Debe informarse siempre.
5	Identificación Persona Afiliada	<p>Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado o afiliada.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético. • Debe informarse siempre.

6	Saldo Excedentes Devolución	Saldo contable de la cuenta corriente sujeto a devolución en \$. <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
7	Modalidad del pago	Corresponde a la modalidad de pago empleada por la isapre para hacer efectiva la devolución anual de excedentes. Los campos posibles pueden ser: 1: Transferencia electrónica o depósito. 2: Cheque 3: Vale vista u orden de pago en sucursal bancaria <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre.
8	Nº Cuenta Corriente, cuenta vista, ahorro	Este campo corresponde al número de cuenta del destinatario, que se utilizará cuando se trate de la modalidad de pago del tipo 1. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
9	Nº de Cheque, vale vista	Este campo corresponde al número del documento asignado cuando se trate de la modalidad de pago del tipo 2 y 3. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.

c) Estructura del Archivo Maestro " Inventario Estado Devolución Anual de Excedentes de Cotización"

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Aseguradora	Numérico
2	Período de la Información	Numérico
3	Rut Cotizante	Numérico
4	Dígito Verificador Rut Cotizante	Alfanumérico
5	Identificación Persona Afiliada	Alfanumérico
6	Saldo Excedentes Devolución	Numérico
7	Modalidad del pago	Numérico
8	Nº Cuenta Corriente, cuenta vista, ahorro	Numérico
9	Nº de Cheque, vale vista	Numérico

10	Estado de Cobro	Númerico
----	-----------------	----------

C1. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN
1	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
2	Período de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre .
3	Rut Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario asociado al documento que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud. • Deber estar contenido en el inventario de Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización.
4	Dígito Verificador Rut Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. • Debe informarse siempre.
5	Identificación Persona Afiliada	<p>Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado o afiliada.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético. • Debe informarse siempre.
6	Saldo Excedentes Devolución	<p>Saldo contable de la cuenta corriente sujeto a devolución en \$.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al total de los saldos informados en Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización. • El saldo individual por afiliado debe corresponder al informado para el rut en el Inventario Devolución Anual de Excedentes de Cotización.
7	Modalidad del pago	<p>Corresponde a la modalidad de pago empleada por la isapre para hacer efectiva la devolución anual de excedentes. Los campos posibles pueden ser:</p> <p>1: Transferencia electrónica o depósito. 2: Cheque 3: Vale vista u orden de pago en sucursal bancaria</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre.
8	Nº Cuenta Corriente, cuenta vista, ahorro	<p>Este campo corresponde al número de cuenta del destinatario, que se utilizará cuando se trate de la modalidad de pago del tipo 1.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
9	Nº de Cheque, vale vista	<p>Este campo corresponde al número del documento asignado cuando se trate de la modalidad de pago del tipo 2 y 3.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
10	Estado de Cobro	<p>De acuerdo a la modalidad de pago, se deberá Informar su estado de cobro por cada destinatario:</p> <p>1: Transferencia o depósito realizado 2: Transferencia o depósito rechazado 3: Cheque o vale vista cobrado 4: Cheque o vale vista pendiente de cobro.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p>

		<ul style="list-style-type: none">• Campo de tipo numérico.• Debe informarse siempre.
--	--	--

Título XX: Cotizaciones de Salud¹⁵²

Este Archivo contiene las cotizaciones pagadas y adeudadas -cotizaciones declaradas y no pagadas y cotizaciones no declaradas ni pagadas- por cotizante.

1 Características Generales del Archivo Maestro ¹⁵³.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Archivo de Cotizaciones de Salud.
Nombre computacional Archivo	<p>Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 066
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por cada entidad pagadora ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	<p>Este archivo contendrá las cotizaciones correspondientes al mes de recaudación que se informa por concepto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Declaración y Pago (DP) -Declaración y No Pago (DNP) y -No Declaración y No Pago (NDNP) <p>Se deberá incluir el pago de cotizaciones mal enteradas o situaciones especiales como cotizaciones correspondientes a beneficiarios de contratos (beneficiario cotizante), ej: pensiones de sobrevivencia, pensiones de vejez, etc.</p> <p>No se deberán informar las deudas generadas por el pago parcial de la cotización pactada.</p> <p><u>Deberán informarse tantos registros como pagos, DNP o NDNP existan.</u></p>
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro corresponderá a las cotizaciones de salud declaradas y pagadas (DP), declaradas y no pagadas (DNP) además, de las no declaradas ni pagadas (NDNP) por cada

¹⁵² Título reemplazado por la Circular IF/N°159, de 12 de octubre de 2011.

¹⁵³ Modificado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	persona cotizante y empleador, correspondientes al mes que se informa.
Período de la información contenida en el Archivo	Corresponde al año y mes del último proceso de recaudación que se informa.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá las cotizaciones correspondientes al mes de recaudación que se informa por concepto de: -Declaración y Pago(DP) -Declaración y No Pago (DNP) y -No Declaración y no Pago (NDNP).
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, a más tardar el día 18 del mes siguiente al que se informa ¹⁵⁴ .
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá incluir todas las operaciones efectuadas por la isapre hasta el último día del mes informado.

¹⁵⁴ Descripción modificada por la Circular IF/N°398, de 29 de noviembre de 2021.

2 Estructura del Archivo Maestro.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Periodo de Información	Numérico
02	Código Aseguradora	Numérico
03	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la persona Cotizante	Alfanumérico
05	Tipo de pago	Numérico
06	Número planilla cotización	Alfanumérico
07	Tipo de ente o entidad encargada del pago	Numérico
08	RUT del empleador	Numérico
09	DV del RUT del empleador	Alfanumérico
10	Nombre o Razón Social del ente pagador	Alfanumérico
11	Comuna del ente pagador	Alfanumérico
12	Ciudad del ente pagador	Alfanumérico
13	Región del ente pagador	Alfanumérico
14	Remuneración imponible	Numérico
15	Remuneración imponible corregida	Numérico
16	Cotización legal obligatoria	Numérico
17	Cotización legal obligatoria corregida	Numérico
18	Cotización adicional voluntaria	Numérico
19	Cotización adicional voluntaria corregida	Numérico
20	Cotización pactada	Numérico
21	Cotización total	Numérico
22	Cotización total corregida	Numérico
23	Tipo planilla	Numérico
24	Período de remuneración	Numérico
25	Fecha de pago	Numérico
26	Período Desde	Numérico

	(aplicable para tipo pago 4 “gratificaciones” y 5 “Otros”)	
27	Período Hasta (aplicable para tipo pago 4 “gratificaciones” y 5 “Otros”)	Numérico
28	RUT de la entidad pagadora subsidio	Numérico
29	DV del RUT de la entidad pagadora subsidio	Alfanumérico
30	Modalidad de Pago de Cotizaciones	Alfabético

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

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Periodo de Información	<p>Corresponde al mes y año al que se informa.</p> <p>Este período coincidirá con el mes y año del último proceso de recaudación que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
02	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
03	RUN de la Persona Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante y que corresponde al informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p>En el caso de cotizaciones mal enteradas o beneficiarios cotizantes, debe informarse el RUN consignado en la planilla de cotizaciones.</p> <p>Cuando se trate de cotizaciones no declaradas ni pagadas, deberá informarse el afiliado <u>que se encuentre formalizado a través del o los FUN vigentes en el periodo que corresponda.</u></p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <p>Campo de tipo numérico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.
04	DV del RUN de la Persona Cotizante.	<p>Corresponde al dígito verificador del RUN de la persona cotizante que corresponde al informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p>En el caso de cotizaciones mal enteradas o beneficiarios cotizantes, debe informarse el dígito verificador consignado en la planilla de cotizaciones.</p> <p>Cuando se trate de cotizaciones no declaradas ni pagadas, deberá informarse el <u>afiliado que se encuentre formalizado a través del o los FUN vigentes en el periodo que corresponda.</u></p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <p>Campo de tipo alfanumérico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. y K, ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará la consistencia del valor registrado en este campo con el valor registrado en el campo (03) RUN de la persona Cotizante por medio de la rutina Módulo11.
05	Tipo de pago	<p>Corresponde al tipo de pago informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica según la categorización que se presenta.</p> <p>0= No declarada ni pagada 1= Declaración y pago 2= Declaración y no pago 3= Pago Declaración anterior 4= Gratificaciones</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>5= Otras (pagos por subsidios, traspasos de cotizaciones, etc.)</p> <p>Cuando en el mes que corresponde el pago de cotizaciones, esta última no fue declarada ni pagada, en este campo deberá informarse cero (0).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
06	Número Planilla de Cotización	<p>Corresponde al folio asignado a la planilla o recaudación electrónica correspondiente. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o recaudación electrónica, o bien la planilla no registre dicho dato, en este campo debe informarse vacío, empleando el valor (0-X).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos.
07	Tipo de ente o entidad encargada del pago	<p>Corresponde al tipo de entidad que paga las cotizaciones de salud de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica, según el siguiente detalle:</p> <p>1= Empleador 2= Entidad Encargada del pago de la pensión 3= Trabajador Independiente 4= Voluntario</p> <p>Deberá informarse tantos registros como pagos de los empleadores y/o entidades pagadoras existan. <u>Para las cotizaciones no declaradas y no pagadas se deberá informar el encargado del pago de la cotización que se encuentre formalizado a través del o los FUN vigentes en el periodo que corresponda.</u></p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
08	RUT del Empleador	<p>Corresponde al Rol Único Tributario del Empleador o Entidad encargada del pago de la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p>En el caso de los afiliados independientes y voluntarios, se debe registrar el RUN de la persona cotizante.</p> <p>Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o recaudación electrónica (NDNP), este campo debe informarse con los datos contenidos en el último FUN vigente.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.
09	DV del RUT del Empleador	<p>Corresponde al Dígito verificador de Rol Único Tributario del Empleador o Entidad encargada del pago de la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p>En el caso de los afiliados independientes y voluntarios, se debe registrar el dígito verificador asociado al RUN de la persona cotizante.</p> <p>Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o recaudación electrónica (NDNP), este campo debe informarse con los datos contenidos en el último FUN vigente.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia:</u></p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando corresponda se validará la consistencia del valor registrado en este campo con lo informado en el campo (08) RUN del Empleador por medio de la rutina Módulo 11.
10	Nombre o Razón Social del ente pagador	<p>Corresponde al nombre o razón social del ente pagador que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o bien no se cuente con este dato, se debe informar el nombre o razón social del o los empleadores que se encuentren formalizados en el último FUN vigente.</p> <p>En el caso de los afiliados independientes y voluntarios debe informarse blanco.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
11	Comuna del ente pagador	<p>Corresponde al nombre de la comuna del ente pagador que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o bien no se cuente con este dato, se debe informar el nombre de la comuna correspondiente al último FUN vigente.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
12	Ciudad del ente pagador	<p>Corresponde al nombre de la ciudad del ente pagador que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o bien no se cuente con este dato, se debe informar el nombre de la ciudad correspondiente al último FUN vigente.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
13	Región del ente pagador	<p>Corresponde al nombre de la región del ente pagador que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Cuando no exista planilla de pago de cotizaciones o bien no se cuente con este dato, se debe informar el nombre de la región correspondiente al último FUN vigente.</p>

N° CAMPO	NOMBRE CAMPO DEL	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
14	Remuneración Imponible	<p>Indica el monto en pesos de la remuneración, pensión o renta declarada según sea el caso, en el período que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre puede ser igual a cero en el caso de: <ul style="list-style-type: none"> -Cotizantes independientes o voluntarios -Casos de no declaración y no pago -Cuando la planilla no registre el dato.
15	Remuneración imponible corregida	<p>Corresponde al monto en pesos de la remuneración, pensión o renta imponible según sea el caso, para el período que se informa y de acuerdo a la información corregida con que cuente la isapre en sus bases de datos, según los reprocesos internos por planillas de cotización que difieran de lo informado para el mismo período en el campo 14.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Cuando no exista corrección de planillas debe informarse 0. ▪ Debe informarse siempre.
16	Cotización legal obligatoria	<p>Corresponde al monto en pesos de la cotización legal obligatoria que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre puede ser igual a cero en el caso de: <ul style="list-style-type: none"> -Cotizantes voluntarios. -Casos de no declaración y no pago. -Cuando la planilla no registre el dato.
17	Cotización legal obligatoria corregida	<p>Corresponde al monto en pesos de la cotización legal obligatoria para el período que se informa y de acuerdo a la información corregida con que cuente la isapre en sus bases de datos, según los reprocesos internos por planillas de cotización que difieran de lo informado para el mismo período en el campo 16.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Cuando no exista corrección de planillas debe informarse 0. ▪ Debe informarse siempre.
18	Cotización adicional voluntaria	<p>Corresponde al monto en pesos por concepto de cotización adicional voluntaria que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre puede ser igual a 0 (cero) en el caso que: <ul style="list-style-type: none"> -No se pacte cotización adicional Voluntaria. -Casos de no declaración y no pago. -Cuando la planilla no registre el dato.
19	Cotización adicional voluntaria corregida	<p>Corresponde al monto en pesos por concepto de cotización adicional voluntaria para el período que se informa y de acuerdo a la información corregida con que cuente la isapre en sus bases de datos, según los reprocesos internos por planillas de cotización que difieran de lo informado para el mismo período en el campo 18.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Cuando no exista corrección de planillas debe informarse 0. ▪ Debe informarse siempre.
20	Cotización pactada	<p>Corresponde al monto en pesos que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre puede ser igual a 0 (cero) en el caso que: <ul style="list-style-type: none"> -La planilla no registre el dato. -Casos de no declaración y no pago.
21	Cotización total	<p>Corresponde al monto total en pesos pagado, que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica, de acuerdo a cada persona afiliada, por entidad empleadora o encargada de la pensión, o bien, afiliado/a independiente o voluntario.</p> <p>En caso de cotizaciones declaradas y no pagadas corresponde informar el monto en pesos declarado en las planillas de cotización.</p> <p>Cuando se trate de cotizaciones adeudadas no declaradas ni pagadas, deberá informarse la cotización total <u>que se encuentre registrada en las bases de datos de la isapre.</u></p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
22	Cotización total corregida	<p>Corresponde al monto total en pesos pagado o declarado y no pagado, para el período que se informa de acuerdo a la información corregida con que cuente la isapre en sus bases de datos, según los reprocesos internos por planillas de cotización</p>

N° CAMPO	NOMBRE CAMPO DEL	DEFINICIÓN
		<p>que difieran de lo informado para el mismo período en el campo 21.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Cuando no exista corrección de planillas debe informarse 0. ▪ Debe informarse siempre.
23	Tipo planilla	<p>Corresponde al tipo de pago que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica según el siguiente detalle:</p> <p>0 = No declaración y no pago 1 = Normal 2 = Atrasado 3 = Adelantado</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Cero en el caso de no declaración y no pago. ▪ Debe informarse siempre.
24	Período de remuneración ¹⁵⁵	<p>Corresponde al mes y año en que se devengó la cotización, esto es el mes de la remuneración sobre la que se calculó y descontó la cotización de salud de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
25	Fecha de pago	<p>Corresponde al día, mes y año en que se recaudó la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p>

¹⁵⁵ Validadores técnicos del campo modificados por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=día, MM=mes y AAAA=año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ 01011800 para cotizaciones no declaradas ni pagadas.
26	Período Desde (aplicable para tipo de pago 4 "Gratificaciones" y 5 "Otras")	<p>Corresponde al mes y año de inicio en que se distribuyen las cotizaciones de salud percibidas por gratificaciones y otros conceptos de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Los restantes tipos de pago deben consignar 0.
27	Período Hasta (aplicable para tipo de pago 4 "Gratificaciones" y 5 "Otras")	<p>Corresponde al mes y año de término en que se distribuyen las cotizaciones de salud percibidas por gratificaciones y otros conceptos de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Los restantes tipos de pago deben consignar 0.
28	RUT de la entidad pagadora subsidio	<p>Corresponde al Rol Único Tributario de la entidad encargada de pagar los subsidios por incapacidad laboral, como Isapres, Mutuales, ISP, etc. cuando el trabajador se encuentre con subsidio por incapacidad laboral en función a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Cuando no corresponda informar pago de subsidios se deberá informar valor 0.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles.
29	DV del RUT de la entidad pagadora subsidio	<p>Corresponde al dígito verificador del Rol Único Tributario de la entidad encargada de pagar los subsidios por incapacidad laboral y debe informarse cuando el trabajador se encuentre con subsidio por incapacidad laboral de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p>Cuando no corresponda informar pago de subsidios se deberá informar valor 0.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles.
30	Modalidad de Pago de Cotizaciones	<p>Corresponde a la identificación de la forma en que se efectuó el pago o declaración de la cotización, esto es, manual o electrónicamente de acuerdo a los siguientes valores:</p> <p>M=Manual E=Electrónica (ej. Previred)</p> <p>En caso que el registro se refiera a una cotización no declarada y no pagada se deberá informar valor X.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo de tipo alfabético. - Valores Posibles: M, E o X.

Título XXI Ley Ricarte Soto ¹⁵⁶

Sobre la obligación de informar del Fonasa

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley N° 20.850, de junio de 2015 y en concordancia con lo establecido en el N°9 del artículo 115 del DFL N°1, de 2005 de Salud, el Fondo Nacional de Salud deberá informar periódicamente a la Superintendencia de Salud, respecto de las prestaciones otorgadas que formen parte del Sistema de Protección Financiera de Alto Costo y que hayan sido requeridas en este carácter.

Por otra parte, el artículo 27 de la citada ley y el Decreto N°89, del 30 de enero de 2016, establecieron la obligación del Fondo Nacional de Salud de implementar un sistema de información que permita el seguimiento, monitoreo y control del otorgamiento de las prestaciones contempladas en el Sistema de Protección Financiera sobre el que trata la ley, así como del gasto ejecutado para cada una de ellas. Asimismo, el sistema debe contener un registro de los productos sanitarios incluidos en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, los respectivos proveedores, precios de compra y duración de los contratos celebrados con la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. De acuerdo a la referida ley esta Superintendencia tendrá acceso al sistema de información y a la información correspondiente a la salud de los pacientes.

En virtud de lo anterior, una vez que el Sistema Informático que establece la ley esté plenamente operativo, situación que deberá ser informada a esta Superintendencia, el Fonasa deberá otorgar clave de acceso a esta Superintendencia, mediante la asignación de un perfil de usuario que permita la visualización de la información, en forma individual y agregada, en caso que proceda. Lo anterior, según los estándares técnicos y de seguridad, así como las políticas de acceso, uso y mantención que el Fonasa haya establecido para dicho sistema.

Por otra parte, el Fondo Nacional de Salud deberá enviar a esta Intendencia mensualmente, a más tardar el día 25 del mes siguiente al que se refiere la información, el archivo denominado "Trazabilidad del Paciente Ley Ricarte Soto", envío que deberá realizarse a través de la red privada denominada Extranet SIS, que permite la remisión de archivos computacionales mediante un protocolo seguro de transferencia, de acuerdo a las siguientes especificaciones técnicas:

ANEXO

Archivo Trazabilidad del paciente Ley Ricarte Soto

Este archivo deberá ingresarse usando la plataforma de la Extranet de la Superintendencia de Salud. Para ello el administrador funcional del Fonasa deberá asignar a un responsable del envío, quien deberá remitirlo con la periodicidad que se indica.

¹⁵⁶ Este Título fue agregado por la Circular IF/N°302, del 20.12.17

1.- Características Generales del Archivo

CARACTERISTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Trazabilidad del paciente Ley Ricarte Soto
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato, sCCCCAAAAMM 078 donde: <ul style="list-style-type: none"> • s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” • CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia • AAAA: año que se informa • MM: mes que se informa • 078: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse
Características del Archivo	Archivo en formato de texto: (MS-DOS)*txt. Los datos deben almacenarse con caracteres con comas o tabulaciones para separar los campos. Los datos no deben contener acentos ni letras “ñ”.
Información contenida en el Archivo	Este archivo contiene la información que permita la trazabilidad del paciente, fármaco y prestador de cada caso relacionado con la Ley Ricarte Soto. La primera línea debe identificar los datos de encabezado del archivo.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro contiene la información de cada uno de los pacientes que han hecho uso de las prestaciones que asegura el Sistema de Protección Financiera para diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.
Periodicidad de envío del Archivo	Debe remitirse en forma mensual, a más tardar el día 25 del mes siguiente al que se refiere la información, o el día hábil siguiente.

2.-Estructura del Archivo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	ETIQUETA	TIPO
01		Período de Información	Numérico
02		Código Aseguradora	Numérico
03	rut	RUT de a persona beneficiaria	Numérico
04	fecha-nac	Fecha de nacimiento beneficiario	Numérico (DDMMAAAA)
05	sexo	Indicar sexo de la persona beneficiaria:	Texto /categoría
		Sexo	
		Hombre (1)	
	Mujer (2)		

06	previsión	Tipo de afiliación previsional del beneficiario	Texto /categoría
		Fonasa(1)	
		Isapre (2)	
		FFAA(3)	
07	grupo_fonasa	En caso de que el beneficiario sea Fonasa, indicar el grupo de afiliación:	Texto /categoría
		A(1)	
		B(2)	
		C(3)	
		D(4)	
		sin grupo (5)	
08	tipo_ben	Indicar condición de afiliación al sistema previsional de salud	Texto /categoría
		Carga (1)	
		Titular (2)	
09	rut_titular	Rut del Titular o cotizante asociado al beneficiario	Numérico
10	n_cargas	Número de cargas asociadas al titular del beneficiario	Numérico
11	Val_cot	Valor cotización mensual efectuada por el titular en el respectivo sistema previsional de salud	Numérico

12	Patología ¹⁵⁷	Informar nombre y número o categoría asignada por el Decreto Supremo vigente, que contiene los diagnósticos y tratamientos de alto Texto /categoría costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera N° 20.850	Texto /categoría
13		Peso inicial (kilos) cuando corresponda	Numérico
14		Peso de Seguimiento (kilos) cuando corresponda	Numérico
15		Edad gestacional (prematuro)	Numérico
16		Estado del caso LRS	Texto/categoría
17		Estado (número)	Texto/categoría
18		Fecha de solicitud	Numérico
19		Fecha confirmación/descarte	Numérico
20		Fecha cierre del caso (caso cerrado)	Numérico
21		Causa término (texto)	Texto/categoría
22		Causa término (Categoría) Tratamiento finalizado (1); Falleció (2); Rechaza Tratamiento (3); Reacciones Adversas al Medicamento (4);Contraindicación Clínica (5)	Texto/categoría
23		Examen Confirmación diagnóstica (texto)	Texto/categoría
24		Examen Confirmación diagnóstica (Categoría) Si (1) No (2)	Texto/categoría

¹⁵⁷ Definición modificada por la Circular IF 340, 09.10.2019

25		Región ¹⁵⁸ del paciente (texto)	Texto/categoría
26		Región del paciente (Categoría)	Texto/categoría
27		Región de tratamiento del paciente (Texto)	Texto/categoría
28		Región de tratamiento del paciente (categoría)	Texto/categoría
29		Establecimiento diagnóstico	Texto
30		Establecimiento tratamiento	Texto
31		Servicio de salud	Texto
32		Rut médico tratante	Numérico
33		Especialidad médico tratante	Texto
34		Principio Activo	Texto
35		Medicamento clínico	Texto
36		Cantidad (actual)	Numérico
37		Dosis (actual)	Numérico
38		Tipo Duración (Actual)	Texto

¹⁵⁸ Las regiones deben informarse de acuerdo a los códigos dispuestos y vigentes por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Título XXII: Archivo Maestro de Cotizaciones Mal Enteradas¹⁵⁹

Con el propósito de obtener información periódica respecto del traspaso mensual de las cotizaciones mal enteradas, se requiere a las Isapres y al FONASA enviar dicha información, en los términos definidos en el Anexo denominado **ARCHIVO MAESTRO TRASPASO MENSUAL DE COTIZACIONES DE SALUD MAL ENTERADAS**, de este Título.

Periodicidad y plazo de envío

La transferencia de este archivo, se realizará a través de la red privada denominada Extranet SIS.

Los archivos deberán ser remitidos a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, a más tardar, el último día hábil del mes siguiente al que se realizó el traspaso de cotizaciones mal enteradas que se informa.

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

¹⁵⁹ Título incorporado por Circular IF/N° 376, de 2020.

ANEXO: ARCHIVO MAESTRO TRASPASO MENSUAL DE COTIZACIONES DE SALUD MAL ENTERADAS

Este archivo contiene la información de las cotizaciones de salud mal enteradas que son traspasadas mensualmente por las isapres y por el FONASA a las instituciones de salud de destino.

1. Características generales del Archivo Maestro

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Traspaso Mensual de Cotizaciones de Salud Mal Enteradas
Nombre Computacional del Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCCAAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" <input type="checkbox"/> CCC: código de la institución de salud asignado por la Superintendencia <input type="checkbox"/> AAAA: año que se informa <input type="checkbox"/> MM: mes que se informa <input type="checkbox"/> EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 106
Características del Archivo	Archivo plano <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Código ASCII <input type="checkbox"/> Un registro por línea <input type="checkbox"/> Separador de campo carácter pipe () <input type="checkbox"/> Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
Información contenida en el Archivo	Corresponde a los montos traspasados mensualmente a las instituciones de salud de destino por concepto de cotizaciones mal enteradas.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al detalle por cotizante de las cotizaciones de salud mal enteradas que fueron traspasadas a la institución de salud de destino en el mes que se informa.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, al último día hábil del mes siguiente a cada proceso de traspaso.

2. Estructura del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Institución de Salud	Numérico
02	Fecha de la Información	Numérico
03	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	Alfanumérico
05	Número de la Planilla de Cotización	Numérico
06	RUT Entidad encargada del pago de la cotización	Numérico
07	DV del RUT Entidad encargada del pago de la cotización	Alfanumérico
08	Nombre o Razón Social de la Entidad encargada del pago de la cotización	Alfanumérico
09	Remuneración Imponible	Numérico
10	Cotización Legal Obligatoria	Numérico
11	Cotización Adicional Voluntaria	Numérico
12	Cotización Mal Enterada traspasada	Numérico
13	Mes de la Remuneración	Numérico
14	RUT Institución de Salud de Destino	Numérico
15	DV del RUT Institución de Salud de Destino	Alfanumérico
16	Código Institución de Salud de Destino	Numérico
17	Fecha de la Devolución	Numérico

3. Definiciones.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Institución de Salud	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la institución de salud que envía el archivo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la institución de salud.
02	Fecha de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM= mes y AAAA= año.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos ▪ Debe informarse siempre.
03	RUN de la Persona Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante (titular o carga) que es informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Campo de tipo numérico. <input type="checkbox"/> No debe utilizarse carácter separador de miles. <input type="checkbox"/> Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador del RUN de la persona cotizante (titular o carga) que es informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K ▪ Debe informarse siempre.
05	Número Planilla de Cotización	<p>Corresponde al número de serie de la planilla de pago de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando se trate de la recaudación enterada por la Tesorería General de la República por concepto de retenciones de cotizantes independientes se debe informar 0 (cero).
06	RUT Entidad encargada del pago de la cotización	<p>Corresponde al Rol Único Tributario de la Entidad encargada del pago de la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de los cotizantes independientes y voluntarios, se debe repetir el RUN de la persona cotizante.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
07	DV del RUT Entidad encargada del pago de la cotización	<p>Corresponde al dígito verificador del Rol Único Tributario del Empleador o Entidad encargada del pago de la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de los cotizantes independientes y voluntarios, se debe repetir el DV del RUN de la persona cotizante.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Campo de tipo alfanumérico. <input type="checkbox"/> Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre.
08	Nombre o Razón Social Entidad encargada del pago de la cotización	<p>Corresponde al nombre o razón social de la Entidad o persona encargada del pago de la cotización que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Campo de tipo alfanumérico. <input type="checkbox"/> Debe informarse siempre.
09	Remuneración Imponible	<p>Indica el monto en pesos de la remuneración, pensión o renta del período que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse el campo de la planilla o recaudación electrónica correspondiente.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Campo de tipo numérico

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Debe informarse siempre salvo cuando se trate de la recaudación enterada por la Tesorería General de la República por concepto de retenciones de cotizantes independientes en cuyo caso debe informar 0. ▪ En caso de la remuneración imponible para los afiliados voluntarios, se debe informar el valor cero.
10	Cotización Legal Obligatoria	<p>Corresponde al monto en pesos de la cotización legal obligatoria que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse al campo de la planilla o recaudación electrónica correspondiente.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Campo de tipo numérico. <input type="checkbox"/> Debe informarse siempre salvo cuando se trate de la recaudación enterada por la Tesorería General de la República por concepto de retenciones de cotizantes independientes en cuyo caso debe informar 0. ▪ En caso de la cotización legal obligatoria para los afiliados voluntarios, se debe informar el valor cero.
11	Cotización Adicional Voluntaria	<p>Corresponde al monto en pesos de la cotización adicional voluntaria que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse el campo de la planilla correspondiente.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Campo de tipo numérico. <input type="checkbox"/> Debe informarse siempre salvo cuando se trate de la recaudación enterada por la Tesorería General de la República por concepto de retenciones de cotizantes independientes en cuyo caso debe informar 0. ▪ En caso de la cotización adicional voluntaria para los afiliados voluntarios, se debe informar el valor cero.
12	Cotización Mal Enterada traspasada	<p>Corresponde al monto total en pesos que fue traspasado a la institución de salud de destino. Estos montos deben incluir los reajustes efectuados por la Tesorería General de la República, en el caso de las cotizaciones de salud de los trabajadores</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		independientes cuyos pagos fueron realizados con cargo a las sumas retenidas por el Servicio de Impuestos Internos. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.
13	Mes de la Remuneración	Corresponde al Mes y Año (MM/AAAA) en que se devengó la cotización, esto es, el mes de la remuneración sobre la que se calculó y descontó la cotización de salud de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizantes independientes debe homologarse al campo de la planilla correspondiente. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes. Validadores Técnicos del campo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ En caso del mes de la remuneración para los afiliados voluntarios, se debe informar el valor cero.
14	RUT Institución de Salud de Destino	Corresponde al Rol Único Tributario de la Institución de salud a la que se efectúa el traspaso de cotizaciones mal enteradas. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
15	DV del RUT Institución de Salud de Destino	Corresponde al dígito verificador de Rol Único Tributario de la Institución de Salud de Destino. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K. ▪ Debe informarse siempre.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
16	Código Institución de Salud Destino	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la institución de salud de destino.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Campo de tipo numérico. <input type="checkbox"/> Debe informarse siempre. <input type="checkbox"/> No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la institución de salud.
17	Fecha de la Devolución	<p>Corresponde a la fecha en que se materializó el traspaso a la entidad de destino.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAA, donde: DD= Día MM= Mes. AAAA= Año</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos ni comas. ▪ Debe informarse siempre.

Título XXIII: Archivo Maestro de Beneficios Adicionales ¹⁶⁰

Archivo Maestro de Beneficios Adicionales

Las isapres deberán informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales acerca de los Beneficios Adicionales contratados por sus beneficiarios, mediante la generación de los siguientes archivos, cuyas características, estructura y contenido se presentan a continuación.

A) Archivo Maestro de Beneficios Adicionales

1. Características Generales del Archivo Maestro.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Archivo Maestro de Beneficios Adicionales
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato, sCCCCAAAAMMEEE donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 124.
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada campo
Información contenida en el Archivo	Contiene información sobre las características de todos los beneficios adicionales vigentes y/o en comercialización a la fecha solicitada. Se entiende por beneficio adicional vigente aquel que tenga, a lo menos, un cotizante con beneficios vigentes en el mes que se informa, independientemente de si se está comercializando. Asimismo, se entiende por beneficio adicional en comercialización aquel que se encuentra a la venta en el mes que se informa, aunque no tenga cotizantes adscritos.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del archivo corresponde a un beneficio adicional más sus datos asociados.
Período de la información contenida en el Archivo	Beneficios Adicionales vigentes y/o en comercialización al último día del mes que se informa. El primer envío corresponde al mes de noviembre de 2021.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.

¹⁶⁰ Se incorpora nuevo Título en razón de la Circular IF N°397, de 16.11.2021, que instruye el envío de un nuevo archivo.maestro

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, el día 10 del mes siguiente al que se informa. De manera excepcional, el primer envío correspondiente al mes de noviembre 2021, deberá remitirse el día 20 de diciembre de 2021 Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.
Fecha de cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar los Beneficios Adicionales vigentes y/o en comercialización al último día hábil del mes que se informa.

2.- Estructura del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Período de información	Numérico
03	Identificación Única del Beneficio Adicional	Alfanumérico
04	Nombre del Beneficio Adicional	Alfanumérico
05	Fecha Inicio del Beneficio Adicional	Numérico
06	Comercialización	Numérico
07	Ámbito de cobertura del Beneficio Adicional	Numérico
08	Modalidad del Precio	Numérico
09	Definición del Precio	Numérico
10	Precio	Numérico
11	Reajuste Contractual Anual	Numérico
12	Fecha de Aplicación del Reajuste Contractual	Numérico
13	Grupo Objetivo	Numérico
14	Deducible	Numérico
15	Existencia de Tope de Bonificación	Numérico
16	Tope Anual de cobertura	Numérico
17	Número de Cotizantes suscritos al Beneficio Adicional	Numérico

3.- Definiciones del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
01	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número de identificación de la isapre registrada en esta Superintendencia.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Período de información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía. El archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiere la información.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12)</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
03	Identificación Única del Beneficio Adicional	<p>Corresponde a la codificación técnica del beneficio adicional informado que la isapre utiliza para identificarlo de manera Única.</p> <p>BA + Código Isapre + Campo Alfa Numérico.</p> <p>Dónde:</p> <p>BA: Corresponde a la sigla asignada a la expresión “Beneficios Adicionales” y, por ende, no tendrá variación.</p> <p>Código Isapre: Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la Institución de Salud Previsional.</p> <p>Campo Alfa Numérico: Código, folio, correlativo o identificación interna que ha asignado la institución de salud al producto que comercializa.</p> <p>De no contar la isapre con un código, folio, correlativo o identificación interna para este tipo de producto,</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		deberá asignarlo para efectos de informar a esta Superintendencia. <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero.
04	Nombre del Beneficio Adicional	Corresponde al nombre de fantasía o comercial que la isapre ha asignado al beneficio adicional que se informa, el cual se encuentra impreso en su carátula. <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
05	Fecha Inicio de comercialización Beneficio Adicional	Corresponde al mes y año en que se comenzó a comercializar el beneficio adicional informado. Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12) <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero
06	Comercialización	Identifica si el beneficio adicional se está comercializando en el período informado. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1= Si 2 = No <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
07	Ámbito de cobertura del Beneficio Adicional	<p>Indica el ámbito o materia protegida por el beneficio adicional que se informa.</p> <p>Los valores posibles a informar son:</p> <p>1=Dental 2=Urgencias 3=Prestaciones Hospitalarias 4=Prestaciones Ambulatorias 5=Medicamentos Farmacias 6=Enfermedades Catastróficas 7=Telemedicina 8=Asistencia Médica Extranjero 9=Cotizaciones 0=Otros</p> <p>En la categoría “Otro” debe hacer referencia a cualquier otro ámbito de protección no considerado en las categorías anteriores.</p> <p>En caso de presentar más de una categoría, se deberán informar en este campo multivalor, todos los ámbitos de protección que abarca el beneficio adicional en el orden que establezca la aseguradora.</p> <p>Cuando el campo es multivalor no se debe utilizar separador.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados
08	Modalidad del Precio	<p>Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el precio del beneficio adicional informado.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		1 = UF 2 = \$ <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados
09	Definición del precio	Indica la forma como se encuentra definido el precio del beneficio adicional que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = Fijo por contrato 2 = Fijo por beneficiario 3 = Variable por contrato según amplitud de la cobertura. 4 = Variable por beneficiario según edad. 5 =Variable por beneficiario según amplitud de la cobertura. 6 = Otro no especificado <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados.
10	Precio	Corresponde al precio asignado por la Isapre al beneficio adicional que se informa, expresado en unidades de fomento (UF), utilizando un máximo de dos decimales. Si el precio varía conforme a la edad del beneficiario o amplitud de la cobertura contratada (en referencia al campo 09 “Definición del Precio”) se deberá informar un precio promedio. Para expresar en UF el precio base del beneficio adicional que se

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		<p>encuentren establecidos en pesos, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico con dos decimales. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
11	Reajuste Contractual Anual	<p>Informa el reajuste porcentual anual que haya sido estipulado en el contrato, que se aplica al precio del beneficio adicional informado cuando éste se encuentra expresado en pesos. Debe informarse, aunque no se haya aplicado todavía.</p> <p>Debe expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un decimal y sin el signo porcentual.</p> <p>Debe informarse con valor cero si no existe reajuste estipulado en el contrato o si el precio del beneficio adicional se encuentra expresado en UF.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico con un decimal. Se debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
12	Fecha de Aplicación del Reajuste Contractual	<p>Corresponde a la fecha en que la isapre debe aplicar el reajuste contractual anual informado en el campo 11 (Reajuste Contractual Anual).</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		<p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12)</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ser cero en caso que el beneficio no establezca un reajuste contractual anual. ▪ No se acepta cero en beneficios que informen la existencia de un reajuste contractual anual, es decir, cuando el campo 11 (Reajuste Contractual Anual) sea distinto de cero.
13	Grupo Objetivo	<p>Corresponde al segmento de beneficiarios hacia el cual se encuentra orientado el beneficio adicional que se informa, conforme a la naturaleza de este último, sin perjuicio de la disposición que regula que deben ser ofrecidos indistintamente y sin discriminación.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores, señalando aquel que mejor represente al grupo objetivo del beneficio adicional:</p> <p>1 = Sólo Cotizantes 2 = Adultos Mayores 3 = Mujeres en Edad Fértil 4 = Embarazadas 5 = Mayores de 24 años</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		6 = Menores de 2 años 7 = Deportistas 8 = Otro grupo no especificado 9 = Sin grupo objetivo específico <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados.
14	Deducible	Indica si el beneficio adicional considera algún tipo de deducible en su cobertura. Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores: 1 = Con deducible 0 = Sin deducible <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta con valores distintos a los especificados. <u>Validadores de Consistencia:</u> Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los beneficios que se informan.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
15	Existencia de Tope de Bonificación	<p>Indica si el beneficio adicional informado cuenta con tope de bonificación.</p> <p>Debe informarse con valores 1 o 2, según corresponda, donde:</p> <p>1= Con Tope 2= Sin Tope</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados
16	Tope Anual de cobertura	<p>Corresponde al monto del tope anual por beneficiario establecido en el beneficio adicional informado, expresado en unidades de fomento (UF) y sin decimales.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <p>Debe ser cero sólo cuando el beneficio adicional no considere un tope anual por beneficiario.</p>
17	Número de Cotizantes suscritos al Beneficio Adicional	<p>Corresponde al número de cotizantes que a la fecha de la información se encuentran adscritos al beneficio adicional que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre ▪ Se acepta con valor 0, si a la fecha de la información el Beneficio Adicional no cuenta con cotizantes adscritos.

4.- Envío del archivo

Para efectos de remitir este archivo, se deberá emplear la red privada Extranet de esta Superintendencia, ubicada en el Portal Web Institucional.

Si tras la validación del archivo enviado-, este acusa fallas o errores que lo- califican como “Rechazado”, la isapre deberá corregirlo y reenviarlo nuevamente hasta que se apruebe definitivamente el proceso.

El Archivo de Beneficios Adicionales deberá ser remitido mensualmente a esta Intendencia, a más tardar, el día 10 del mes siguiente al que se informa. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

B) Archivo Maestro de Suscripciones a Beneficios Adicionales:

1. Características Generales del Archivo Maestro.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Archivo Maestro de Suscripciones a Beneficios Adicionales
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 125.
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	Contiene información de los cotizantes que han contratado un beneficio adicional, esto es, respecto a la suscripción efectuada por cada cotizante, desde el período de vigencia del beneficio adicional hasta que se pone término a este último. Asimismo, incluye datos relacionados con el precio total a pagar asociado al período que se está informando y la causal del término. Por lo anterior, se deberá tener en consideración, que la suscripción de cada beneficiario a uno o más beneficios adicionales, se deberá informar hasta la fecha en que se pone término al beneficio adicional.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde a los cotizantes que hayan suscrito un Beneficio Adicional al último día o fecha de cierre del mes que se informa (dupla RUN cotizante/ Beneficio adicional)

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	Cada Beneficio Adicional se informará tantas veces como cotizantes contenga.
Período de la información contenida en el Archivo	Cotizantes que se encuentren suscritos y vigentes a Beneficios Adicionales al último día del mes que se informa. El primer envío corresponde al mes de noviembre de 2021.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, el día 10 del mes siguiente al que se informa. De manera excepcional, el primer envío correspondiente al mes de noviembre 2021, deberá remitirse el día 20 de diciembre de 2021
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar tanto las suscripciones como la fecha en que se pone término al beneficio adicional y causales al último día hábil del mes que se informa.

2.- Estructura del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Período de información	Numérico
03	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	Alfanumérico
05	Identificación alternativa Cotizante	Alfanumérico
06	Identificación única del plan de salud	Alfanumérico
07	Identificación Única del Beneficio Adicional	Alfanumérico
08	Fecha de suscripción del Beneficio Adicional	Numérico

09	Fecha Término Beneficio Adicional	Numérico
10	Causa Término Beneficio Adicional	Numérico
11	Número de Beneficiarios del Beneficio Adicional	Numérico
12	Precio Total a Pagar	Numérico
13	RUT del Agente de Ventas	Numérico
14	DV del RUN del Agente Ventas	Alfanumérico

3.- Definiciones del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
01	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número de identificación de la isapre registrada en esta Superintendencia</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Período de información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía. El archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiere la información.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA=año y MM=mes (entre 01 y 12)</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
03	RUN de la Persona Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante del beneficio adicional, entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel).</p> <p>En caso que el Cotizante no tenga RUN por ser extranjero, deberá registrarse valor 0 (cero) y la aseguradora deberá</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		<p>asignarle una identificación alternativa. (campo 05).</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor 0 (cero) por el número del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.
04	DV del RUN de la Persona Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN de la persona cotizante del beneficio adicional (campo 03).</p> <p>En caso que la persona cotizante no posea RUN, deberá registrarse valor X.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá reemplazar el valor X por el número del DV del RUN.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre.
05	Identificación alternativa Cotizante	<p>Corresponde a la identificación utilizada por la aseguradora para distinguir a la persona Cotizante del beneficio adicional, en los casos en que éste no tenga RUN. Este valor deberá ser único para la persona que se encuentre en esta situación.</p> <p>Si la Identificación alternativa asignada por la isapre incluye dígito verificador, deberá informar en este campo la identificación sin dicho dígito.</p> <p>Si, posteriormente, la aseguradora conociera el RUN, deberá incorporar dicho valor en el campo correspondiente (campo 03),</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		<p>manteniendo la Identificación alternativa asignada y registrada en este campo.</p> <p>Se deberá registrar un 0 (cero) solamente en los casos en que al Cotizante nunca se le haya asignado una Identificación Alternativa.</p> <p><u>Validadores Técnico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
06	Identificación única del plan de salud	<p>Corresponde a la codificación técnica que la isapre ha otorgado al plan de salud complementario que mantiene vigente el cotizante asociado al beneficio adicional, con el objeto de identificarlo de manera única.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero. ▪ No se acepta prefijo “plan” o “plan de salud” en la identificación única del plan. <p><u>Validadores de Consistencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre identificador del plan debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en toda estructura de datos requerida por esta Superintendencia, particularmente, en el Archivo Maestro de Planes de Salud.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
07	Identificación Única del Beneficio Adicional	<p>Corresponde a la codificación técnica del beneficio adicional informado que la isapre utiliza para identificarlo de manera Única.</p> <p>BA + Código Isapre + Campo Alfa Numérico.</p> <p>Donde:</p> <p>BA: Corresponde a la sigla asignada a la expresión "Beneficios Adicionales" y, por ende, no tendrá variación.</p> <p>Código Isapre: Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la Institución de Salud Previsional.</p> <p>Campo Alfa Numérico: Código, folio, correlativo o identificación interna que ha asignado la institución de salud al producto que comercializa.</p> <p>De no contar la isapre con un código, folio, correlativo o identificación interna para este tipo de producto, deberá asignarlo para efectos de informar a esta Superintendencia</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo alfanumérico ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío. ▪ No se acepta cero.
08	Fecha de suscripción del Beneficio Adicional	<p>Corresponde al día, mes y año que da cuenta de la suscripción del afiliado al beneficio adicional en particular.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
09	Fecha Término Beneficio Adicional	<p>Corresponde a la fecha en que se pone término al beneficio adicional, ya sea por incumplimiento de las obligaciones contractuales, desahucio o desafiliación de la isapre, muerte del afiliado, o bien pérdida de la relación laboral (art. 200 del DFL N°1).</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD=Día MM = mes y AAAA = año.</p> <p>En caso de no haberse puesto término de contrato deberá informarse 01011800.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre.
10	Causa Término Beneficio Adicional	<p>Corresponde a la causa por la que se pone término al beneficio adicional ya sea por parte del afiliado(a) o la Institución de Salud Previsionales.</p> <p>Los valores posibles a informar son:</p> <p>0 = No Aplica término de contrato. 1 = Desahucio Voluntario. 2 =Desahucio por parte de la Isapre. 3 = Desahucio por Mutuo Acuerdo.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados
11	Número de Beneficiarios suscritos al Beneficio Adicional	<p>Corresponde al número de beneficiarios que el cotizante ha suscrito al beneficio adicional contratado, en el período que se</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
		<p>informa. El número que se informe debe incluir al cotizantes como beneficiario.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.
12	Precio Total a Pagar ¹⁶¹	<p>Corresponde al costo total en pesos del beneficio adicional, asociado al número de beneficiarios del beneficio adicional (campo 11) y al período que se informa.</p> <p>Para expresar en pesos el precio base del beneficio adicional que se encuentren establecidos en UF, se utilizará el valor que dicha unidad monetaria tenga el último día del mes anterior al que se informa</p> <p>Debe informarse valor 0 (cero), en caso de existir una excepción temporal respecto del cobro del precio del beneficio adicional.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico, sin separador de miles. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío.
13	RUN del Agente de Ventas	<p>Corresponde al Rut del Agente de Ventas asociado al último movimiento registrado.</p> <p>Si no ha habido participación de Agente de Ventas en el movimiento efectuado, o bien no se cuenta con este dato dada</p> <p>la antigüedad del registro, debe informarse cero (0).</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre.

¹⁶¹ Se modifica Definición de Campo y Validador Técnico en razón de la Circular IF N°399, de 22.12.2021

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION CAMPO
14	DV del RUN del Agente Ventas	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número informado del RUT del Agente de Ventas (campo 13).</p> <p>Si no corresponde informar el Rut del agente de ventas, por las circunstancias señaladas en el campo (13), deberá registrarse una X.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. ▪ Debe informarse siempre.

4.- Envío del archivo

Para efectos de remitir este archivo, se deberá emplear la red privada Extranet de esta Superintendencia, ubicada en el Portal Web Institucional.

Si tras la validación del archivo enviado, este acusa fallas o errores que lo califican como “Rechazado”, la isapre deberá corregirlo y reenviarlo nuevamente hasta que se apruebe definitivamente el proceso.

El Archivo de Suscripciones a Beneficios Adicionales deberá ser remitido mensualmente a esta Intendencia, en conjunto con el Archivo Maestro de Beneficios Adicionales, a más tardar, el día 10 del mes siguiente al que se informa. Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.

Capítulo III Instrucciones de carácter económico y financiero

Título I: Instrucciones relativas a la Ficha Económica y Financiera de Isapre (F.E.F.I.)¹⁶²

I. Disposiciones Generales

1.- Estados Financieros

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

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

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

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

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

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

- A. Información General de la entidad
- B. Estado de Situación Financiera Clasificado
- C. Estado de Resultado por Función
- D. Estado de Resultados Integrales
- E. Estado de Flujo de Efectivo Directo
- F. Estado de Cambio en el Patrimonio Neto
- G. Declaración de Responsabilidad
- H. Notas Explicativas
- I. Dictamen de los Auditores Externos (sólo anual)
- J. Análisis razonado de los Estados Financieros¹⁶³

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

¹⁶² Título modificado por la Circular IF/N° 140, de 12 de enero de 2011.

¹⁶³ Agregado por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

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

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

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

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

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

Los plazos de entrega de la información serán los siguientes:

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

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

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

c) El análisis razonado deberá entregarse de manera trimestral y anual, en las mismas fechas que señalan las letras a y b precedente. Lo anterior, sin perjuicio de las facultades del artículo 110 del DFL N°1, de 2005, de Salud¹⁶⁴.

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

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

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

¹⁶⁴ Letra c) incorporada por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

3. Estados Financieros Consolidados

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

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

II. Contenido de la Ficha Económica y Financiera de Isapre

A. Información General de la entidad¹⁶⁵

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

INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD

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

3. RAZON SOCIAL Y NATURALEZA JURÍDICA

4. RUT

5. DOMICILIO

6. TELÉFONO

7. CIUDAD

8. REGIÓN

9. REPRESENTANTE LEGAL

9.1 RUT

10. GERENTE GENERAL

10.1. RUT

¹⁶⁵ Título modificado por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

--

--

11. PRESIDENTE DEL DIRECTORIO

11.1. RUT

--

--

12. DIRECTORES

12.1 RUT

13. NOMBRE MAYORES ACCIONISTAS O APORTADORES DE CAPITAL PROPIEDAD

14 % DE

15. PATRIMONIO:

EN PESOS

EN U.F.

16. CAPITAL :

SUSCRITO

PAGADO

17. N° DE TRABAJADORES 18. N° DE VENDEDORES ¹⁶⁶ 19. N° DE SUCURSALES

--	--	--

20. AUDITORES EXTERNOS

--

¹⁶⁶ Instrucciones sobre la fuerza de ventas y su registro contenidas en el Compendio de Procedimientos.

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

B. Formatos de Presentación de los Estados Financieros

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

Estado de Situación Financiera Clasificado

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

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

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

Pasivos incluidos en grupos de activos para su disposición clasificados como mantenidos para la venta	21072	Cta. Nueva sin Código FEFI
Pasivos corrientes totales	21000	Cuenta Totalizadora 21000
<i>Pasivos, No Corrientes</i>	Título	Título
Otros Pasivos Financieros, no Corriente	22010	22010
Pasivos no corrientes	22020	22040
Cuentas por Pagar a Entidades Relacionadas, No Corriente	22030	22020
Otras provisiones No Corrientes	22040	22030
Pasivo por impuestos diferidos	22050	22040
Provisiones no corrientes por beneficios a los empleados	22060	22030
Otros pasivos no financieros no corrientes	22070	22040
Total de pasivos no corrientes	22000	Cuenta Totalizadora 22000
Total pasivos	20000	Cuenta Totalizadora Cta. Nueva sin Código FEFI
<i>Patrimonio(1)</i>	Título	Título
Capital Emitido (2)	23010	23010 más 23020
Ganancias (pérdidas) acumuladas	23020	23060
Primas de emisión	23030	Cta. Nueva sin Código FEFI
Acciones Propias en Cartera	23040	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otras participaciones en el patrimonio	23050	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otras Reservas	23060	23040
Resultado del Ejercicio (3)	23070	23070
Dividendos Provisorios (3)	23071	23080
Patrimonio Neto Atribuible a los Tenedores de Instrumentos de Patrimonio Neto de Controladora	23072	Cuenta Totalizadora

		Cta. Nueva sin Código FEFI
Participaciones no controladoras	23073	24000
Patrimonio total	23000	23000 Cuenta totalizadora
Total de Patrimonio y Pasivos	24000	20000 Cuenta totalizadora

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

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

(3) Cuentas requeridas por esta Superintendencia

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

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

Estado de Resultado

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

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

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

Estado de Resultado Integral

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

Ganancias (pérdidas) por diferencias de cambio de conversión, antes de impuestos	50001
Ajustes de reclasificación en diferencias de cambio de conversión, antes de impuestos	50002
Otro resultado integral, antes de impuestos, diferencias de cambio por conversión	Subtotal 50003
Activos financieros disponibles para la venta	Título
Ganancias (pérdidas) por nuevas mediciones de activos financieros disponibles para la venta, antes de impuestos	50004
Ajustes de reclasificación, activos financieros disponibles para la venta, antes de impuestos	50005
Otro resultado integral, antes de impuestos, activos financieros disponibles para la venta	Subtotal 50006
Coberturas del flujo de efectivo	Título
Ganancias (pérdidas) por coberturas de flujos de efectivo, antes de impuestos	50007
Ajustes de reclasificación en coberturas de flujos de efectivo, antes de impuestos	50008
Ajustes por importes transferidos al importe inicial en libros de las partidas cubiertas	50009
Otro resultado integral, antes de impuestos, coberturas del flujo de efectivo	Subtotal 50010
Otro resultado integral, antes de impuestos, ganancias (pérdidas) procedentes de inversiones en instrumentos de patrimonio	50011
Otro resultado integral, antes de impuestos, ganancias (pérdidas) por revaluación	50012
Otro resultado integral, antes de impuestos, ganancias (pérdidas) actuariales por planes de beneficios definidos	50013
Participación en el otro resultado integral de asociadas y negocios conjuntos contabilizados utilizando el método de la participación	50014
Otros componentes de otro resultado integral, antes de impuestos	Subtotal 50000
Impuesto a las ganancias relacionado con componentes de otro resultado integral	Título

Impuesto a las ganancias relacionado con diferencias de cambio de conversión de otro resultado integral	51001
Impuesto a las ganancias relacionado con inversiones en instrumentos de patrimonio de otro resultado integral	51002
Impuesto a las ganancias relacionado con activos financieros disponibles para la venta de otro resultado integral	51003
Impuesto a las ganancias relacionado con coberturas de flujos de efectivo de otro resultado integral	51004
Impuesto a las ganancias relacionado con cambios en el superávit de revaluación de otro resultado integral	51005
Impuesto a las ganancias relacionado con planes de beneficios definidos de otro resultado integral	51006
Ajustes de reclasificación en el impuesto a las ganancias relacionado con componentes de otro resultado integral	51007
Suma de impuestos a las ganancias relacionados con componentes de otro resultado integral	Subtotal 51000
Otro resultado integral	Subtotal 52000
Resultado integral total	Total 53000
Resultado integral atribuible a	Título
Resultado integral atribuible a los propietarios de la controladora	53001
Resultado integral atribuible a participaciones no controladoras	53002
Resultado integral total	53000

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

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

Estado de Flujo de Efectivo Directo

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

Dividendos recibidos	40220	40130
Intereses pagados	40230	40160
Intereses recibidos	40240	40125
Impuestos a las ganancias reembolsados (pagados)	40250	40165
Otras entradas (salidas) de efectivo	40260	40120 40135 40175
Flujos de efectivo netos procedentes de (utilizados en) actividades de operación	Totalizadora 40000	Totalizadora 40100
Flujos de efectivo procedentes de (utilizados en) actividades de inversión	Título	Título
Flujos de efectivo procedentes de la pérdida de control de subsidiarias u otros negocios	41100	40315 - 40320
Flujos de efectivo utilizados para obtener el control de subsidiarias u otros negocios	41110	Cta. Nueva sin Código FEFI
Flujos de efectivo utilizados en la compra de participaciones no controladoras	41120	40350
Otros cobros por la venta de patrimonio o instrumentos de deuda de otras entidades	41130	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otros pagos para adquirir patrimonio o instrumentos de deuda de otras entidades	41140	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otros cobros por la venta de participaciones en negocios conjuntos	41150	Cta. Nueva sin Código FEFI
Otros pagos para adquirir participaciones en negocios conjuntos	41160	Cta. Nueva sin Código FEFI
Préstamos a entidades relacionadas	41170	40365
Importes procedentes de la venta de propiedades, planta y equipo	41180	40310
Compras de propiedades, planta y equipo	41190	40340
Importes procedentes de ventas de activos intangibles	41200	Cta. Nueva sin Código FEFI
Compras de activos intangibles	41210	Cta. Nueva sin Código FEFI
Importes procedentes de otros activos a largo plazo	41220	40330
Compras de otros activos a largo plazo	41230	40360
Importes procedentes de subvenciones del gobierno	41240	Cta. Nueva sin Código FEFI

Anticipos de efectivo y préstamos concedidos a terceros	41250	40335
Cobros procedentes del reembolso de anticipos y préstamos concedidos a terceros	41260	40335
Pagos derivados de contratos de futuro, a término, de opciones y de permuta financiera	41270	40370
Cobros procedentes de contratos de futuro, a término, de opciones y de permuta financiera	41280	40335
Cobros a entidades relacionadas	41290	40325
Dividendos recibidos	41300	40335
Intereses recibidos	41310	40335
Impuestos a las ganancias reembolsados (pagados)	41320	40165
Otras entradas (salidas) de efectivo	41330	40370 40330
Flujos de efectivo netos procedentes de (utilizados en) actividades de inversión	Totalizadora 41000	Totalizadora 40300
Flujos de efectivo procedentes de (utilizados en) actividades de financiación	Título	Título
Importes procedentes de la emisión de acciones	42100	40210
Importes procedentes de la emisión de otros instrumentos de patrimonio	42110	40255
Pagos por adquirir o rescatar las acciones de la entidad	42120	40255
Pagos por otras participaciones en el patrimonio	42130	Cta. Nueva sin Código FEFI
Importes procedentes de préstamos de largo plazo	42130	40240
Importes procedentes de préstamos de corto plazo	42140	40240
Total importes procedentes de préstamos	Totalizadora 42150	Totalizadora
Préstamos de entidades relacionadas	42160	40220
Pagos de préstamos	42170	40240
Pagos de pasivos por arrendamientos financieros	42180	40255
Pagos de préstamos a entidades relacionadas	42190	40245
Importes procedentes de subvenciones del gobierno	42200	Cta. Nueva sin Código FEFI
Dividendos pagados	42210	40230
Intereses pagados	42220	40255

Impuestos a las ganancias reembolsados (pagados)	42230	40165
Otras entradas (salidas) de efectivo	42240	Cta. Nueva sin Código FEFI
Flujos de efectivo netos procedentes de (utilizados en) actividades de financiación	Totalizadora 42000	Totalizadora 40200
Incremento neto (disminución) en el efectivo y equivalentes al efectivo, antes del efecto de los cambios en la tasa de cambio	Totalizadora 43000	Totalizadora 40000
Efectos de la variación en la tasa de cambio sobre el efectivo y equivalentes al efectivo	Título	Título
Efectos de la variación en la tasa de cambio sobre el efectivo y equivalentes al efectivo	44000	40400
Incremento (disminución) neto de efectivo y equivalentes al efectivo	Totalizadora 45000	Totalizadora 41000
Efectivo y equivalentes al efectivo al principio del periodo	46000	41100
Efectivo y equivalentes al efectivo al final del periodo	Totalizadora 47000	Totalizadora 42000

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

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

F. Estado de Cambios en el Patrimonio

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

	*	Capital Social	Capital emitido	Primas de emisión	Acciones propias en cartera	Otras participaciones	Superávit De	Reservas por diferencias de cambio por Conversión (1)	Reservas de Coberturas de Flujo de Caja (2)	Reservas de ganancias y Pérdidas Por planes de beneficios	Reservas de ganancias o pérdidas en la remediación de Activos financieros Disponibles para venta(4)	Otras Reservas	Otras reservas						

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

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

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

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

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

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

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

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

G. Declaración de Responsabilidad¹⁶⁷

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

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

¹⁶⁷ Título modificado por la Circular IF/N°408, de 06 de julio de 2022.

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

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

DEFINICIONES DE CUENTAS

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

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

CUENTAS ASOCIADAS AL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA CLASIFICADO

1.1.- CUENTAS DE ACTIVO

DEUDORES DE COTIZACIONES (Neto)

Cuenta IFRS	Circular 29
11040	11030

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

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

Esta cuenta estará constituida por las siguientes subcuentas:

1.- COTIZACIONES DECLARADAS Y NO PAGADAS (DNP)

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

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

Tal estimación se debe registrar con cargo a la cuenta de resultado "Deterioro por Deudores de Cotizaciones" que se incluye en la partida "Otros Gastos por Función" y abono a la cuenta complementaria de activo "Estimación Deterioro Deudores de Cotizaciones" o sus cuentas equivalentes¹⁶⁸.

¹⁶⁸ Se habla de cuentas equivalentes, en virtud de las posibles modificaciones que la SVS efectúe sobre la estructura de formatos definidos a la fecha de la instrucción.

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

2.- COTIZACIONES NO DECLARADAS Y NO PAGADAS (NDNP)

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

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

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

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

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

2.- Incumplimiento Presunto Ajustado: Corresponde a la estimación del activo que generará beneficios económicos futuros. Surge como ingreso después de haberse aplicado el factor de ajuste al Incumplimiento Presunto.

3.- Factor de Ajuste del Ingreso o de Recuperabilidad: Corresponde a los porcentajes mensuales de recuperación históricos de las NDNP que se debe aplicar al stock de incumplimiento presunto en cada cierre contable, según los indicadores propios de cada Isapre.

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

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

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

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

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

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

DEUDORES POR PRÉSTAMOS DE SALUD. (Neto)

Cuenta IFRS	Circular 29
11040	11040

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

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

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

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

FONDO ÚNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES

Cuenta IFRS	Circular 29
11040	11050

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

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

DOCUMENTOS Y CUENTAS POR COBRAR
EMPRESAS
RELACIONADAS CORRIENTES

Cuenta IFRS	Circular 29
11050	11080

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

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

DOCUMENTOS Y CUENTAS POR COBRAR
EMPRESAS
RELACIONADAS NO CORRIENTES

Cuenta IFRS	Circular 29
12040	13040

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

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

ACTIVO POR COSTOS DE ADQUISICIÓN
DE CONTRATOS DE SALUD

Cuenta IFRS	Circular 29
12060	13060

Registra ¹⁶⁹ el reconocimiento de un activo a la fecha de cierre contable, por los costos en que se incurre para vender, suscribir e iniciar un nuevo contrato de salud.

¹⁶⁹ Definición modificada por la Circular IF N°373, de 06.11.2020

En la determinación de este activo, se deberá tener presente que los costos que se identifiquen para conformarlo, deberán estar directamente relacionados con la venta, suscripción o inicio de un contrato.¹⁷⁰ Por todo lo anterior, no corresponderá incluir en la composición de este activo, aquellos desembolsos relacionados al proceso de mantención, adecuación y /o renovación de los contratos como, por ejemplo, los gastos por fidelización de la cartera, los arriendos de locales, servicios básicos de oficina, etc. Además, en la determinación de esta partida no corresponderá considerar aquellos montos que no estén vinculados a horas efectivamente trabajadas como sobresueldos, licencias médicas, bonos de vacaciones, nacimiento, escolaridad, aguinaldos o conceptos de naturaleza similar.

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

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

1.2.- CUENTAS DE PASIVO

BENEFICIOS POR PAGAR:

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	21030

Esta cuenta estará constituida por las siguientes subcuentas:

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

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

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

¹⁷⁰ Se elimina frase de la definición contenida en la Circular IF N°373, la que fue modificada en virtud de la Resolución Exenta IF N° 899, del 10.12.2020

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

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

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

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

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

2.2.- Cheques caducos SIL personas naturales: corresponde a los cheques u otros valores emitidos para pagar los subsidios por incapacidad laboral, derivados de licencias médicas curativas, y que no han sido cobrados por las personas naturales dentro de los plazos de caducidad bancaria establecidos para cada tipo de documento.

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

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

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

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

PROVISIÓN DE PRESTACIONES¹⁷¹

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

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

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

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

Otras Provisiones Corrientes/No Corrientes

Cuenta IFRS	Circular 29
21.040	21.120
22.040	22.030

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

Entre los conceptos que conformarán esta cuenta, se incluirán las provisiones por costas judiciales correspondientes al alza de precio base, tabla de factores (rebaja tramo de edad) y prima GES, para efectos de su constitución y control¹⁷².

PROVISIÓN DE PRESTACIONES OCURRIDAS¹⁷³

Cuenta IFRS	Circular 29
21040	21050

¹⁷¹ Definición general incluida por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

¹⁷² Cuenta incorporada por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

¹⁷³ Definición modificada por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

Y NO LIQUIDADAS

-Definición de provisiones por ítemes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cabe hacer presente, que el modelo de provisiones adoptado por la isapre, deberá asegurar, como mínimo, una provisión equivalente al cálculo que resulte de aplicar la metodología para la "Provisión de prestaciones ocurridas y no liquidadas" en la versión original de la Circular IF

N°140, de 12.01.2011, aumentada en un 80%, sin perjuicio que las isapres que incrementen su medición en un porcentaje superior según el modelo adoptado, quedarán sujetas a dicha estimación.

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

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

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

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

Cierre contable que se reporta: Septiembre XX1

Tasa Mensual:

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

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

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

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

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

PROVISIÓN POR PRESTACIONES EN LITIGIO

Cuenta IFRS	Circular 29
21040	-

Las isapres deberán constituir una provisión que refleje exclusivamente los litigios y reclamaciones sujetas a decisión administrativa o judicial, ya sea por instrucciones o

eclamaciones ante la Superintendencia de Salud, las COMPIN, Superintendencia de Seguridad Social, en la propia isapre o en tribunales respecto de prestaciones de salud o subsidios por incapacidad laboral.

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

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

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

Cierre contable que se reporta: Septiembre XX1

Tasa Mensual:

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

Costo Real de las prestaciones registradas contablemente en el mes reportado

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

12

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

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

EXCEDENTES DE COTIZACIÓN

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	21060

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

El saldo de esta cuenta se determinará mensualmente y corresponderá al monto acumulado de excedentes de cotización generados que tenga el afiliado en su cuenta individual, más los intereses y reajustes devengados, menos la comisión provisionada y los usos efectuados en el mes correspondiente.

Comprende las siguientes subcuentas:

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

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

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

EXCESOS DE COTIZACIONES

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	-

Registra las obligaciones que surgen con los afiliados y que corresponden a la cotización percibida por la isapre en el respectivo mes, que sobrepase el monto que resulte mayor entre el Total Cotización Pactada y la Cotización Mínima Legal para Salud.

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

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

desde que la orden de pago fue puesta a disposición del afiliado en la institución bancaria que corresponda.¹⁷⁴

Cuarto párrafo eliminado.¹⁷⁵

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

COTIZACIONES ANTICIPADAS

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	-

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

COTIZACIONES POR REGULARIZAR

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	21070

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

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

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

¹⁷⁴ Circular IF/N° 226 de 2014.

¹⁷⁵ Párrafo eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014.

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

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

FONDO ÚNICO DE PRESTACIONES FAMILIARES

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	21080

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

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

CUENTAS POR PAGAR A ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

Cuenta IFRS	Circular 29
21020	-

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

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

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

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

Transcurridos los plazos de caducidad establecidos en los contratos con sus entidades prestadoras de salud para efectuar el cobro de estos documentos y de las políticas de pago definidas para cada acreedor, la isapre podrá evaluar el traspaso de los respectivos valores del

pasivo, con abono a la cuenta de resultados "Costos por prestaciones de Salud", rubro Costo de Ventas o sus cuentas equivalentes, cuando se trate de operaciones del ejercicio corriente o bien con abono a "Otros Ingresos por función" o su cuenta equivalente, cuando corresponda a operaciones de ejercicios anteriores.

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

**DOCUMENTOS Y CUENTAS POR PAGAR
EMPRESAS RELACIONADAS CORRIENTE.**

Cuenta IFRS	Circular 29
21030	21090

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

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

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

**DOCUMENTOS Y CUENTAS POR PAGAR
EMPRESAS RELACIONADAS NO CORRIENTES**

Cuenta IFRS	Circular 29
22030	22020

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

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

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

1.3.- CUENTAS DE RESULTADO

A.- CUENTAS DE INGRESOS

COTIZACIÓN LEGAL (7%)

Cuenta IFRS	Circular 29
30010	30011

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

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

COTIZACIÓN ADICIONAL VOLUNTARIA

Cuenta IFRS	Circular 29
30010	30011

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

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

APORTE ADICIONAL

Cuenta IFRS	Circular 29
30010	30014

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

INGRESOS POR FONDO DE COMPENSACIÓN

Cuenta IFRS	Circular 29
30010	30015

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

OTROS INGRESOS POR FUNCIÓN

Cuenta IFRS	Circular 29
30060	30062

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

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

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

B.- CUENTAS DE COSTOS

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	30021

COSTOS POR PRESTACIONES DE SALUD

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

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

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

SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	30022

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

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

PRESTACIONES OCURRIDAS Y NO LIQUIDADAS

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	30022

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

PRESTIONES EN LITIGIO

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	-

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

EGRESOS POR FONDO DE COMPENSACIÓN

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	30026

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

OTROS GASTOS POR FUNCIÓN

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	-
	(Nueva Cta.)

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

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

1.4.- CUENTAS DEL ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO

Recaudación de cotizaciones

Cuenta IFRS	Circular 29
40110	40110

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

Recaudación de préstamos de salud

Cuenta IFRS	Circular 29
40110	-
	(Nueva Cta.)

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

Co – Pago

Cuenta IFRS	Circular 29
40110	40115

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

Fondo Único de Prestaciones

Cuenta IFRS	Circular 29
40260	40120

Familiares F.U.P.F.

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

Ingresos Por Fondo de Compensación

Cuenta IFRS	Circular 29
40150	40136

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

Liberación de garantía Superintendencia

Cuenta IFRS	Circular 29
41330	40330

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

Recaudación de Préstamos a Empresas Relacionadas

Cuenta IFRS	Circular 29
41290	40325

Porción del Capital recuperado de préstamos otorgados a empresas relacionadas.

Documentos y Préstamos de Empresas Relacionadas

Cuenta IFRS	Circular 29
42160	40220

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

Prestaciones de Salud (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
40160	40140

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

Subsidios por Incapacidad Laboral (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
40160	40145

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

Devolución de Cotizaciones (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
40160	40150

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

**Constitución y Actualización Garantía
Superintendencia (menos)**

Cuenta IFRS	Circular 29
41220	40330

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

Egresos por Fondo de Compensación (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
40200	40176

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

Préstamos a Empresas Relacionadas (menos)

Cuenta IFRS	Circular 29
41170	40365

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

**Pagos de Préstamos a Empresas
Relacionadas (menos)**

Cuenta IFRS	Circular 29
42190	40245

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

H. NOTAS EXPLICATIVAS¹⁷⁶

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTA N°1 CRITERIOS CONTABLES APLICADOS

¹⁷⁶ Título modificado por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

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

NOTA N° 2 DEUDORES DE COTIZACIÓN

2.1.- Cotizaciones Declaradas y no pagadas

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

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

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

2.2.- Cotizaciones No Declaradas y no pagadas

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

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

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

NOTA N° 3 DEUDORES POR PRÉSTAMOS DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

NOTA N° 5 ACTIVO POR COSTOS DE ADQUISICIÓN DE CONTRATOS DE SALUD¹⁷⁷

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

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

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

¹⁷⁷ Nota reemplazada por Circular IF N° 373, de 6.11.2020

NOTA N° 6 PROVISIÓN DE PRESTACIONES OCURRIDAS Y NO LIQUIDADAS.¹⁷⁸

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

Respecto de los ítemes:

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

Respecto del modelo:

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

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

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

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

Respecto de los ítemes

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

¹⁷⁸ Contenido de la nota modificado por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

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

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

NOTA N° 7 PROVISIÓN POR PRESTACIONES EN LITIGIO

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

Medición Prestaciones en Litigio SEPTIEMBRE XX1				
Prestaciones en Litigio (Período Base)	Costo Real registrado en M\$	% Prestaciones en Litigio	TASA	Provisión

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

Ocurridas en	Registradas en (Monto M\$)		----- Costo Real		
Julio XX0	Agosto XX0	Julio XX0	%	$\sum \%$	$\sum \frac{\%}{12} * (\text{Costo real septiembre xx1})$
	Septiembre XX0				
	Octubre XX0				
Agosto XX0	Septiembre XX0	Agosto XX0	%		
	Octubre XX0				
	Noviembre XX0				
Septiembre XX0	Octubre XX0	Septiembre XX0	%		
	Noviembre XX0				
	Diciembre XX0				
Octubre XX0	Noviembre XX0	Octubre XX0	%		
	Diciembre XX0				
	Enero XX1				
Noviembre XX0	Diciembre XX0	Noviembre XX0	%		
	Enero XX1				
	Febrero XX1				
Diciembre XX0	Enero XX1	Diciembre XX0	%		
	Febrero XX1				
	Marzo XX1				
Enero XX1	Febrero XX1	Enero XX1	%		
	Marzo XX1				
	Abril XX1				
Febrero XX1	Marzo XX1	Febrero XX1	%		
	Abril XX1				
	Mayo XX1				

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

Medición SIL en Litigio SEPTIEMBRE XX1

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

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

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

	Agosto XX1				
Junio XX1	Julio XX1	Junio XX1	%		
	Agosto XX1				
	Septiembre XX1				
Total base	M\$	M\$			

NOTA N° 8 EXCEDENTES DE COTIZACIÓN

Esta nota deberá contener la siguiente información, en relación a los Excedentes de Cotización:¹⁷⁹

Concepto	Monto (M\$)
Saldo inicial del trimestre (corresponde al saldo final del trimestre anterior)	
Monto total de excedentes devengados en el trimestre	
Monto total Devolución Masiva Anual de Reintegro por documentos no cobrados	
Monto total de reajustes e intereses devengados en el trimestre.	
Monto total de comisiones devengadas en el trimestre (menos)	
Monto total de usos efectuados en el trimestre (menos)	
Monto total Devolución Masiva Anual (menos)	
Monto total de traspasos efectuados en el trimestre (menos)	
Monto total de traspasos recepcionados en el trimestre	
Saldo contable final del trimestre	

¹⁷⁹ Cuadro modificado por la CircularIF/N°408, de 6 de julio de 2022.

Saldo disponible final del trimestre	
Número de afiliados con cuenta corriente individual de excedentes de cotización, en cada uno de los meses que componen el trimestre	

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

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

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

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

NOTA N° 9 EXCESOS DE COTIZACIÓN:

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

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

Cheques u otros medios de pago Caducos correspondientes a Excesos de Cotización		
Tramo de Antigüedad del documento	Nº Documentos	Monto M\$

NOTA N° 10 COTIZACIONES POR REGULARIZAR:

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

- **Cotizaciones mal enteradas**

Periodo de Cotización	Nº Cotizantes	Monto M\$

- **Cotizaciones en rezago**

Periodo de Cotización	Nº Cotizantes	Monto M\$

NOTA N° 11 INGRESOS POR COTIZACIÓN DE SALUD¹⁸⁰

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

Ingresos de actividades ordinarias por mes		
Meses	Período actual en M\$	Período comparativo en M\$
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		

¹⁸⁰ Últimos dos cuadros incorporados por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

Diciembre		
-----------	--	--

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

NOTA N° 12 COSTOS POR PRESTACIONES DE SALUD.¹⁸¹

CONCEPTO	MONTO M\$
Costos por Prestaciones de Salud	
Subsidios por Incapacidad Laboral	
Prestaciones Ocurridas y no Liquidadas	
Prestaciones en Litigio	

¹⁸¹ Cuadros posteriores al primero fueron agregados por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

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

Egresos por Fondo de Compensación	
Otros Costos de Operación	
Total	

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

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

Periodo comparativo					
----------------------------	--	--	--	--	--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²Incluye Subsidio líquido + aportes previsionales.

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

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

Otros Ingresos por Función	
Concepto	Monto M\$

Otros Costos por Función	
Concepto	Monto M\$

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

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

- Publicidad
- Deterioro por Deudores de Cotizaciones
- Deterioro por Deudores de Préstamos de Salud
- Remuneraciones del Personal
- Remuneraciones y comisiones del personal de ventas
- Exceso provisión costas judiciales¹⁸²

¹⁸² Agregado por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

NOTA N° 15 RESULTADOS POR SEGMENTOS

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

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

NOTA N° 16 DETALLE DE PARTIDAS DEL FLUJO DE EFECTIVO

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

Préstamos a Empresas Relacionadas (menos)		
Pagos de Préstamos a Empresas Relacionadas (menos)		
Total Egresos de Efectivo		

NOTA N° 17 SANCIONES

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

NOTA N° 18 CONTINGENCIAS, COMPROMISOS, AVALES Y OTROS

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

NOTA N° 19 GARANTÍA

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

Total Garantía exigible al cierre del trimestre (Según Informe Complementario)	
Total Garantía constituida al cierre del trimestre	
Superávit (déficit) de garantía al cierre del trimestre	
Déficit sujeto a cumplimiento gradual (*)	Eliminada ¹⁸³

¹⁸³ Fila eliminada por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

Nota Eliminada¹⁸⁴ (*Corresponde al tercio (os) sujeto a cobertura en cada año de la transición que resulta de comparar la metodología de cálculo de provisiones anterior con la definida en la presente circular, incluyendo el detalle de su comparación.¹⁸⁵)

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

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

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

Nota N°20 Otras Provisiones Corrientes/No Corrientes¹⁸⁶

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

¹⁸⁴ Nota eliminada por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

¹⁸⁵ Según presentaciones de las isapres e informes de la Superintendencia sobre el impacto que se originaba en las isapres con la adopción de IFRS, planteó la necesidad de adoptar un criterio de transición para enterar en forma gradual la garantía exigible que se podría obtener producto de dicho efecto contable.

En virtud de lo anterior, y por decisión institucional se determinó las siguientes normas que dicen relación específicamente con la determinación de las cuentas "Provisiones por Prestaciones Ocurridas y no Liquidadas" y "Provisión por Prestaciones en Litigio", que forman parte de la determinación mensual de los indicadores legales y el tratamiento de un posible déficit de Garantía según la nueva metodología de cálculo definida en la Circular IF 140/2011, para ambas provisiones.

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

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

¹⁸⁶ Nota incorporada por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

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

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

Provisión por costas judiciales

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

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

Provisión por costas – Causas alza de precio base – Tabla de factores ¹				
Detalle	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes n
Saldo inicial				
Incrementos de la provisión reconocidos en resultados				

Disminuciones por pago de costas				
Ajustes o actualizaciones				
Otros				
Saldo final				

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

Gastos por costas judiciales

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

Mes	Costas causas prima GES M\$	Costas alza de precio base tabla de factores ¹ M\$	Total acumulado por gastos por costas M\$
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			

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

Flujos por costas judiciales

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

Mes	Pago costas causas prima GES M\$	Cantidad de causas prima GES	Pago costas alza de precio base-Tabla de factores ¹ M\$	Cantidad de causas APB-TF ²	Total acumulado de pagos por cosas M\$	Total acumulado de causas
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						

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

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

J. Análisis Razonado de los Estados Financieros¹⁸⁷

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

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

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

Contenido mínimo del análisis razonado de los Estados Financieros

El análisis razonado deberá contener a lo menos lo siguiente:

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

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

¹⁸⁷ Letra J incorporada por la Circular IF/N°408, de 6 de julio de 2022.

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

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

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

Ratios financieros	Fórmula de cálculo	Período actual	Mismo período del año inmediatamente anterior
4. Rentabilidad			
Rentabilidad del patrimonio (%)	$\frac{\text{Ganancia (pérdida) del ejercicio}}{\text{Patrimonio total del período}}$		
Rentabilidad del activo (%)	$\frac{\text{Ganancia (pérdida) del ejercicio}}{\text{Total de activos}}$		
Rentabilidad bruta (%)	$\frac{\text{Ganancia bruta}}{\text{Ingresos de actividades ordinarias}}$		
Rentabilidad operacional (%)	$\frac{\text{Rentabilidad bruta} - \text{costos de distribución} - \text{gastos de administración}}{\text{Ingresos de actividades ordinarias}}$		
Rentabilidad neta (%)	$\frac{\text{Ganancia (pérdida) del ejercicio}}{\text{Ingresos de actividades ordinarias}}$		

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

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

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

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

⁽¹⁾ Costos en prestaciones GES sobre Ingresos GES.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Periodo	Cantidad de prestaciones hospitalarias	Bonificaciones hospitalarias en M\$	Bonificaciones hospitalarias / Cantidad de prestaciones hospitalarias en M\$	Cantidad de prestaciones hospitalarias / Cantidad total beneficiarios ¹	Bonificaciones hospitalarias / Cantidad total beneficiarios ¹ en M\$
Periodo actual					
Periodo comparativo					
Variación %					

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

Periodo	Cantidad de prestaciones ambulatorias	Bonificaciones ambulatorias en M\$	Bonificaciones ambulatorias / Número de prestaciones ambulatorias en M\$	Cantidad de prestaciones ambulatorias / Número total beneficiarios ¹	Bonificaciones ambulatorias / Número total beneficiarios ¹ en M\$
Periodo actual					
Periodo comparativo					
Variación %					

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

Periodo	Cantidad de licencias médicas	Total monto por SIL en M\$	Total monto por SIL / Número de licencias médicas en M\$	Cantidad de licencias médicas / Número total cotizantes ¹	Total monto por SIL / Número total cotizantes ¹ en M\$
Periodo actual					

Periodo comparativo					
Variación %					

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) **La Institución que aporta los fondos:**

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

b) **La Institución que recepciona los fondos:**

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

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

2.1. **La Institución que aporta los fondos:**

a) **Período 1: Registro de la provisión**

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

b) **Período 2: Pago efectivo del aporte**

CUENTA	CÓDIGO	DEBE	HABER
PROVISIONES	21.120	XXX	
DISPONIBLE	11.010		XXX

c) **Período 2: Pago efectivo contra la Garantía**

CUENTA	CÓDIGO	DEBE	HABER
PROVISIONES	21.120	XXX	
GARANTÍA	13.050		XXX

2.2 La Institución que recibe los fondos:

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

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

b) Período 2: Recepción efectiva del aporte

CUENTA	CÓDIGO	DEBE	HABER
DISPONIBLE	11.010	XXX	
DEUDORES VARIOS	11.070		XXX

Las isapres que participan del Fondo de Compensación Solidario, deberán implementar en sus respectivos planes de cuentas internos, registros separados con código e identificación propia, manteniendo un detalle pormenorizado de cada operación, de acuerdo al tratamiento definido en las presentes instrucciones.¹⁸⁸

¹⁸⁸ Párrafo incorporado por Circular IF/275, de 2016.

Título II: Indicadores de Patrimonio, Liquidez y Garantía

I.- Indicadores a cumplir

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

1. Estándar de patrimonio:^{189 190} Las Instituciones deberán mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Para efectos de calcular el referido estándar se considerará el Patrimonio Total Neto, definido como la diferencia entre el valor de los activos totales y los pasivos exigibles (Patrimonio Total), menos aquellas partidas de activos corrientes y no corrientes denominadas como Cuentas por cobrar Empresas Relacionadas (E.E.R.R), Cuenta Corriente Mercantil, los préstamos o créditos de dinero entre relacionadas, la Cuenta Simple o de Gestión, además de aquéllas cuya naturaleza sea la misma, aun cuando ocupen otra denominación. Ello, por cuanto este tipo de cuentas no representarán una inversión efectiva que incremente el patrimonio. El monto del Patrimonio Total Neto así obtenido, deberá dividirse por el total de pasivos de la entidad.

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

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

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

2. Estándar de liquidez:^{191 192} Las instituciones deberán mantener un indicador de liquidez no inferior a 0,8 veces la relación entre el activo corriente y el pasivo corriente. Para efectos del cálculo del referido estándar se considerará el Activo Corriente Neto, esto es, el activo corriente deducidas todas aquellas cuentas de activos -porción corriente- denominadas como Cuentas por cobrar Empresas Relacionadas (E.E.R.R), Cuenta Corriente Mercantil, los préstamos o créditos de dinero entre relacionadas, la Cuenta Simple o de Gestión, además de aquéllas cuya naturaleza sea la misma, aun cuando ocupen otra denominación -todas por constituir inversiones no efectivas- e incluidos los instrumentos de largo plazo y de fácil liquidación y la garantía mantenida, exceptuadas de esta última las boletas de garantía a la vista emitidas por bancos.

El indicador se calculará según la siguiente fórmula:

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

¹⁸⁹ Definición modificada por la Circular IF N°304, de 27.12.2017

¹⁹⁰ Definición modificada por la Resolución Exenta IF N° 243, de 18.05.2018

¹⁹¹ Definición modificada por la Circular IF N°304, de 27.12.2017

¹⁹² Definición modificada por la Resolución Exenta IF N°243, de 18.05.2018

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

Especificaciones sobre las inversiones no efectivas ¹⁹³

Cabe precisar, que no se requerirá la eliminación de las cuentas de esta naturaleza en el Estado de Situación Financiera Clasificado, pues sólo se deducirá su efecto extracontablemente en la determinación de los indicadores de Patrimonio y Liquidez, por medio del Informe Financiero Complementario (Anexo N°1), conforme a las instrucciones contenidas en el título “Información requerida”.¹⁹⁴

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

También¹⁹⁵, se podrá prescindir de la disminución de la Cuenta por Cobrar E.E.R.R -o aquellas cuentas afines- cuando exista para la isapre un derecho contractual escrito, que contemple sumas entregadas a un tercero (deudor) única y exclusivamente a cuenta de prestaciones médicas para sus afiliados, todo lo anterior, considerando los términos del artículo 173 del DFL N°1, de Salud, de 2005. Este tipo de operación deberá contar, además, con una rendición periódica de las prestaciones otorgadas, de manera que exista la debida correlación entre la respectiva documentación legal exigida por el SII (factura u otro) y la prestación del servicio. Los prepagos que se efectúen a prestadores que realicen factoring o cesión de las facturas a un tercero, significará para la isapre la imposibilidad de incorporar esta partida en los indicadores de Patrimonio y Liquidez. De faltar alguno de estos elementos para avalar el pago de este tipo de deudas, no será admisible la incorporación en el rubro del Patrimonio y del Activo corriente para el cálculo de los indicadores, determinados conforme al Informe Complementario.

Información requerida ¹⁹⁶

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

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

¹⁹³ Subtítulo incluido por la Circular IF N°304, de 27.12.2017

¹⁹⁴ Párrafos 2do y 3ero eliminados por la Resolución IF N°243, de 18.05.2018

¹⁹⁵ Párrafo agregado por la Resolución Exenta IF N°243, de 18.05.2018

¹⁹⁶ Subtítulo incluido por la Circular IF N°304, de 27.12.2017

Secuencia	Cuenta	Código
60	Otras reservas	23060

Por su parte, los descuentos que proceda aplicar al Activo corriente, por concepto de inversiones no efectivas, deberán restarse específicamente de la secuencia que contenga el saldo de la cuenta involucrada. Por ejemplo, en el caso de las Cuentas por Cobrar E.E.R.R. Corrientes el descuento se realizará directamente en la secuencia 8.¹⁹⁷

8	Cuentas por Cobrar a Entidades Relacionadas, Corriente	11050
---	--	-------

A su vez, para efectos de evaluar las deducciones practicadas por las isapres al patrimonio,¹⁹⁸ se deberá remitir mensualmente el siguiente cuadro informativo de patrimonio, junto con el Informe Complementario que corresponda. De no presentarse alguna de las situaciones que ameriten descuentos para el cálculo del indicador de patrimonio, se deberá señalar tal situación por escrito, en reemplazo del envío de dicho cuadro de patrimonio neto, junto con la entrega del Anexo N°1.

Cuadro Complementario para Determinación del Patrimonio Total Neto			
Isapre xx al xx de xx de xxxx			
Código de la cuenta FEFI	Código Secuencia (Informe Complementario)	Nombre Cuenta ¹⁹⁹	Monto M\$
23000		Patrimonio Total al (indicar fecha) (1)	
Menos (2)			
11050	8	Cuentas por Cobrar a Entidades Relacionadas, Corrientes	
12040		Cuentas por Cobrar a Entidades Relacionadas, No Corrientes	
23000	65	Patrimonio Total Neto (saldo a incorporar en Informe Complementario)	
		Patrimonio Total Neto en U.F.	

¹⁹⁷ Párrafo modificado por la Resolución Exenta IF N°243, de 18.05.2018

¹⁹⁸ Se elimina la oración "especialmente aquellas que se realicen durante los períodos de ajuste -especificados a continuación-", según Resolución Exenta IF N°243, de 18.05.2018

¹⁹⁹ Tabla incorporada por la Circular IF 304, de, 27.12.2017. Además, sufre modificaciones por la Resolución Exenta IF N°243, de 18.05.2018

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

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

Respecto de los cotizantes y beneficiarios, la garantía considerará las obligaciones por concepto de prestaciones por pagar, prestaciones en proceso de liquidación, prestaciones ocurridas y no liquidadas, prestaciones en litigio, excedentes de cotizaciones, cotizaciones percibidas en exceso y cotizaciones enteradas anticipadamente.²⁰⁰

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

El cálculo del estándar está dado por la siguiente igualdad:

Garantía =	Deuda con cotizantes y beneficiarios + Deuda con prestadores
------------	--

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

Para efectos de determinar y controlar mensualmente los indicadores de patrimonio, liquidez y garantía, las isapres deberán remitir a la Superintendencia la información que a continuación se presenta y en los plazos que se indican²⁰¹:

Cierre Contable Mensual	Información que debe ser enviada a la Superintendencia de Salud	Plazo para remitir información a la Superintendencia de Salud
Enero	1. Completar la aplicación dispuesta en la Extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud para reportar el Informe Financiero Complementario para el cálculo de Indicadores Legales y sus notas adjuntas, además del Anexo con la información general de la entidad. 2. Enviar un archivo en formato PDF a través de la Extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud, que corresponda al	Último día del mes siguiente al mes que se informa, o bien, día hábil siguiente en caso que dicha fecha corresponda a un día sábado o festivo.
Febrero		
Abril		
Mayo		
Julio		
Agosto		
Octubre		

²⁰⁰ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²⁰¹ Recuadro reemplazado por el que aparece por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Cierre Contable Mensual	Información que debe ser enviada a la Superintendencia de Salud	Plazo para remitir información a la Superintendencia de Salud
Noviembre	ejemplar físico del Informe Financiero Complementario y sus notas adjuntas, además de la Carta al Custodio, firmados por el Gerente General y Contador General de la isapre.	
Diciembre (Preliminar)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Remitir un ejemplar impreso del Informe Financiero Complementario, firmado por el Gerente General y Contador General de la isapre. 4. Enviar copia de la carta remitida a la Entidad de Custodia, informando el monto de la Garantía mínima exigida. 	

Cabe señalar, que las Instituciones de Salud Previsional deberán mantener en sus dependencias y a disposición de este Organismo Fiscalizador el Estado de Situación Financiero Clasificado y el Estado de Resultado mensual, con los cuales se confeccionó la información base para el cálculo de indicadores legales²⁰².

Asimismo, las isapres deberán contar, en lo sucesivo, con el Estado de Situación Financiero Clasificado y el Estado de Resultado correspondientes a los ejercicios comparativos del mismo mes del período anterior²⁰³.

²⁰² Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²⁰³ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Información financiera sujeta a las Normas establecidas por la Superintendencia para la entrega de información financiera²⁰⁴		
Cierre Contable Trimestral y Anual	Información que debe ser remitida a la Superintendencia de Salud	Plazo para remitir información a la Superintendencia de Salud
Marzo	1. Completar la aplicación dispuesta en la extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud para informar el Estado de Situación Financiero Clasificado, el Estado de Resultados (por Función e Integral), el Estado de Flujo de Efectivo Directo, las Notas Explicativas y el Informe Financiero Complementario para el cálculo de Indicadores Legales. 2. Completar la aplicación dispuesta en la extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud dispuesta para informar los recuadros establecidos en el Oficio Circular IF/N°65 de fecha 7 de septiembre de 2006.	Último día del mes siguiente al cierre contable que se informa, o bien, día hábil siguiente en caso que dicha fecha corresponda a un día sábado o festivo.
Junio		
Septiembre		

²⁰⁴ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Información financiera sujeta a las Normas establecidas por la Superintendencia para la entrega de información financiera²⁰⁴		
Cierre Contable Trimestral y Anual	Información que debe ser remitida a la Superintendencia de Salud	Plazo para remitir información a la Superintendencia de Salud
Diciembre (auditado)	<p>3. Enviar un archivo en formato PDF a través de la Extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud, correspondiente al ejemplar físico del Estado de Situación Financiera Clasificado, el Estado de Resultados (por Función e Integral), el Estado de Flujo de Efectivo Directo, el Estado de Cambios en el Patrimonio e Informe Financiero Complementario firmados por el Gerente General y Contador General, incluyendo las respectivas notas explicativas según IFRS y demás notas que se presenten y que son complementarias a las exigidas por esta Superintendencia (NIC 1). Se deberá enviar además, el Anexo con información general de la isapre y la Declaración de Responsabilidad, así como la carta al Custodio, firmada por el Gerente General y Contador General de la Isapre.</p> <p>4. Enviar un ejemplar físico de la información citada en el punto 3, firmados por el Gerente General y Contador General de la isapre.</p> <p>5. Enviar copia de la carta remitida a la Entidad de Custodia, informando el monto de la Garantía mínima exigida, sólo para los ejercicios de marzo, junio y septiembre.</p>	<p>En los 60 días siguientes a la fecha de cierre que se informa, o bien, día hábil siguiente en caso que dicha fecha corresponda a un día sábado o festivo.</p>

A. ESTRUCTURA Y FORMATO DE LA INFORMACIÓN

INFORMACIÓN BASE PARA EL CÁLCULO DE INDICADORES DE PATRIMONIO, GARANTÍA Y LIQUIDEZ²⁰⁶

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

²⁰⁶ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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

49	Pasivos no corrientes	22020		
50	Cuentas por Pagar a Entidades Relacionadas, No Corrientes	22030		
51	Otras Provisiones No corrientes	22040		
52	Pasivo por Impuestos Diferidos	22050		
53	Provisiones no corrientes por beneficios a los empleados	22060		
54	Otros Pasivos no financieros no corrientes	22070		
55	Total Pasivos No Corrientes (Suma de 48 a 54)	22000		
56	Total Deuda (47+55)	20000		
57	Capital Pagado	23010		
58	Primas de emisión	23030		
59	Acciones Propias en cartera	23040		
60	Otras reservas	23060		
61	Otras participaciones en el patrimonio	23050		
62	Ganancias (Pérdidas) Acumuladas	23020		
63	Ganancias (Pérdidas) del Ejercicio	23070		
64	Dividendos Provisorios (-)	23071		
65	Total Patrimonio (suma 57 a 64)	23000		
(*) Los saldos de estas cuentas deben deducirse y presentarse por separado de aquellas que se encuentran incluidas en la F.E.F.I. e Informe Financiero Complementario				
(**) Códigos referenciales I.F.R.S.				

Nombre y firma
 Gerente General

Fecha

Nombre y firma
 Contador General

Determinación Déficit y Garantía por enterar (Eliminada)²⁰⁷

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

Cuadro N°2	
Determinación déficit Provisiones (Eliminada)²⁰⁸	Monto (M\$)
Provisión de Prestaciones y SIL Ocurridos y no Liquidados y en Litigio según I.F.R.S.	
Provisión de Prestaciones y SIL Ocurridos y no Liquidados y en Litigio según P.C.G.A.	
Déficit por Provisión de Prestaciones Ocurridas y no Liquidadas y en Litigio	0

²⁰⁷ Cuadro eliminado por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

²⁰⁸ Cuadro eliminado por la Circular IF N°361, de 30.06.2020

Anexo N° 1 (formato)

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

A. Notas Adjuntas²⁰⁹

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

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

²⁰⁹ Letra A, insertada por Circular IF/275, de 2016.

N° Secuencia	Nota Adjunta 3 Composición sobregiro contable	Código FEFI de referencia	Monto (M\$)
1 ó 36	Reembolsos por pagar		
1 ó 36	Subsidios por pagar de cargo isapre		
1 ó 36	Excedentes de cotización		
1 ó 36	Devolución de cotizaciones percibidas en exceso (incluye dev. procesos masivos o dev. directas)		
1 ó 36	Pagos médicos por concepto de bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar		
1 ó 36	Cuentas por pagar a clínicas, centros médicos y otras instituciones de salud		
1 ó 36	Honorarios médicos por pagar		
1 ó 36	Cápita por pagar		
1 ó 36	Cuentas por pagar empresas relacionadas (afectas al indicador de garantía)		
1 ó 36	Otras deudas con prestadores		
1 ó 36	Otros pasivos no financieros corrientes		

N° Secuencia	Nota Adjunta 4 Distribución sobregiro contable	Código FEFI de referencia	Monto (M\$)
18	Reembolsos por pagar		
19	Subsidios por pagar de cargo isapre		
23	Excedentes de cotización		
25	Devolución de cotizaciones percibidas en exceso (incluye dev. procesos masivos o dev. directas)		
27	Pagos médicos por concepto de bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar		
28	Cuentas por pagar a clínicas, centros médicos y otras instituciones de salud		
29	Honorarios médicos por pagar		
30	Cápita por pagar		

31	Cuentas por pagar empresas relacionadas (afectas al indicador de garantía)		
32	Otras deudas con prestadores		
44	Otros pasivos no financieros corrientes		

Nombre y firma
 Gerente General

Fecha

Nombre y firma
 Contador General

B. Instrucciones de Llenado

Las isapres deberán informar los valores correspondientes a cada cuenta que compone el Informe Financiero Complementario para el cálculo de Indicadores Legales (Anexo N°1), ingresando los saldos mediante la aplicación informática denominada "Estados Financieros Estándar IFRS", contenida en la red Extranet de esta Superintendencia, para cuyo acceso deberá emplearse el nombre del usuario y la clave de acceso asignada al administrador informado por cada isapre, conforme a lo instruido en la Circular IF 15/2005. Respecto al llenado, deberán considerarse las definiciones de las cuentas incluidas en el Anexo N° 2²¹⁰.

C. Notas Adjuntas cuentas no definidas y ajustes²¹¹

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

De esta manera, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar el detalle de las partidas en la aplicación computacional correspondiente, que se encuentra dispuesta para su llenado en la Red Extranet de esta Superintendencia²¹².

	Nota Adjunta 1 ²¹³	Código	Monto
N° Secuencia	Concepto Deudas	FEFI de Referencia	(M\$)
20	Cheques caducos a Beneficiarios por concepto de Reembolsos		
20	Cheques caducos por concepto de Subsidios (incluye cheques caducos por concepto de SIL de empleadores públicos)		

²¹⁰ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²¹¹ Epígrafe modificado por Circular IF/275, de 2016.

²¹² Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²¹³ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

23	Cheques caducos a Beneficiarios por uso de excedentes o trasposos no cursados a otras isapres		
25	Cheques caducos a Beneficiarios por concepto de Devolución de Excesos		
30	Cápita por pagar		
32	Otras deudas con prestadores		
33	Cheques caducos a prestadores		

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

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

214

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

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

De esta manera, las Instituciones de Salud deberán presentar la composición de dicha partida en la aplicación computacional correspondiente, que se encuentra dispuesta en la Red Extranet de esta Superintendencia²¹⁵.

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

Nota Adjunta 3 ²¹⁶		Código	Monto
N° Secuencia	Composición Sobregiro Contable	FEFI de Referencia	(M\$)

²¹⁴ Último párrafo de la Nota Adjunta 1 y la Nota Adjunta 2, incorporados por Circular IF/275, de 2016.

²¹⁵ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²¹⁶ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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

Distribución de la cuenta Sobregiro Contable

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

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

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

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

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

A modo de ejemplo, se citan las siguientes líneas:

N° Secuencia	Nota Adjunta 4 ²¹⁷ Distribución sobregiro contable	Código FEFI de referencia	Monto (M\$)
18	Reembolsos por pagar		
19	Subsidios por pagar de cargo isapre		
23	Excedentes de cotización		
25	Devolución de cotizaciones percibidas en exceso (incluye dev. procesos masivos o dev. directas)		
27	Pagos médicos por concepto de bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar		
28	Cuentas por pagar a clínicas, centros médicos y otras instituciones de salud		
29	Honorarios médicos por pagar		
30	Cápita por pagar		
31	Cuentas por pagar empresas relacionadas (afectas al indicador de garantía)		
32	Otras deudas con prestadores		
44	Otros pasivos no financieros corrientes		

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

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

Anexo N° 2: Definiciones de Cuentas

218

²¹⁷ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²¹⁸ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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

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

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

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

Diversificación

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

DEUDAS CON LOS BENEFICIARIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

N° 25 COTIZACIONES PERCIBIDAS EN EXCESO: Corresponde a la definición establecida para este concepto en la cuenta FEFI 21020. Se deberán incorporar además, los fondos que por cualquier medio de pago no han sido presentados a cobro dentro de los plazos de caducidad correspondientes y cuyo plazo general de prescripción definido en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil no se ha extinguido.”²¹⁹

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

N° 27 BONOS, ÓRDENES DE ATENCIÓN Y PROGRAMAS MÉDICOS POR PAGAR: Registra las obligaciones por prestaciones ocurridas, reportadas y valorizadas provenientes del desarrollo de operaciones propias de la isapre, respecto de los bonos, órdenes de atención y programas médicos por

²¹⁹ Circular IF/N° 226 de 2014.

pagar. Corresponde a la definición establecida para este concepto en la cuenta FEFI 21020 “Cuentas por Pagar a Entidades Prestadoras de Salud”.

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

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

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

N° 31 CUENTAS POR PAGAR A EMPRESAS RELACIONADAS: Registra las obligaciones corrientes de la isapre con sus empresas relacionadas, originadas exclusivamente por prestaciones otorgadas a beneficiarios de la isapre. Corresponde a la cuenta FEFI 21030 “Documentos y Cuentas por Pagar Empresas Relacionadas Corriente”.

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

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

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

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

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

Anexo N° 3 : Estructura Computacional Archivo Maestro Informe Financiero Complementario
220

Eliminado

²²⁰ Derogado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Título III. Instrucciones relativas a la Garantía

1. Informe para el cálculo de la garantía

La fórmula de cálculo de la garantía corresponde a la suma de los siguientes conceptos: prestaciones por pagar, prestaciones en proceso de liquidación, prestaciones ocurridas y no reportadas, prestaciones en litigio, excedentes de cotizaciones, cotizaciones por regularizar, cotizaciones enteradas anticipadamente y las obligaciones con prestadores derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los cotizantes y beneficiarios de la Institución. Para lo anterior, deberán tenerse presente las definiciones contenidas en el Título II del Capítulo III de este Compendio.

1.- Las Instituciones deberán remitir mensualmente el “Informe para el cálculo de Garantía” a esta Superintendencia, a más tardar el último día del mes siguiente al que se informa. En caso que el último día del mes sea sábado, domingo o festivo, el plazo de entrega corresponderá al día hábil siguiente.²²¹

El correspondiente informe deberá completarse y remitirse mediante la Extranet de esta Superintendencia, conforme a la aplicación dispuesta para ello²²².

2.- Las isapres deberán elaborar mensualmente una carta dirigida a la Entidad de Custodia, cuyo formato mínimo ha sido definido por esta Superintendencia, destinada a comunicar en términos formales el monto de la Garantía Mínima a enterar. Copia de dicha carta deberá ser enviada a esta Superintendencia, junto con los Estados Financieros correspondientes, el último día del mes siguiente al cierre contable que se informa. Los plazos que venzan en días sábado o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente²²³.

3.- A partir del momento de entrega del “Informe para el cálculo de la Garantía”, las Instituciones podrán solicitar a esta Superintendencia que rebaje el todo o parte del exceso de garantía, cuando el monto de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores para un mes determinado sea inferior al 100% de la garantía mantenida. Dicha solicitud podrá ser efectuada por las isapres sólo una vez dentro del mes, y -en caso que esta Superintendencia lo autorice- informará de tal circunstancia a la isapre y custodio correspondientes, indicando el monto de la garantía que debe mantener en custodia. La isapre que sea autorizada a retirar parte de los instrumentos constituidos en garantía, estará facultada a hacerlo en la oportunidad que lo estime conveniente, siempre que cumpla con la condición de mantener el nivel mínimo de garantía exigida.

4.- En caso que una isapre deba actualizar su garantía, deberá completarla, dentro de los 20 primeros días del mes subsiguiente del que se informa, hasta cubrir, a lo menos, el 100% de la garantía exigida.

5.- La isapre que no complete la garantía al día 20 del mes subsiguiente del que se informa, quedará inmediatamente sujeta al régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el artículo 221 del DFL N° 1.

2.- Procedimiento para pago de obligaciones con fondos de la garantía

Las isapres deberán comunicar a esta Superintendencia su intención de destinar parte de los fondos en garantía al pago de alguna de las obligaciones a que se refieren los números 1 y 2 del inciso primero del artículo 181 del DFL N° 1, para cuyo efecto, se instruye el siguiente procedimiento.

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

²²¹ Plazo modificado por la Circular IF N° 31, de 14 de noviembre de 2006.

²²² Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²²³ Número reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

2.- El correspondiente informe deberá remitirse de acuerdo a la estructura y formato definido en el punto 4²²⁴.

3.- La isapre deberá pagar dichas obligaciones dentro de un plazo de 20 días hábiles, contado desde el quinto día hábil de presentada la comunicación en esta Superintendencia. Luego, la Institución deberá informar a este Organismo de Control de las gestiones realizadas y los resultados obtenidos, al día hábil siguiente de cumplido el plazo instruido precedentemente.

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

Definiciones Computacionales

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

iccc : “i” + Código de la Isapre

AAAA : Año de los datos

pp : Período que se informa

S1 o S2 si es Semestral

T1, T2, T3, T4 si es Trimestral

01,02 11, 12 si es Mensual

s : Carácter identificador de archivo

(**s** minúscula)

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

Estructura Computacional

Archivo de Deudas con Beneficiarios²²⁶

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

²²⁴ Reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²²⁵ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²²⁶ Archivo destinado al pago de obligaciones con cargo a los fondos de la garantía

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

Definiciones del Archivo de Deudas con los Beneficiarios

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

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

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

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

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

(08)	TIPO DE DEUDA	<p>Indica el tipo de deuda a que se refiere el registro.</p> <p>Campo numérico, distinto de cero, con valores entre 1 y 5, según corresponda, donde:</p> <p>1 = Subsidio por incapacidad laboral²²⁷.</p> <p>2 = Reembolso de boleta o factura, por atención de salud ambulatoria u hospitalaria, u orden de atención médica por devolver.</p> <p>3= Cotizaciones percibidas anticipadamente.</p> <p>4 = Cotizaciones percibidas en exceso.</p> <p>5 = Excedentes de cotizaciones.</p>
(09)	TIPO DE LICENCIA MÉDICA	<p>Campo No Aplicable,</p> <p>para efectos del “Informe para pago de Obligaciones con Fondos de Garantía”</p> <p>Debe informarse con un carácter “X”</p>
(10)	TIPO DE DOCUMENTO DE RESPALDO	<p>Identifica el tipo de documento que respalda la deuda.</p> <p>Campo alfabético, distinto de vacío, con valores L, B, F, O, C o X, según corresponda, donde:</p> <p>L = Licencia Médica</p> <p>B = Boleta de Servicios</p> <p>F = Factura</p> <p>O = Orden de Atención Médica</p> <p>C = Comprobante Pago de Cotizaciones</p> <p>X = Otro</p>

²²⁷ Con el valor “1” deberán informarse también las deudas por cotizaciones previsionales para pensión derivadas del Subsidio por Incapacidad Laboral. Las cotizaciones previsionales para salud, sólo deben informarse cuando se adeuden a terceros.

(11)	IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO DE RESPALDO	<p>Corresponde a la identificación del documento que respalda la deuda.</p> <p>Si tipo de deuda = 1: corresponde a la identificación de la licencia médica.</p> <p>Si tipo de deuda = 2: corresponde al número de la boleta, factura u orden de atención médica.</p> <p>Si tipo de deuda = 3: corresponde al número de la planilla o del comprobante de pago de las cotizaciones.</p> <p>Si tipo de deuda = 4 ó 5: debe informarse con un carácter "X".</p> <p>Campo alfanumérico, distinto de vacío y distinto de cero.</p>
(12)	RUT DEL PRESTADOR	<p>Debe informarse cuando el tipo de deuda (campo 08) presenta valor "2". Corresponde al número de RUT del prestador, sin incluir el dígito verificador.</p> <p>Campo numérico.</p> <p>En cualquier otro caso, debe informarse con valor cero "0".</p>
(13)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL PRESTADOR.	<p>Corresponde al dígito verificador del RUT del prestador, que entrega la rutina de verificación módulo 11.</p> <p>Campo alfanumérico, distinto de vacío, con valores 0, 1, 2, ..., 9 o "K", según corresponda.</p> <p>Cuando el RUT del Prestador (campo 12) presenta valor "0", debe informarse con un carácter "X".</p>
(14)	INDICADOR DE COTIZACIÓN DECLARADA	<p>Debe informarse cuando el tipo de deuda (campo 08) presenta valor "1" y corresponda a cotizaciones previsionales.</p> <p>Campo alfabético, distinto de vacío, con valores D o N, donde:</p> <p>D: declarada y no pagada</p> <p>N: No declarada ni pagada²²⁸.</p> <p>En cualquier otro caso, debe informarse con un carácter "X".</p>

²²⁸ Con el valor "N" deberán informarse las cotizaciones previsionales derivadas de Subsidios por Incapacidad Laboral que se encuentren pendientes de pago, incluyendo aquellas que no hayan sido pagadas porque no ha cesado el plazo legal para ello.

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

Estructura Computacional

Archivo de Deudas con Prestadores de Salud²²⁹

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

Definiciones del Archivo de Deudas con Prestadores de Salud

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

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

²²⁹ Archivo destinado al pago de obligaciones con cargo a los fondos de la garantía

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

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

3. Detalle de las obligaciones afectas a garantía

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

Lo anterior no obsta, que este Organismo Fiscalizador disponga, cuando así lo requiera, de la conformación y/o solicitud de información complementaria que resulte significativa, para una adecuada revisión de la veracidad y composición de las cifras que conforman la garantía²³⁰.

Las isapres deberán generar y enviar mensualmente a la Superintendencia los siguientes archivos de información, cuyas características, estructura y contenido se establecen a continuación²³¹.

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

II.- “Pagos realizados a Prestadores”

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

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

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

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

1. Características Generales del Archivo Maestro

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Programas de Atención Médica, bonos y reembolsos
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la isapre asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse “082”.
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII

²³⁰ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²³¹ Mediante Circular IF/N°422 de 13.01.2023, se reemplazaron los párrafos tercero, cuarto y la totalidad del acápite “Modelos de Inventarios Computacionales para respaldar los ítems y saldos de las obligaciones con beneficiarios(as) y prestadores médicos afectos a garantía”, incluyendo los respectivos 8 archivos de modelos de Inventarios, por los actuales párrafos tercero, cuarto y quinto y los nuevos Archivos Maestros individualizados con los numerales I, II, y III.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
Información contenida en el Archivo	<p>En este archivo debe registrarse la información de los programas médicos, bonos (órdenes de atención) y reembolsos del mes a informar, especificando el estado de tramitación en que se encuentra (aprobado, rechazado, devuelto, anulado o en trámite), y si se le determinó una bonificación.</p> <p>Se deberán informar los distintos estados por los cuales ha transitado cada programa de atención médica, bono o reembolso, en el periodo de información que se remite, independientemente de la condición final que éste haya obtenido, ya sea Aprobado, Rechazado, Devuelto, Anulado o En trámite. Lo anterior, hasta que el referido programa de atención médica, bono o reembolso alcance su estado final (aprobado y liquidado en el caso de los PAM, aprobado y pagado en el caso de bonos y reembolsos, rechazados o anulados).</p>
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde a una prestación asociada a un documento (programa médico, bono, reembolso) y estado de tramitación.
Período de la información contenida en el Archivo	La información contenida en el archivo corresponde a los datos del mes que se está informando.
Tipo de Archivo	Mensual
Periodicidad del envío del Archivo	Mensual, último día hábil del mes siguiente al que se informa.

2. Estructura del Archivo Maestro

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

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

3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

ID	Nombre de Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía.

		<p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre
3	Tipo de documento	<p>Describe el tipo de documento que se está informando, de acuerdo a los siguientes valores posibles:</p> <p>1 = Programa médico 2 = Bono 3 = Reembolso</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Valores posibles: 1, 2 y 3. <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando en el campo 20 (Estado de liquidación), se informe 1 (liquidado con OA y/o reembolso emitido) o 4 (No Aplica), en este campo (N°3) se deberá informar el valor 2 o 3. • Cuando en el campo 20 (Estado de liquidación) se informe valor 2 (Liquidado sin OA y/o reembolso emitido) o 3 (No liquidado), en este campo se deberá informar el valor 1.
4	Estado del documento	<p>Describe el estado de tramitación en que se encuentra el documento que se está informando.</p> <p>Se deben registrar todos los estados a los que ha estado asociado el documento en el mes que se informa, por lo que se informarán tantos registros como estados haya tenido este documento en el mes.</p> <p>Lo anterior, hasta que el documento que se está informando alcance su estado final, el que corresponde a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprobado y Liquidado con OA y/o reembolso emitido (PAM) • Aprobado y pagado (Bonos y reembolsos) • Rechazados o Anulados (PAM, bonos y reembolsos). <p>Si el documento se encuentra en Estado Devuelto o En trámite, debe informarse mensualmente hasta que alcance su estado final, independiente que no haya tenido cambios de estado en el mes que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = Aprobado 2 = Rechazado 3 = Devuelto 4 = Anulado 5 = En trámite</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5.
5	Folio del documento	<p>Corresponde al identificador único del documento que se informa.</p> <p>* Si en el campo 3 se informa valor 1, corresponde al folio asignado por la isapre, al programa médico ingresado.</p> <p>* Si en el campo 3 se informa valor 2, corresponde al correlativo o folio asignado, por la isapre, a la orden de atención médica relacionada con las prestaciones de salud bonificadas.</p> <p>* Si en el campo 3 se informa valor 3, corresponde al correlativo o folio asignado, por la isapre, al documento emitido como comprobante del reembolso para el beneficiario(a).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
6	Correlativo del documento	<p>Corresponde al número correlativo interno asignado por la isapre al documento que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • En caso que la isapre no cuente con este dato, se debe informar cero.
7	Fecha de recepción del documento	<p>Corresponde a la fecha en que el documento fue registrado en el sistema de la isapre o en su plataforma de gestión.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
8	Fecha de gestión del documento	<p>Corresponde a la fecha en que el documento que se está informando ha sido aprobado, rechazado, devuelto o anulado.</p> <p>En caso que el documento informado se encuentre en trámite, debe registrarse el valor 18000101.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. <p>Validadores de Consistencia con otros campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 4 (Estado del documento) presenta valor 5 (En trámite), este campo debe registrar valor 18000101.

		<ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 4 (Estado del documento) presenta valor 1 al 4, este campo debe registrar un valor distinto a 18000101 y menor o igual al periodo de información (campo 2).
9	Motivo del rechazo o anulación del documento	<p>En caso que el documento que se está informando haya sido rechazado o anulado, debe registrarse en este campo la glosa que describa el motivo de su rechazo o anulación.</p> <p>En caso contrario, debe informarse en blanco.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • No debe exceder de 110 caracteres <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 4 (Estado del documento) registra valor 1, 3 o 5, este campo debe informarse en blanco. • Si el campo 4 (Estado del documento) registra valor 2 o 4, este campo debe incluir el motivo de dicho estado.
10	RUN Beneficiario(a)	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario(a) (cotizante o carga) asociado al documento que se informa. En caso que el beneficiario(a) no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
11	DV RUN Beneficiario(a)	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Beneficiario(a), aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 10 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. • Debe informarse siempre.
12	RUT Prestador	<p>Corresponde al RUT del prestador asociado al documento que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de miles. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.

13	DV RUT Prestador	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Prestador, aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. • Debe informarse siempre.
14	Código Prestación	<p>Corresponde al código que identifica cada prestación de salud que está asociada al documento que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. <p><u>Valores posibles:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los códigos indicados en el Arancel Fonasa de la Modalidad de Libre Elección, los Aranceles de Prestaciones de las Isapres informados a la Superintendencia, los códigos del Listado de Prestaciones Específicas del GES y los códigos identificados en forma taxativa en esta definición: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000 y 6400000.
15	Pertenencia del código	<p>Indica si el código de la prestación bonificada pertenece al Arancel Fonasa, es propio de la Isapre, ha sido definido especialmente por esta Superintendencia o pertenece al listado de Prestaciones Específicas del GES.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se utilizará la siguiente codificación:</p> <p>1 = Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA 2 = Código de la Prestación es propio del Asegurador 3 = Código de la Prestación definido por la Superintendencia 4 = Código de la Prestación pertenece al Listado de Prestaciones Específicas vigente del GES</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 1, 2, 3 y 4. • Debe informarse siempre.
16	Valor Facturado	<p>En los casos que corresponda, se debe registrar el monto total en pesos que el prestador ha facturado o facturará por cada prestación de salud bonificada al beneficiario(a).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse solo en caso que corresponda, de lo contrario debe registrar valor cero.
17	Valor Bonificado	<p>En los casos que corresponda, se debe registrar el monto total en pesos bonificado o que bonificará el asegurador, por cada prestación de salud respecto del documento informado.</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse solo en caso que corresponda, de lo contrario debe registrar valor cero.
18	Monto Copago	<p>En los casos que corresponda, se debe registrar la contribución que deberá efectuar el beneficiario(a) respecto de la prestación que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse solo en caso que corresponda, de lo contrario debe registrar valor cero.
19	Monto sin cobertura	<p>En los casos que corresponda, se debe registrar el monto que es parte del copago que se encuentra sin cobertura.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse solo en caso que corresponda, de lo contrario debe registrar valor cero.
20	Estado de liquidación	<p>Debe registrar el estado de liquidación del programa médico. Se entiende por liquidación la bonificación de acuerdo al plan de salud asociado al beneficiario(a).</p> <p>En caso que el registro informado corresponda a bono o reembolso, debe registrar el valor 4 “No aplica”.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = Liquidado con OA y/o reembolso emitido 2 = Liquidado sin OA y/o reembolso emitido 3 = No liquidado 4 = No aplica</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 1, 2, 3 y 4. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso que el registro informado corresponda a bono o reembolso (campo 3 igual a 2 o 3), debe registrar el valor 4 “No aplica”. • En caso que el registro informado no corresponda a bono o reembolso (campo 3 igual a 1), debe registrar el valor 1, 2 o 3.
21	Estado de pago	<p>Se debe registrar el estado del pago asociado al bono o reembolso informado. El pago se refiere a la emisión del documento o transferencia electrónica, o cualquier otro medio que se utilice para cancelar la obligación con el prestador o el afiliado(a).</p> <p>En caso que el registro informado corresponda a programa médico, debe registrar el valor 5 “No aplica”.</p>

		<p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = Pagado 2 = Pendiente de pago por prescripción 3 = Pendiente de pago por caducación 4 = Pendiente de pago 5 = No aplica</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso que el registro informado corresponda a programa médico (campo 3 igual a 1), debe registrar el valor 5 “No aplica”. • En caso que el registro informado no corresponda a programa médico (campo 3 igual a 2 o 3), debe registrar el valor 1, 2, 3 o 4.
22	Número de programa médico	<p>Corresponde al número del programa médico al cual está asociado el bono o reembolso que se informa.</p> <p>En caso que el registro informado corresponda a programa médico, debe repetir el mismo valor del campo 5, “Folio del documento”.</p> <p>Si el registro informado corresponde a un bono o reembolso ambulatorio, no asociado un programa médico, debe informarse cero en este campo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso que el registro informado corresponda a programa médico (campo 3 igual a 1), debe repetir el mismo valor del campo 5, “Folio del documento”. • En caso que el registro informado no corresponda a programa médico (campo 3 igual a 2 o 3), debe registrar el valor cero (0).
23	RUN Afiliado(a)	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del cotizante asociado al documento que se informa. En caso que el afiliado(a) no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.

24	DV RUN Afiliado(a)	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 23 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. • Debe informarse siempre.
25	Tipo de documento a cobro	<p>Se debe registrar el tipo de documento que se está reembolsando.</p> <p>En caso que el registro informado no corresponda a un reembolso, se debe registrar el valor 3 "No Aplica". Los valores posibles son los siguientes: 1 = Factura 2 = Boleta de Servicios 3 = No Aplica</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Valores posibles: 1, 2 y 3. <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe informar 1 (Factura) o 2 (Boleta de Servicios) si el campo 3 es igual a 3 (Reembolso). • Se debe informar 3 (No aplica) si el campo 3 es igual a 1 (Programa médico) o 2 (Bono).
26	Folio del documento a cobro	<p>Corresponde al número de factura y/o boleta que se reembolsa.</p> <p>En caso que no corresponda a una solicitud de reembolso, se debe registrar el valor cero.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe informar cero (0) si el campo 3 es igual a 1 (Programa médico) o 2 (Bono). • Se debe informar un número distinto de cero (0) si el campo 3 es igual a 3 (Reembolso).
27	Fecha de emisión de documento a cobro	<p>Corresponde a la fecha en que el Prestador emitió el documento para reembolso.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.

		<p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe informar 18000101 si el campo 3 es igual a 1 (Programa médico) o 2 (Bono). • Se debe informar una fecha distinta de 18000101 si el campo 3 es igual a 3 (Reembolso). Esta fecha debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 7.
28	Tipo de Estado	<p>Indica si el estado de tramitación informado en el campo 4 corresponde al último estado de tramitación del mes que se está informando o se refiere a un estado intermedio de tramitación.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1 = Corresponde al último estado de tramitación del mes que se está informando 2 = No corresponde.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • Valores posibles: 1 y 2
29	Fecha de Ingreso	<p>Corresponde al día, mes y año en que el beneficiario(a) ingresó al recinto hospitalario, en relación al egreso o corte de cuenta que se informa.</p> <p>Formato AAAAMMDD donde: AAAA= año, MM=mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma, decimal o guión. <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe informarse siempre que el campo 22 informe el número de Programa Médico, si no debe informarse cero.
30	Fecha de Egreso	<p>Corresponde al día, mes y año en que el beneficiario(a) egresó del recinto hospitalario o que se dio corte a la cuenta médica, según la parcialización que realice el prestador.</p> <p>Formato AAAAMMDD, donde: AAAA=año, MM=mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma, decimal o guión. <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe informarse siempre que el campo 22 informe el número de Programa Médico, si no debe informarse cero. • En caso de registrar un valor distinto de cero, la fecha informada en este campo debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 29 (Fecha de ingreso).

II.- “Pagos realizados a Prestadores”

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

1. Características Generales del Archivo Maestro

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Pagos realizados a Prestadores
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter “s” ▪ CCC: código de la isapre asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse “084”.
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.
Información contenida en el Archivo	En este archivo se debe registrar la información actualizada correspondiente a los pagos realizados a cada prestador en el mes que se informa.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al detalle del pago realizado a un prestador. Deben informarse tantos registros como pagos se hayan realizado durante el mes que se informa.
Periodo de la Información contenida	La información contenida en el archivo corresponde a los datos del mes que se está informando.
Tipo de Archivo	Mensual
Periodicidad del envío del Archivo	Mensual, el último día hábil del mes siguiente al que se informa.

2. Estructura del Archivo Maestro

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

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

3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

ID	Nombre de Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la Isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la Isapre.
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía, y que se encuentra descrita en las características del archivo "Información contenida en el Archivo".</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos. • Debe informarse siempre.

3	RUT Prestador	<p>Corresponde al RUT del prestador asociado al documento que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • No debe utilizarse carácter separador de miles. • Debe informarse siempre.
4	DV RUT Prestador	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número de RUT del Prestador, aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. • Debe informarse siempre.
5	Fecha de pago	<p>Corresponde a la fecha en que se realizó el pago</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.
6	Monto	<p>Corresponde al monto total, reflejado en pesos, pagado al prestador en el periodo que se informa. En caso que el monto informado <u>se encuentre facturado</u>, éste debe estar referido a la orden de atención que se informa.</p> <p>En caso que el monto informado <u>no se encuentre facturado</u>, es decir, se refiera a un prepago/anticipo no facturado, se debe informar el valor total del prepago/anticipo realizado en el periodo que se informa.</p> <p>Si se trata de un prepago facturado (amortización), el monto de ese prepago se debe registrar en el campo 14 (Monto Factura Prepagada).</p> <p>Cabe destacar que la suma total de este campo (monto) debe ser igual al valor total informado en el campo "Pago efectuado a Prestadores" del flujo de caja del Oficio Circular IF/N°25, del 5 de mayo de 2022, o las normas que lo reemplacen.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre. • El valor informado debe ser igual o mayor a cero. <p><u>Validación de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el valor en el campo 14 (Monto Factura Prepagada) es mayor a cero (0), en este campo se debe informar cero (0). • Si en el campo 14 (Monto Factura Prepagada) se informa cero (0), este campo debe ser mayor a cero (0).
7	Folio de Factura	<p>Corresponde al número de factura asociada al pago que se informa. Este campo se debe informar siempre que no se trate de un prepago facturado.</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validación de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el valor informado en el campo N°9 (Modalidad de Pago) es 5 (Prepago/Anticipo a Prestadores), el valor a informar debe ser cero (0). • Si el valor informado en el campo N°9 (Modalidad de Pago) es distinto de 5 (Prepago/Anticipo a Prestadores), se debe registrar en este campo un valor distinto de cero (0).
8	N° Orden de atención/Bono	<p>Corresponde al número de orden de atención o bono, incluido en cada factura. En caso que no exista factura (prepago no facturado), este campo debe ser cero.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validación de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el valor informado en el campo 7 (Folio de Factura) y campo 13 (Folio Factura Prepagada) es cero (0), se debe informar valor cero (0). • Si el valor informado en el campo 7 (Folio de Factura) o 13 (Folio Factura Prepagada) es mayor a cero (0), el valor informado en este campo debe ser mayor a cero (0).
9	Modalidad de pago	<p>Corresponde a la modalidad de pago empleada por la isapre para el pago de la deuda, ya sea con operaciones de flujo de dinero o por rebaja de deuda por prepagos (anticipos), notas de crédito u otro.</p> <p>Los valores posibles son: 1 = Transferencia Electrónica 2 = Depósito bancario 3 = Vale Vista u orden de pago sucursal bancaria 4 = Cheque 5 = Prepago/Anticipo a Prestadores 6 = Otro</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1, 2, 3, 4, 5 y 6.
10	Descripción modalidad de pago otra	<p>Debe especificar el tipo de pago, cuando en el campo N°9 haya registrado el valor 6 "Otro".</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres

		<p><u>Validación de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe informarse solamente cuando el campo N°9 (Modalidad de Pago) tenga valor 6 (Otro), en caso contrario debe informarse cero (0).
11	Folio del Documento de pago	<p>Este campo corresponde al número de la transferencia bancaria, depósito bancario, vale vista, cheque, anticipo de prestadores y otra modalidad de pago.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre
12	Estado de Cobro	<p>Corresponde al estado de cobro efectivo del pago que se está informando (campo 9).</p> <p>Los valores posibles son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cobrado 2. Pendiente de cobro <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1 y 2
13	Folio Factura Prepagada	<p>Corresponde al número de factura que rebaja un prepago/anticipo (amortización), efectuado con anterioridad al prestador. Sólo aplica si la Isapre realizó previamente un prepago a prestador por prestaciones futuras. En caso contrario, se debe informar valor cero (0).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • El valor informado debe ser igual o mayor a cero <p><u>Validación de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el valor en el campo N°6 (Monto) es mayor a cero (prepago no facturado o pago de una factura), en este campo se debe informar cero (0). • Si el valor informado en el campo N°9 (Modalidad de Pago) es distinto a 5 (Prepago/Anticipo a Prestadores), el valor a informar debe ser cero (0).
14	Monto Factura Prepagada	<p>Corresponde al detalle del monto asociado a la factura Prepagada informada en el campo 13. Sólo aplica si la Isapre realizó previamente un prepago a prestador por prestaciones futuras. Este monto debe estar referido a la orden de atención que se informa en el campo 8 (N° Orden de atención/Bono).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • El valor informado debe ser igual o mayor a cero

		<p><u>Validación de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el valor en el campo N°6 (Monto) es mayor a cero (0), en este campo se debe informar cero (0). • Si el valor informado en el campo N°9 (Modalidad de Pago) es distinto a 5 (Prepago/Anticipo a Prestadores), el valor a informar debe ser cero (0).
15	N° de rendición/liquidación	<p>Corresponde al folio interno asignado por la Isapre en la recepción de la respectiva cobranza, rendición o Facturación. En el caso de Prepago/Anticipo (amortización), la Isapre debe informar el folio del Voucher contable.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • El valor informado debe ser igual o mayor a cero.
16	Monto Factura	<p>Corresponde al monto asociado a la factura informada en el campo 7 (Folio de Factura).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • El valor informado debe ser igual o mayor a cero.
17	Montos Conciliación	<p>Corresponde a partidas conciliatorias entre el monto facturado rendido y el monto efectivamente pagado (Copago IMED, descuentos, nota de crédito, prepago/anticipos).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores negativos, positivos o iguales a cero <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El monto informado en este campo debe ser menor o igual al monto informado en el campo 16 (Monto Factura).
18	Descripción Conciliación	<p>Corresponde a la descripción de los montos informados por la isapre en el campo 17.</p> <p>Los valores posibles son: 1 = Copago IMED 2 = Descuentos 3 = Nota de Crédito 4 = Prepago/Anticipo (amortización) 5 = Otros</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles 1, 2, 3, 4 y 5.
19	Descripción Otros motivos de Conciliación	<p>Debe especificar el motivo cuando en el campo 18 haya registrado el valor 5 "Otros".</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 18 (Descripción Conciliación) registra valor 5 (Otros), este campo debe ser distinto de cero (0). Si el campo 18 (Descripción Conciliación) registra valores 1, 2, 3 o 4, en este campo se debe registrar cero (0).
--	--	---

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

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

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

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

1. Características Generales de estos Archivos Maestros

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Secuencias Asociadas al Informe Complementario de deudas con Beneficiarios(as) y Prestadores de Salud.
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCCAAAAMM.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la isapre asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, el cual se indica en cada secuencia.
Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	En este archivo se debe registrar la información actualizada de las obligaciones garantizadas con beneficiarios(as) y prestadores de salud en el mes que se informa.
Información contenida en los registros del Archivo	Cada registro del Archivo corresponde al detalle de las obligaciones con beneficiarios(as) y prestadores de salud. Deben informarse tantos registros como obligaciones se encuentren garantizadas durante el mes que se informa.
Periodo de la Información contenida	La información contenida en el archivo corresponde a los datos del mes que se está informando.
Tipo de Archivo	Mensual
Periodicidad del envío del Archivo	Mensual, el último día hábil del mes siguiente al que se informa.

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

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

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía, y que se encuentra descrita en las características del archivo "Información contenida en el Archivo".</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre
3	RUN Afiliado(a)	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del afiliado(a) (cotizante titular del contrato) asociado al documento que se informa. En caso que el afiliado(a) no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre.</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión. • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud
4	Dígito Verificador RUN Afiliado(a)	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del afiliado(a) (cotizante titular del contrato), aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre
5	Identificación Afiliado(a)	<p>Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre
6	Tipo de Reembolso	<p>Indica el tipo de reembolso que se está informando. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deben utilizar los siguientes valores: 1: Reembolso ambulatorio 2: Reembolso hospitalario</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1 y 2 • Debe informarse siempre
7	Monto Total Prestación (es)	<p>Corresponde al monto total de la (s) prestación (es) incluidas en el documento presentado a reembolso.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe ser mayor a cero (0) • Debe informarse siempre
8	Monto Total Bonificación	<p>Corresponde al monto total de la bonificación otorgada por la Isapre, según el plan de salud contratado por el afiliado(a). Si el documento presentado a reembolso no tiene bonificación, debe informarse valor cero.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, mayor o igual a cero (0) • Debe informarse siempre

		<p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La sumatoria de los valores informados en este archivo, para este campo, debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°18 del Informe Complementario del mes que se informa.
9	Folio Solicitud de Reembolso	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario(a).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico. Debe ser mayor a cero (0) Debe informarse siempre. <p><u>Validador de consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> El folio registrado debe haber sido informado en el Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de esta Superintendencia.
10	Fecha Recepción Solicitud Reembolso	<p>Corresponde a la fecha de recepción de la solicitud del reembolso por parte de la isapre. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico. Debe informarse siempre. Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta a 18000101.
11	Fecha Visación o Autorización	<p>Corresponde a la fecha en que la isapre autorizó la solicitud de reembolso. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Debe informarse siempre Debe ser mayor o igual a la fecha informada en campo 10 Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2.
12	Fecha Liquidación Reembolso	<p>Corresponde a la fecha de liquidación del reembolso. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Debe informarse siempre Debe ser mayor o igual a la fecha informada en campo 11 Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2.
13	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por concepto de reembolsos por pagar.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Debe informarse siempre Debe ser mayor a cero (0).
14	Código secuencia	<p>Debe registrar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p>

	Informe Complementario	<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 18.
15	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 13.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
16	RUT Prestador	<p>Corresponde al Rol Único Tributario (RUT), del prestador asociado al documento que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre
17	Dígito Verificador RUT Prestador	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Prestador, aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre
18	Identificación del Prestador	<p>Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre
19	Motivo de reembolso pendiente de pago	<p>Se debe registrar el motivo por el cual el reembolso se encuentra pendiente de pago. El pago se refiere a la emisión del documento o transferencia electrónica, o cualquier otro medio que se utilice para cancelar la obligación con el prestador o el afiliado(a).</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = En proceso de pago 2 = Pendiente de pago por prescripción 3 = Pendiente de pago por caducidad. 4 = Otros</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1, 2, 3 y 4 • Debe informarse siempre.
20	Descripción otros motivos de reembolso	<p>Debe especificar el motivo por el cual el reembolso se encuentra pendiente de pago, cuando en el campo N°19 haya registrado el valor 4 "Otros".</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p>

	pendiente de pago	<ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe informarse solamente cuando el campo N°19 tenga valor 4 (Otros), en caso contrario debe informarse cero (0).
--	-------------------	---

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

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	Corresponde al mes y año de la información que se envía, y que se encuentra descrita en las características del archivo "Información contenida en el Archivo". Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUN cotizante o beneficiario(a) cotizante	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del cotizante o beneficiario(a) cotizante asociado al documento que se informa. En caso que el cotizante o beneficiario(a) cotizante no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma, decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador RUN cotizante o beneficiario(a) cotizante	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del cotizante o beneficiario(a) cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre.
5	Identificación cotizante o	Debe consignarse el nombre y apellidos del cotizante o beneficiario(a) cotizante.

	beneficiario(a) cotizante	<u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	RUT Empleador	Corresponde al número de RUT del empleador informado en la licencia médica, sin incluir punto y dígito verificador. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
7	Dígito Verificador RUT Empleador	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Empleador, aplicando la rutina denominada Módulo 11. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
8	Color o tipo de licencia médica	Corresponde al color o tipo de la licencia médica. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar la siguiente codificación: C: Café V: Verde E: Electrónica <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Valores posibles: C, V y E • Debe informarse siempre.
9	Número de licencia médica	Corresponde al folio que identifica la licencia médica. <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre.
10	Tipo de licencia	Indica el tipo de licencia de que se trata, y que es de cargo de la Isapre. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1: Enfermedad o accidente común. 2: Prórroga medicina preventiva. 7: Patología del embarazo. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1, 2 y 7 • Debe informarse siempre.
11	Calidad del Trabajador	Debe registrar la calidad del trabajador informado en la licencia. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores: 1: Trabajador sector público afecto a la Ley N°18.834 2: Trabajador sector público no afecto a la Ley N°18.834 3: Trabajador dependiente sector privado. 4: Trabajador independiente.

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1, 2, 3 y 4 • Debe informarse siempre.
12	Fecha Autorización	<p>Corresponde a la fecha en que licencia médica fue autorizada (Contraloría Médica, COMPIN o SUSESO). Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo fecha • Debe informarse siempre.
13	Monto Subsidio	<p>Corresponde al monto de las obligaciones por pagar por concepto de subsidio por incapacidad laboral originado por la licencia médica de cargo de la Isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos el campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campos de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo en el campo N°13, N°14, N°15 y N°16 debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°19 del informe complementario del mes que se informa.
14	Monto Cotizaciones Previsionales AFP	<p>Corresponde al monto de las obligaciones por pagar por concepto de cotizaciones previsionales para pensiones, originado por la licencia médica de cargo de la Isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campos de tipo numérico • Saldo mayor o igual que 0 • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo en el campo N°13, N°14, N°15 y N°16 debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°19 del informe complementario del mes que se informa.
15	Monto Cotizaciones Previsionales Salud	<p>Corresponde al monto de las obligaciones por pagar por concepto de cotizaciones previsionales para salud, originado por la licencia médica de cargo de la Isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campos de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo en el campo N°13, N°14, N°15 y N°16 debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°19 del informe complementario del mes que se informa.

16	Monto Seguro y Cesantía y Desahucio	<p>Corresponde al monto de las obligaciones por pagar por concepto de seguro de cesantía originado por la licencia médica de cargo de la Isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campos de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo en el campo N°13, N°14, N°15 y N°16 debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°19 del informe complementario del mes que se informa.
17	Tipo de pago	<p>Corresponde a la modalidad de pago. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1: Empleador Público 2: Empleador Privado en Convenio 3: Privado sin Convenio</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1, 2 y 3 • Debe informarse siempre.
18	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones generadas tanto por concepto de subsidios por pagar y sus correspondientes cotizaciones provisionales.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
19	Código Secuencia Informe Complementario	<p>Debe registrar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 19.
20	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 18</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
21	Código Institución Previsional	<p>Corresponde al número de identificación de la Institución Previsional a la que se encuentra afiliado(a) el cotizante de la licencia médica que se informa. En el caso de las AFP deberá usarse la codificación que asigna la Superintendencia de Pensiones.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico

		<ul style="list-style-type: none"> Valores posibles: Si corresponde a una AFP, deberá usarse la codificación que asigna la Superintendencia de Pensiones. En caso de tratarse de una entidad distinta a ellas, deberá utilizarse -cualquiera sea el caso- el código 999 Debe informarse siempre.
--	--	--

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

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Debe informarse siempre

		<ul style="list-style-type: none"> No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía, y que se encuentra descrita en las características del archivo "Información contenida en el Archivo".</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico No debe utilizarse carácter separador de dígitos Debe informarse siempre.
3	RUN Destinatario(a)	<p>Corresponde al número de RUN del destinatario(a) del documento sin incluir punto y dígito verificador. En caso que el destinatario(a) no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico No debe utilizarse carácter separador de dígitos Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador RUN Destinatario(a)	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Destinatario(a), aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo alfanumérico Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X Debe informarse siempre.
5	Identificación Destinatario(a)	<p>Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a) o razón social, según corresponda.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo alfabético. Debe informarse siempre.
6	Número del Documento	<p>Debe registrarse el número del documento caduco (cheque, Vale Vista u otro).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo Alfanumérico No debe utilizarse punto o coma separador de miles Debe informarse siempre.
7	Monto del Documento	<p>Debe registrarse el monto del documento (cheque, Vale Vista u otro).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico No debe utilizarse punto o coma separador de miles Debe informarse siempre

		<p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°20 del informe complementario del mes que se informa.
8	Fecha Emisión de	<p>Debe registrarse la fecha de emisión del documento. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta a 18000101.
9	Concepto Giro	<p>Indica el concepto por el cual fue girado el documento. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1: Reembolsos por pagar 2: Subsidio por incapacidad laboral</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Valores posibles: 1 y 2 Debe informarse siempre.
10	Fecha Última Revalidación	<p>Corresponde a la última fecha en que la isapre revalidó el documento. En caso de no haberse efectuado revalidación alguna, debe registrar el valor 18000101.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Debe ser mayor a la fecha informada en campo 8 o 18000101.
11	Fecha Última Caducidad	<p>Corresponde a la última fecha en que se caducó el documento. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Debe ser mayor a la fecha informada en el campo 8.
12	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados los documentos caducados, de acuerdo al concepto de origen.</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
13	Código Secuencia Informe Complementario	<p>Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 20.
14	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
15	Folio de Operación	<p>Corresponde al número de licencia médica o folio solicitud de reembolso con el cual se identificó la operación en los inventarios de deuda de origen; que a su vez genera el documento caduco que se está informando.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.

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

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUN Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del afiliado(a) (cotizante o titular del contrato) asociado al documento que se informa. En caso que el cotizante no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión

		<ul style="list-style-type: none"> No debe utilizarse carácter separador de dígitos Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo alfanumérico Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X Debe informarse siempre.
5	Identificación Afiliado(a)	<p>Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo alfabético Debe informarse siempre.
6	Saldo Contable Acumulado Mes Anterior	<p>Corresponde al saldo contable acumulado de la cuenta corriente del mes anterior.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Saldo mayor o igual que cero Debe informarse siempre.
7	Excedente Generado	<p>Monto de los excedentes generados en el mes actual.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Debe informarse siempre Debe ser mayor o igual que cero (0).
8	Reajuste	<p>Corresponde al monto en pesos que resulta de la aplicación, al saldo contable, de la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor.</p> <p>Cuando la variación aplicada corresponda a un valor negativo, el monto deberá informarse antecedido por un signo menos.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Si el monto rebaja el monto de excedentes, debe informarse con signo negativo Debe informarse siempre.
9	Interés	<p>Monto del interés generado en el mes actual.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo numérico Valor mayor o igual que cero (0)

		<ul style="list-style-type: none"> • Debe informarse siempre.
10	Comisión	<p>Monto de la comisión generada en el mes actual.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valor menor o igual que cero (0) • Debe informarse siempre.
11	Usos	<p>Monto de los usos de excedentes en el mes actual.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valor menor o igual que cero (0) • Debe informarse siempre.
12	Trasposos de excedentes desde otras isapres	<p>Monto de los excedentes recibidos desde otras isapres en el mes actual.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
13	Trasposos de excedentes hacia otras isapres	<p>Monto de los excedentes traspasados hacia otras isapres en el mes actual.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valor menor o igual a cero • Debe informarse siempre.
14	Saldo contable Mes Actual	<p>Saldo contable de la cuenta corriente determinado para el mes actual.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°23 del informe complementario del mes que se informa.
15	Saldo disponible Mes Actual	<p>Saldo disponible de la cuenta corriente determinado para el mes actual.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valor mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
16	Vigencia Cotizante	<p>En este campo se debe informar si el titular de la cuenta corriente se encuentra o no vigente en el mes que se informa. Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p>

		<p>1: Vigente. 2: No Vigente.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 1 y 2 • Debe informarse siempre.
17	Período No Vigencia	<p>Corresponde al mes y año a partir del cual el titular de la cuenta corriente de excedentes figura sin vigencia en la isapre.</p> <p>Este campo debe completarse en el caso de los titulares de las cuentas corrientes de excedentes que se encuentren no vigentes. En caso contrario, debe registrar 180001.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 16 (Vigencia Cotizante) registra valor 1, este campo debe registrar un valor igual a 180001 • Si el campo 16 (Vigencia Cotizante) registra valor 2, este campo debe registrar un valor distinto a 180001.
18	Institución de Destino	<p>Respecto de los titulares de cuentas corrientes que tengan la calidad de no vigentes, deberá informar la institución de salud de destino (Isapre o Fonasa), señalada al desafilarse.</p> <p>63: Isalud 67: Colmena 76: Fundación 78: Cruz Blanca 80: Vida Tres 81: Nueva Masvida 94: Cruz del Norte 99: Banmédica 107: Consalud 108: Esencial 200: Fonasa 00: Sin institución informada</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: los códigos asignados a cada isapre, y 00 en caso que no tenga asociada una institución • Debe informarse siempre.
19	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados los excedentes de cotización.</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
20	Código Secuencia Informe Complementario	<p>Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 23.
21	Anualidad del Contrato	<p>Corresponde a la identificación del mes de suscripción del contrato de salud, sin perjuicio de un posterior cambio del mes de anualidad, que eventualmente podrían acordar las partes contratantes.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA = año, MM = mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre.
22	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 19</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
23	Monto por reintegro de la Devolución Masiva de excedentes	<p>Corresponde al monto en pesos por reintegro de la devolución masiva de excedentes por documentos no cobrados o transferencias rechazadas, del cotizante que se está informando.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Saldo mayor o igual que cero • Debe informarse siempre.
24	Otros ajustes	<p>Corresponde al monto en pesos de otros movimientos de ajustes positivos o negativos distintos de una generación o uso, por ejemplo errores de cálculo; error de imputación de excedentes por corresponder a otro titular; duplicidad de abonos; error en la clasificación de cotizaciones; error en imputación de gratificaciones, y las demás situaciones contempladas en la normativa vigente. Si no existen otros ajustes deberá informarse cero (0).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Debe informarse siempre.

25	Monto Anual	Devolución Masiva	<p>Corresponde al monto en pesos por el pago en la devolución masiva de excedentes, al cotizante que se está informando.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valor menor o igual que cero • Debe informarse siempre.
----	-------------	-------------------	---

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.

2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUN Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del afiliado(a) (cotizante o titular del contrato) asociado al documento que se informa. En caso que el cotizante no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre.
5	Identificación Afiliado(a)	<p>Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo de Trabajador	<p>Debe indicar la calidad del trabajador.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe registrar los siguientes valores:</p> <p>1: Dependiente 2: Independiente 3: Pensionado 4: Voluntario</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1, 2, 3 y 4

		<ul style="list-style-type: none"> • Debe informarse siempre.
7	Período Remuneración	<p>Corresponde al mes y año de las remuneraciones por las cuales la isapre percibió cotizaciones anticipadamente.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 2.
8	Monto Cotización Anticipada	<p>Debe indicar el monto de las cotizaciones percibidas anticipadamente.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Monto mayor o igual que cero • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°24 del informe complementario del mes que se informa.
9	Período de Pago	<p>Corresponde al mes y año en el cual la isapre recaudó las cotizaciones anticipadamente.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2.
10	RUT Empleador	<p>Respecto de los cotizantes con calidad de trabajador Dependiente y Pensionado, deberá informar el Rut del empleador que enteró las cotizaciones anticipadas.</p> <p>En caso que el afiliado(a) no sea dependiente o pensionado, debe registrar en este campo el valor cero.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.

11	Dígito Verificador RUT Empleador	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Empleador, aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso que el afiliado(a) no sea dependiente o pensionado, debe registrar en este campo el valor "X".</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre.
12	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las cotizaciones percibidas anticipadamente.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
13	Código Secuencia Informe Complementario	<p>Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 24.
14	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

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

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía. Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUN Cotizante	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del afiliado(a) (cotizante o titular del contrato) asociado al documento que se informa. En caso que el cotizante no cuente con RUN, se debe informar la identificación alternativa asignada por la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico, sin punto, coma decimal o guión • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe existir para el periodo correspondiente en la base de beneficiarios(as) que mantiene esta Superintendencia, la cual, está constituida por los cotizantes y cargas del sistema de salud.
4	Dígito Verificador RUN Cotizante	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUN del Cotizante, aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de que en el campo 3 se utilice la identificación alternativa, en este campo se debe informar X.</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X • Debe informarse siempre.
5	Identificación Afiliado(a)	<p>Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Período Remuneración	<p>Corresponde al mes y año de las remuneraciones por las cuales la isapre percibió cotizaciones anticipadamente.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes. En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001 • Debe informarse siempre.
7	Período Recaudación	<p>Corresponde al mes y año en que la isapre recaudó el pago de las cotizaciones de salud.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p>En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001 • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2.
8	Período Generación	<p>Corresponde al mes y año en el cual se generaron las cotizaciones percibidas en exceso.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p>En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos.

		<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que se esté informando el reintegro de un cheque caduco, se debe registrar periodo 180001 • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 7 o 180001.</p>
9	Monto Exceso Generación	<p>Corresponde al monto de los excesos generados.</p> <p>En caso que se esté informando un cheque caduco, se debe informar monto del cheque.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Monto mayor o igual que cero • En caso que se esté informando un cheque caduco, se debe informar monto del cheque • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°25 del informe complementario del mes que se informa.
10	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados las cotizaciones percibidas en exceso.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
11	Código Secuencia Informe Complementario	<p>Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 25.
12	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 10.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

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

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
1	Código Isapre	Numérico

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUT Prestador	<p>Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador.</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Prestador	<p>Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
5	Identificación Prestador	<p>Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	<p>Indica el tipo de deuda de que se trata:</p> <p>1: Orden de Atención Médica (Bono) 2: Programa Médico</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Valores posibles: 1 y 2 • Debe informarse siempre.
7	Número de Documento	<p>Corresponde al correlativo interno asignado por la isapre a las órdenes de atención médica o programa médico.</p> <p>Por cada prestador deben informarse la totalidad de bonos o programas médicos emitidos por la isapre, en forma separada.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
8	Monto Total Prestación (es)	<p>Corresponde al monto total de la (s) prestación (es) incluidas en la orden de atención médica o programa médico. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre.
9	Monto Total Bonificación	<p>Corresponde al monto total de la bonificación otorgada por la isapre según el plan de salud contratado por el afiliado(a), a la orden de atención médica o programa médico. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos</p>

		<p>IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre.
10	Monto Total Copago	<p>Corresponde al monto total no cubierto por la isapre, y que es cargo del cotizante o beneficiario(a), que se consigan en la orden de atención médica o programa médico. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre.
11	Monto Garantizado	<p>Corresponde al monto total de la deuda que la isapre debe cubrir con la garantía mantenida en custodia. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°27 del informe complementario del mes que se informa.
12	Fecha Emisión	<p>Corresponde a la fecha de emisión de la orden de atención médica o programa médico.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u> Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta a 18000101.</p>
13	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados los bonos, órdenes médicas, y programas médicos por pagar.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre

		<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser mayor a cero (0).
14	Secuencia Complementario Informe	<p>Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 27.
15	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 13</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUT Prestador	<p>Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Prestador	<p>Corresponde al dígito verificador del RUT del prestador de salud.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
5	Identificación Prestador	<p>Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	<p>Indica el tipo de deuda de que se trata.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = Orden de Atención Médica (Bono) 2 = Boleta de honorarios 3 = Factura</p>

		<p>4 = Otro 5 = Nota de Crédito</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5.
7	Descripción otro tipo de deuda	<p>Debe especificar el tipo de deuda, cuando en el campo N°6 haya registrado el valor 4 “Otro”.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • No debe exceder de 110 caracteres <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si en el campo 6 se registra valor 4 (Otro), este campo debe especificar el tipo de deuda. • Si en el campo 6 se registra un valor distinto de 4, en este campo debe informarse valor cero (0).
8	Número de Documento	<p>Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
9	Monto a Pagar	<p>Corresponde al monto de cada documento adeudado a los prestadores y que se encuentra garantizado. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo.</p> <p>Si en el campo 6 (Tipo de Deuda) se informó la opción 5 (Nota de crédito), se debe incluir el signo negativo en este campo.</p> <p>Si el monto final del mes, asociado a un RUT en particular, es negativo, en este campo se debe informar cero en todos los registros asociados a ese RUT. En estos casos, el monto adeudado se deberá informar en el campo 15 “Montos pendientes de compensación”.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos y archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo, para este campo, debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°28 del informe complementario del mes que se informa.

		<ul style="list-style-type: none"> • Si en el campo 6 (Tipo de deuda) se informó la opción 5 (Nota de crédito), este campo debe informarse con un valor menor o igual a cero • Si en el campo 6 (Tipo de deuda) se informó una opción del 1 al 4, este campo debe informarse con un valor mayor o igual a cero.
10	Fecha emisión	<p>Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.
11	Fecha Recepción	<p>Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 10.
12	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interno en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por tales conceptos.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor que cero (0).
13	Secuencia Complementario Informe	<p>Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 28.

14	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
15	Montos pendientes de compensación	<p>Corresponde al monto pagado en exceso al prestador (mismo RUT), por concepto de anticipos, notas de crédito o cualquier otro tipo de monto no compensado debidamente al período que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores menores (debe incluir signo negativo) o iguales a cero (0). <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 9 “Monto a pagar”, es distinto de cero (0), entonces este campo debe informarse cero (0).

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUT Prestador	<p>Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Prestador	<p>Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre
5	Identificación Prestador	<p>Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	<p>Indica el tipo de deuda de que se trata.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = Orden de Atención Médica (Bono) 2 = Boleta de honorarios 3 = Factura 4 = Otro</p>

		<p>5 = Nota de Crédito</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5.
7	Descripción otro tipo de deuda	<p>Debe especificar el tipo de deuda, cuando en el campo N°6 haya registrado el valor 4 "Otro".</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • No debe exceder de 110 caracteres <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si en el campo 6 se registra valor 4 (Otro), este campo debe especificar el tipo de deuda. • Si en el campo 6 se registra un valor distinto de 4, en este campo debe informarse valor cero (0).
8	Número de Documento	<p>Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores médicos.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
9	Monto a Pagar	<p>Debe indicar el monto adeudado por documento a los prestadores médicos y que se encuentra garantizado. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo.</p> <p>Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), se debe incluir el signo negativo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°29 del Informe Complementario del mes que se informa. • Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), este campo debe informarse con un valor menor o igual a cero (0). • Si en el campo 6 se informó una opción del 1 al 4, este campo debe informarse con un valor mayor a cero (0).
10	Fecha emisión	<p>Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos.</p>

		<p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.
11	Fecha Recepción	<p>Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 10.
12	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interno en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por tales conceptos.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor que cero (0).
13	Secuencia Complementario Informe	<p>Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 29.
14	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.
15	Monto por Impuesto Retenido Segunda Categoría	<p>En caso de boleta de honorarios con retención de impuesto, corresponde informar el monto que la isapre retiene y que debe pagar en forma mensual.</p>

		<p>Si no corresponde a una boleta de honorarios con retención de impuesto, se debe informar valor cero (0).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Monto mayor o igual que cero • Debe informarse siempre <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si en el campo 6 (“Tipo de deuda”), informa valor distinto de 2 (“Boleta de Honorarios”), en este campo debe informarse valor cero (0).
--	--	---

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

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

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre
3	RUT Prestador	<p>Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre
4	Dígito Verificador RUT Prestador	<p>Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre
5	Identificación Prestador	<p>Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	<p>Indica el tipo de deuda de que se trata.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = Orden de Atención Médica (Bono) 2 = Boleta de honorarios 3 = Factura 4 = Otro 5 = Nota de Crédito</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1,2,3,4 y 5.
7	Descripción otro tipo de deuda	<p>Debe especificar el tipo de deuda, cuando en el campo N°6 haya registrado el valor 4 "Otro".</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • No debe exceder de 110 caracteres <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si en el campo 6 se informa valor 4 (Otro), este campo debe especificar el tipo de deuda. Si en el campo 6 se registra un valor distinto de 4 (Otro), en este campo debe informarse valor cero (0).
8	Número de Documento	<p>Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores médicos.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
9	Monto a Pagar	<p>Debe indicar el monto adeudado por documento a los prestadores médicos y que se encuentra garantizado.</p> <p>Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), se debe incluir el signo negativo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia campos y archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°30 del Informe Complementario del mes que se informa. • Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), este campo debe informarse con un valor menor o igual a cero (0). • Si en el campo 6 se informó una opción del 1 al 4, este campo debe informarse con un valor mayor a cero (0).
10	Fecha emisión	<p>Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser distinta del valor 18000101 <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.

11	Fecha Recepción	<p>Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 10.
12	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interno en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por tales conceptos.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
13	Secuencia Complementario Informe	<p>Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 30.
14	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

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

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUT Prestador	<p>Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Prestador	<p>Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
5	Identificación Prestador	<p>Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	<p>Indica el tipo de deuda de que se trata.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = Orden de Atención Médica (Bono) 2 = Boleta de honorarios 3 = Factura 4 = Otro 5 = Nota de Crédito</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5.
7	Descripción otro tipo de deuda	<p>Debe especificar el tipo de deuda, cuando en el campo N°6 haya registrado el valor 4 "Otro".</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • No debe exceder de 110 caracteres <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si en el campo 6 se informa valor 4 (Otro), este campo debe especificar el tipo de deuda. • Si en el campo 6 se registra un valor distinto de 4 (Otro), en este campo debe informarse valor cero (0).
8	Número de Documento	<p>Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores médicos.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
9	Monto a Pagar	<p>Debe indicar el monto adeudado por documento a los prestadores médicos y que se encuentra garantizado. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo.</p> <p>Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), se debe incluir el signo negativo.</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos y archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°31 del informe complementario del mes que se informa. • Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), este campo debe informarse con un valor menor o igual a cero. • Si en el campo 6 se informó una opción del 1 al 4, este campo debe informarse con un valor mayor a cero.
10	Fecha emisión	<p>Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.
11	Fecha Recepción	<p>Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 10.
12	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por concepto de cuentas por pagar empresas relacionadas.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico

		<ul style="list-style-type: none"> • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0).
13	Secuencia Complementario Informe	Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 31.
14	Nombre Cuenta Interna	Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
3	RUT Prestador	<p>Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de miles • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Prestador	<p>Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
5	Identificación Prestador	<p>Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Tipo Deuda	<p>Indica el tipo de deuda de que se trata.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, debe utilizar los siguientes valores:</p> <p>1 = Orden de Atención Médica (Bono) 2 = Boleta de honorarios 3 = Factura 4 = Otro 5 = Nota de Crédito</p>

		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valores posibles: 1, 2, 3, 4 y 5.
7	Descripción otro tipo de deuda	<p>Debe especificar el tipo de deuda, cuando en el campo N°6 haya registrado el valor 4 "Otro".</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • No debe exceder de 110 caracteres <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si en el campo 6 se informa valor 4 (Otro), este campo debe especificar el tipo de deuda. Si en el campo 6 se registra un valor distinto de 4 (Otro), en este campo debe informarse valor cero (0).
8	Número de Documento	<p>Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores médicos.</p> <p>Por cada prestador deben informarse la totalidad de documentos, en forma separada.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
9	Monto a Pagar	<p>Debe indicar el monto adeudado por documento a los prestadores médicos y que se encuentra garantizado. Si los saldos por efecto de prepagos o copagos IMED u otro tipo de ajustes se administran en forma separada, deben presentarse con saldo negativo.</p> <p>Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), se debe incluir el signo negativo.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de Consistencia con otros campos y archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°32 del informe complementario del mes que se informa • Si en el campo 6 se informó la opción 5 (Nota de crédito), este campo debe informarse con un valor menor o igual a cero (0). • Si en el campo 6 se informó una opción del 1 al 4, este campo debe informarse con un valor mayor a cero (0).
10	Fecha emisión	<p>Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos.</p>

		<p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.
11	Fecha Recepción	<p>Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 • Debe ser mayor o igual a la fecha informada en el campo 10.
12	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por concepto de otras deudas con prestadores.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor que cero (0).
13	Secuencia Complementario Informe	<p>Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 32.
14	Nombre Cuenta Interna	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

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

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

Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Código Isapre	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la isapre.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la isapre.
2	Periodo de la Información	<p>Corresponde al mes y año de la información que se envía, y que se encuentra descrita en las características del archivo “Información contenida en el Archivo”.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMM, donde: AAAA= año y MM= mes.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.

3	RUT Destinatario(a)	<p>Corresponde al número de RUT del destinatario(a) del cheque, sin incluir punto y dígito verificador.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse carácter separador de dígitos • Debe informarse siempre.
4	Dígito Verificador RUT Destinatario(a)	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Destinatario(a), aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K • Debe informarse siempre.
5	Identificación Destinatario(a)	<p>Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado(a) o razón social, según corresponda.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético • Debe informarse siempre.
6	Número de Cheque	<p>Debe registrarse el número del cheque.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre.
7	Monto del Cheque	<p>Debe registrarse el monto del cheque.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • No debe utilizarse punto o coma separador de miles • Debe informarse siempre • Debe ser mayor a cero (0) <p><u>Validadores de Consistencia con otros archivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La sumatoria de los valores informados en este archivo para este campo debe ser igual al valor registrado en la secuencia N°33 del informe complementario del mes que se informa.
8	Fecha de Emisión	<p>Debe registrarse la fecha de emisión del cheque.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validadores de consistencia con otros campos:</u></p> <p>Debe ser menor o igual a la fecha informada en el campo 2 y distinta del valor 18000101.</p>

9	Fecha Revalidación Última	<p>Corresponde a la última fecha en que la isapre revalidó el cheque. En caso de no haberse efectuado revalidación alguna, debe registrar el valor 18000101.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser mayor a la fecha informada en el campo 8 (Fecha de emisión) o 18000101.
10	Fecha Caducidad. Última	<p>Corresponde a la última fecha en que se caducó el cheque.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato AAAAMMDD, donde: AAAA= año, MM= mes y DD= día.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre <p><u>Validador de consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser mayor a la fecha informada en el campo 8.
11	Código Cuenta Interna	<p>Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados los cheques caducados, de acuerdo al concepto de origen.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Debe ser mayor que cero (0).
12	Código Informe Complementario Secuencia	<p>Debe indicar código de secuencia del informe complementario al cual se encuentra asociado valor que se registra.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico • Debe informarse siempre • Valor posible: 33.
13	Nombre Interna Cuenta	<p>Corresponde al nombre asociado al código de la cuenta interna informada en el campo 12.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico • Debe informarse siempre • No debe exceder de 110 caracteres.

4. Respaldos

A contar del cierre contable correspondiente a marzo de 2007 cualquier disminución de obligaciones con beneficiarios y prestadores, afectas al indicador de garantía, que no correspondan a pagos, y que tengan incidencia en el resultado del ejercicio, mediante el reconocimiento de otros ingresos por función o disminución de los costos de venta, deberán estar respaldadas en archivos computacionales que contengan los campos mínimos detallados precedentemente²³².

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

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

A la fecha de la celebración del contrato con el custodio, la isapre, representada por su Gerente General, deberá informar a la Superintendencia de Salud la nómina de las personas que tengan la calidad de apoderados y que hayan sido designadas para operar con la entidad de custodia, acompañando copia del poder respectivo. La Superintendencia mantendrá un registro especial para estos efectos.

Asimismo, cualquier cambio que se produzca respecto de las personas que se individualizan en la referida nómina deberá ser informado a la Superintendencia dentro del día hábil siguiente de ocurrido este hecho. En tal caso se deberá volver a enviar la nómina completa de todos los apoderados vigentes.

Las isapres deberán acompañar, cada vez que la Superintendencia lo requiera, informes otorgados por la entidad bancaria de custodia, para el ejercicio de sus funciones de fiscalización.

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

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

²³² Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Estructura de la información e instrucciones de llenado

Las isapres deberán informar los valores correspondientes a las deudas con prestadores y beneficiarios de acuerdo a las instrucciones y formatos que se presentan a continuación²³³.

Para efectuar la entrega de esta información, se deberán ingresar los valores requeridos en una estructura que forma parte de la aplicación informática denominada “Estados Financieros Estándar IFRS”, contenida en la red Extranet de esta Superintendencia, para cuyo acceso deberá emplearse el nombre del usuario y la clave de acceso asignada al administrador informado por cada isapre, conforme a lo instruido en el Capítulo I: Instrucciones para la transmisión de información y remisión de archivos maestros^{234, 235}.

1. Deuda por Subsidios por incapacidad laboral

A partir de los saldos informados en el Informe Financiero Complementario, se deberá detallar la cuenta No 19 "Subsidios por pagar", de acuerdo al siguiente formato^{236 237}:

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

Entendiendo por:

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

Costo de Subsidios por Incapacidad Laboral

²³³ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²³⁴ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²³⁵ Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

²³⁶ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²³⁷ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

A partir de los saldos informados en la FEFI se deberá detallar la cuenta código 30020 “Costo de Ventas”, para el ítem “Subsidios por Incapacidad Laboral” de la siguiente forma^{238 239}:

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

2. Costo en Prestaciones

A partir de los saldos informados en la FEFI, se deberá detallar la cuenta código 30020 “Costo de Ventas” para el ítem “Prestaciones de Salud” de la siguiente forma^{240 241}:

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

Entendiendo por:

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

²³⁸ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²³⁹ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²⁴⁰ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²⁴¹ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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

3. Antigüedad de la Deuda con beneficiarios y prestadores

A partir de los saldos informados en el “Informe Financiero Complementario”, se deberán detallar las cuentas números 17 a la 35, relacionadas con las deudas con beneficiarios y prestadores, de la siguiente forma^{242 243}:

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

²⁴² Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

²⁴³ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Cheques Caducos a Prestadores							
Total Deudas con Prestadores							
Total Deudas a cubrir con Garantía							

Entendiendo por:

N° de acreedores: al total de personas (en el caso de beneficiarios) y al total de instituciones y profesionales de la salud (en el caso de prestadores) con los cuales se registran deudas por cada uno de los ítems señalados, con excepción de las cuentas "Prestaciones y SIL en proceso de liquidación más Prestaciones y SIL ocurridos y no liquidados" y "Prestaciones y SIL en litigio"²⁴⁴.

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

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

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

²⁴⁴ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Ejemplo de información solicitada²⁴⁵

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

Antecedentes

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

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

2. FEFI al 31 de diciembre de 2004:

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

3. FEFI al 31 de diciembre de 2004:

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

Supuestos

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

Información a remitir

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

²⁴⁵ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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

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

Anexo N°3

Definición de Registros Archivo Deuda con prestadores y beneficiarios²⁴⁶

Eliminado

²⁴⁶ Derogado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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

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

El contrato de depósito, custodia y administración que las isapres celebren con las entidades de custodia de los fondos que componen la garantía²⁴⁷, que, en lo pertinente debe señalar:

“9. Obligaciones de informar a la Superintendencia:

El contrato deberá dejar constancia de las siguientes obligaciones de información a esta Superintendencia:

- Cada vez que la entidad de custodia tome conocimiento de que algún valor entregado en depósito y custodia se encuentra sujeto a alguna de las limitaciones mencionadas en el segundo párrafo del numerando 10 siguiente, lo informará a la Isapre, con copia a esta Superintendencia, dentro del día hábil siguiente de haberse detectado el hecho.*
- La entidad de custodia deberá informar diariamente, al cierre de la jornada, a la Isapre y a esta Superintendencia, todas las operaciones registradas en la cuenta de custodia, de acuerdo a las especificaciones que esta Superintendencia comunicará en su oportunidad. Dicho informe precisará el valor de mercado que a ese día tienen los títulos e instrumentos que representan la garantía mantenida en la cuenta de la isapre, el que será remitido a los fax y/o correos electrónicos que la Isapre y esta Superintendencia designen.*
- Las modificaciones de las condiciones generales del servicio de custodia que determine la entidad de custodia que afecten al contrato, deberán ser comunicadas a la Isapre, enviando copia de la comunicación a esta Superintendencia.*
- Enviar copia a la Superintendencia de la carta en que se comunique el término del contrato de custodia, de acuerdo con las condiciones establecidas en el contrato, con una antelación mínima de 120 días*

10. Obligaciones de la Isapre:

- Remunerar al custodio.*
- La isapre está obligada a verificar la autenticidad e integridad de todos los valores que entregue en depósito y custodia a la entidad autorizada; que éstos no se encuentren en mal estado material, o hayan sido dados en garantía o se encuentren afectos a embargo, litigio, medidas prejudiciales o precautorias, gravámenes, prendas o cualquier otro derecho real, sin perjuicio de la responsabilidad que le pudiere caber a las entidades de custodia conforme a la normativa vigente.*
- La admisión a depósito y custodia por parte de la entidad de custodia no liberará a la isapre, en modo alguno, de sus responsabilidades al respecto.*
- Las isapres deberán comunicar a las entidades de custodia, el retiro de títulos, con la anticipación que se señale en el contrato y de acuerdo con las normas establecidas en este Título.²⁴⁸*

²⁴⁷ Instrucciones se contienen en el Compendio de Procedimientos, sin embargo, las referidas a este punto se incorporan a este Título de este Compendio.

²⁴⁸ Circular IF/275, de 2016, reemplazó expresión “esta Circular” por “este Título”.

7.2. Instrucciones de información diaria que pesan sobre las isapres y las entidades de custodia²⁴⁹

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

a) Obligación de las isapres de remitir información diaria

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

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

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

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

c) Mecanismo para envío de la información

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

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

d) Designación de representantes de isapres y entidades de custodia

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

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

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

e) Información acerca del valor por concepto de Acreencias por Deudas de Cotizaciones²⁵⁰

²⁴⁹ Numerando modificado por la Circular IF/N° 162, de 9.11.2011.

²⁵⁰ Contenido de la letra e) reemplazado por la Circular IF N°372, de 28.09.2020

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

Asimismo, deberá informar el detalle o desglose del cálculo con el cual se determinó el monto que se mantendrá en acreencias por concepto de cotizaciones adeudadas, en conformidad con el procedimiento instruido en la letra n), numerando 1 "Instrumentos financieros", del Título I, Capítulo VI, del Compendio de Procedimientos. Se debe precisar, que el mencionado detalle del cálculo, deberá considerar los saldos netos y brutos, y los meses involucrados, según sea el caso, utilizados respecto de las cotizaciones declaradas y no pagadas (D.N.P) y no declaradas ni pagadas (N.D.N.P), que forman parte de sus estados financieros.

De esta manera, las entidades de custodia utilizarán dicha información para el trimestre siguiente, hasta la recepción de los antecedentes contenidos en la próxima FEFI, completando con ello el valor del 100% de la garantía exigida que deberán informar a esta Superintendencia, en particular en el campo 13 "Valor Total del Instrumento" del archivo instruido en el Anexo N° 2 de estas instrucciones.

De forma complementaria a la información antes descrita, se deberá enviar un certificado firmado por el Representante Legal de la isapre, para ser presentado ante el custodio y esta Superintendencia, donde se acrediten las cifras totales empleadas en el cálculo y el monto final utilizado por concepto de acreencias como parte de la garantía.

El Certificado deberá contener como mínimo, la siguiente información:

- Individualización del Representante Legal (Nombre y RUN) e Isapre que representa.
- Individualización del monto a certificar que se empleó por concepto de Acreencias (en número y palabras), como parte integrante de la garantía.
- Detalle de las cifras correspondientes a las cotizaciones adeudadas por D.N.P. y N.D.N.P (detallado por mes según corresponda).
- Detalle de la cifra obtenida de aplicar el 0,5% del monto total de la garantía exigida.
- Identificación del tope que se utilizó para determinar las acreencias (monto menor seleccionado) y especificación del porcentaje que representa éste último sobre el monto total de la garantía.

Finalmente, se debe registrar la siguiente leyenda:

"El presente certificado se otorga para ser presentado a (nombre del custodio) y a la Superintendencia de Salud, con el objeto de acreditar la suma por concepto de acreencias que forman parte de la garantía exigida a las isapres, conforme a la normativa que rige la materia."

- Ciudad en que se suscribe el documento y fecha de emisión.
- Fecha y firma del Representante Legal.

Anexo N° 1²⁵¹

Archivo “Informe de totales por instrumento y emisor de documentos que conforman la garantía”

Las isapres deberán remitir diariamente este archivo, para su validación y de acuerdo con la estructura y definiciones que se presentan a continuación:

Forma de Envío: Extranet Superintendencia de Salud

Dirección de envío: Sistema de Transferencias de archivos

Formato del Archivo: Archivo plano

Código ASCII

Un registro por línea

Campos separados con signo "|" (pipe)

Nombre de Archivo: Debe nominarse según la siguiente estructura:

lcccAAAmmdd_T.txt en donde:

lccc : " | " + Código de la Isapre

AAAA: Año de los datos

mm: Mes de los datos

dd: día de los datos

_T: identifica líneas de totales

txt: tipo archivo de texto

Periodicidad: Diaria

Estructura Computacional del archivo:

INFORME DE TOTALES POR INSTRUMENTO Y EMISOR DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN GARANTIA

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
(01)	CÓDIGO DE CUSTODIO	NUMÉRICO
(02)	CÓDIGO ISAPRE	NUMÉRICO
(03)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	NUMÉRICO

²⁵¹ Anexo incorporado por la Circular IF/N° 162, de 9 de noviembre de 2011.

(04)	TIPO DE INSTRUMENTO CÓDIGO SUPERINTENDENCIA	ALFANUMÉRICO
(05)	RUT DEL EMISOR	NUMÉRICO
(06)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL EMISOR	ALFANUMÉRICO
(07)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR	ALFANUMÉRICO
(08)	VALOR TOTAL POR EMISOR Y POR TIPO DE INSTRUMENTO	NUMÉRICO
(09)	PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL POR EMISOR SOBRE EL TOTAL DE GARANTÍA MANTENIDA	NUMÉRICO

Definiciones del archivo:

INFORME DE TOTALES POR INSTRUMENTO Y EMISOR DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN GARANTIA

Este archivo informa, por cada línea de datos, el total invertido en un emisor en el tipo de instrumento determinado, informando además el porcentaje (%) que representa ese total sobre el valor total de la garantía mantenida.

Se requiere un registro por cada total por emisor en el instrumento respectivo.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO DEL CUSTODIO	Corresponde al código único que identificará al banco custodio ante esta Superintendencia. Fuente: Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras ("Lista de Instituciones Fiscalizadas por SBIF" publicada en su página Web Institucional). <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico.
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Corresponde al código numérico que identifica en forma única a la isapre en esta Superintendencia. <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero.

(03)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	<p>Corresponde a la fecha del día en que se envía la información a esta Superintendencia.</p> <p>Debe informarse de acuerdo con el formato AAAAMMDD, donde: AAAA = año MM = mes DD = día</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero.</p>
(04)	TIPO DE INSTRUMENTO CÓDIGO SUPERINTENDENCIA	<p>Corresponde al código (letra de "a" hasta "p") que identifica al tipo de instrumento de inversión. Estos identificadores se encuentran en el cuerpo y en las tablas de límites por instrumento y emisor que forman parte de la Circular N° 77 del 10 de Junio de 2004 y sus modificaciones, o aquella que la reemplace.²⁵²</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Debe informarse con un carácter alfanumérico distinto de blanco.</p>
(05)	RUT DEL EMISOR	<p>Corresponde al número de RUT del EMISOR del instrumento de inversión, campo NO incluye dígito verificador.</p> <p>Cuando se trate de Tipos de instrumento "c", "h", "i", "j" y "k", correspondientes a Cuotas de Fondos Mutuos o de Inversión, los campos 5, 6 y 7, deberán contener el RUT, el dígito verificador y el nombre correspondiente, asociados al registro de valores de la Superintendencia de Valores y Seguros.</p> <p>Cuando se trate del Tipo de Instrumento "Acreencias" ("n"), los campos 5, 6 y 7, deberán hacer referencia al RUT, dígito verificador y nombre de la isapre.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero.</p>

²⁵² Instrucciones en comento forman parte del Compendio de Procedimientos.

(06)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL EMISOR	<p>Corresponde al dígito verificador del RUT del emisor (punto 08), que entrega la rutina de verificación módulo 11.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico, distinto de blanco, y que puede contener 1 dígito (de 0 a 9), o bien la letra "K", según corresponda.</p>
(07)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR	<p>Se informa aquí el Nombre o Razón Social de la entidad que emite el instrumento de inversión.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico distinto de blanco.</p>
(08)	VALOR TOTAL POR EMISOR Y POR TIPO DE INSTRUMENTO	<p>Corresponde a la suma en PESOS, del valor total de los instrumentos de un emisor determinado, y que corresponden a un mismo tipo de instrumento.</p> <p>Es decir corresponde a la sumatoria del campo 13 (VALOR TOTAL DEL INSTRUMENTO) de todos los registros que correspondan a un mismo emisor y al mismo tipo de instrumento en el archivo de detalle "Informe de Instrumentos que conforman Garantía de Isapres".</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico, distinto de cero .</p>
(09)	PORCENTAJE DEL VALOR TOTAL POR EMISOR SOBRE EL TOTAL DE GARANTIA MANTENIDA	<p>Informa el porcentaje (%) que representa el total informado (campo 08), sobre el total de la garantía mantenida de la isapre.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico, distinto de cero, con dos decimales como máximo.</p>

Anexo N° 2: Archivo “Informe de Instrumentos de Inversión que Conforman la Garantía de Isapres”²⁵³

Las entidades de custodia deberán remitir diariamente este archivo, de acuerdo con la estructura y definiciones que se presentan a continuación:

Forma de Envío: Extranet Superintendencia de Salud

Dirección de envío: Sistema de Transferencias de archivos

Formato del Archivo: Archivo plano

Código ASCII

Un registro por línea

Campos separados con signo "|" (pipe)

Nombre de Archivo: Debe nominarse según la siguiente estructura:

GcccAAAmmdd_i.txt en donde:

Gccc: "G" + Código de custodio

AAAA: Año de los datos

mm: Mes de los datos

dd: día de los datos

_i : identifica detalle de instrumentos

txt : tipo de archivo de texto

Periodicidad: Diaria

Nota:

Si una entidad de custodia tiene contrato con más de una isapre para la administración de instrumentos de inversión, debe enviar la información de todas las isapres en el mismo envío, considerando un solo archivo, de acuerdo con las definiciones que se establecen en este compendio.

²⁵³ Anexo incorporado por la Circular IF/N° 162, de 9 de noviembre de 2011.

Estructura Computacional del archivo:

INFORME DE INSTRUMENTOS DE INVERSIÓN QUE CONFORMAN LA GARANTÍA DE ISAPRES

N° CAMPO	NOMBRE DERL CAMPO	TIPO
(01)	CÓDIGO DE CUSTODIO	NUMÉRICO
(02)	CÓDIGO ISAPRE	NUMÉRICO
(03)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	NUMÉRICO
(04)	TIPO DE INSTRUMENTO CÓDIGO SUPERINTENDENCIA	ALFANUMÉRICO
(05)	TIPO DE INSTRUMENTO / CÓDIGO SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES	ALFANUMÉRICO
(06)	CÓDIGO NEMOTÉCNICO DE INSTRUMENTO	ALFANUMÉRICO
(07)	CÓDIGO MONEDA DE EMISIÓN	ALFANUMÉRICO
(08)	RUT DEL EMISOR	NUMÉRICO
(09)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL EMISOR	ALFANUMÉRICO
(10)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR	ALFANUMÉRICO
(11)	PRECIO SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES	NUMÉRICO
(12)	NÚMERO DE UNIDADES	NUMÉRICO
(13)	VALOR TOTAL DEL INSTRUMENTO	NUMÉRICO
(14)	FECHA DE VENCIMIENTO	NUMÉRICO
(15)	INDICADOR DE CUSTODIA FÍSICA	ALFANUMÉRICO
(16)	CATEGORÍA DE RIESGO	ALFANUMÉRICO

Definiciones del archivo:

INFORME DE INSTRUMENTOS QUE CONFORMAN GARANTÍA DE ISAPRES

Deben informarse todos los instrumentos que conforman la garantía existente de una isapre, a la fecha que se informa y valorizados según Lista de Precios que entrega diariamente la Superintendencia de Pensiones.

Se requiere un registro por cada instrumento.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(01)	CÓDIGO DEL CUSTODIO	<p>Corresponde al código único que identificará al banco custodio ante esta Superintendencia.</p> <p>Fuente: Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras ("Lista de Instituciones Fiscalizadas por SBIF" publicada en su página Web Institucional).</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico</p>
(02)	CÓDIGO ISAPRE	<p>Corresponde al código numérico que identifica en forma única a la isapre en esta Superintendencia.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero.</p>
(03)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	<p>Corresponde a la fecha del día en que se envía la información a esta Superintendencia.</p> <p>Debe informarse de acuerdo con el formato AAAAMMDD, donde: AAAA = año MM = mes DD = día</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero.</p>
(04)	TIPO DE INSTRUMENTO CÓDIGO SUPERINTENDENCIA	<p>Corresponde al código (letra de "a" hasta "p") que identifica al tipo de instrumento de inversión. Estos identificadores se encuentran en el cuerpo y en las tablas de límites por instrumento y emisor que forman parte de la Circular N° 77 del 10 de Junio de 2004 y sus modificaciones, o aquella que la reemplace.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Debe informarse con un carácter alfanumérico distinto de blanco.</p>
(05)	TIPO DE INSTRUMENTO CÓDIGO SAFFP	<p>Corresponde al código de instrumento según norma que entrega la Superintendencia de Pensiones para instrumentos de inversión aceptados.</p>

		<p>Fuente: Letra H de la Circular N° 1209 del 10 de Junio de 2002 de la Superintendencia de Pensiones y sus modificaciones.</p> <p>Si el instrumento no tiene código de la Superintendencia de Pensiones, se debe informar con ceros.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico, distinto de blanco.</p>
(06)	CÓDIGO NEMOTÉCNICO DEL INSTRUMENTO	<p>Este campo debe indicar el código nemotécnico de los instrumentos informados, definido o autorizado por la Superintendencia de Valores y Seguros.</p> <p>Dicha definición se encuentra en la Circular N° 1085 del 28 de Agosto de 1992 y sus modificaciones.</p> <p>Si el instrumento de inversión no tiene código nemotécnico asignado, el campo se debe informar con ceros.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo Alfanumérico</p>
(07)	CÓDIGO DE EMISIÓN MONEDA	<p>Corresponde al tipo de moneda o tipo de cambio utilizado al momento de la inversión (a la fecha de emisión)</p> <p>No admite códigos distintos de :</p> <p>1 = Pesos 2 = UF 3 = IVP</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico</p>
(08)	RUT DEL EMISOR	<p>Corresponde al número de RUT del EMISOR del instrumento de inversión, campo NO incluye dígito verificador.</p> <p>Cuando se trate de Tipos de instrumento "c", "h", "i", "j" y "k", correspondientes a Cuotas de Fondos Mutuos o de Inversión, los campos 8, 9 y 10, deberán contener el RUT, el dígito verificador y el nombre correspondiente, asociados al registro de valores de la Superintendencia de Valores y Seguros,.</p> <p>Cuando se trate del Tipo de Instrumento "Acreencias" ("n"), los campos 8, 9 y 10, deberán</p>

		<p>hacer referencia al RUT, dígito verificador y nombre de la isapre.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero (0)</p>
(09)	DÍGITO VERIFICADOR RUT DEL EMISOR	<p>Corresponde al dígito verificador del RUT del emisor (punto 08), que entrega la rutina de verificación módulo 11.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico, distinto de blanco, y que puede contener 1 dígito (de 0 a 9), o bien la letra "K", según corresponda.</p>
(10)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMISOR	<p>Se informa aquí el Nombre o Razón Social de la entidad que emite el instrumento de inversión.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico distinto de blanco.</p>
(11)	PRECIO SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES	<p>Precio unitario o valor de una unidad de inversión del instrumento en pesos, informado diariamente por la Superintendencia de Pensiones a través de su sitio web.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero (0). Se aceptan decimales en un máximo de cuatro (4).</p>
(12)	NÚMERO DE UNIDADES	<p>Corresponde al valor de emisión (ej. valor nominal de un depósito a plazo, de pagaré, de bonos), o cantidad de unidades (ej: acciones, cuotas de fondos de inversión o mutuos), consideradas en la inversión.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico distinto de cero (0), máximo 4 decimales.</p>
(13)	VALOR DEL INSTRUMENTO TOTAL	<p>Corresponde al valor total del instrumento expresado en pesos, de acuerdo al número de unidades y a su valor unitario a la fecha de la información.</p> <p>Se obtiene de multiplicar el campo 11 (precio</p>

		<p>Superintendencia de Pensiones), por el campo 12 (número de unidades o valor nominal).</p> <p>Para los tipos de instrumento con Código Superintendencia (campo 4) igual a: " d ", " e ", " f ", " n ", " ñ ", " o ":</p> <p>El valor total se obtiene del modo ya indicado, considerando el campo (11) Precio Superintendencia de Pensiones igual a 1.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico, distinto de cero (0)</p>
(14)	FECHA DE VENCIMIENTO	<p>Corresponde a la fecha de vencimiento del instrumento de inversión. Campo utilizado especialmente cuando se trata de instrumentos de renta fija, boletas de garantía y pactos entre otros.</p> <p>Debe informarse de acuerdo con el formato AAAAMMDD, donde: AAAA = año MM = mes DD = día</p> <p>Si instrumento no maneja fecha de vencimiento, el campo debe ser informado con ceros.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo numérico</p>
(15)	INDICADOR DE CUSTODIA FÍSICA	<p>Informa la ubicación física del instrumento, de acuerdo con los siguientes códigos: DCV = Depósito Central de Valores CUS = En el mismo Banco Custodio ADM = Administradora de Inversiones, Filial del Banco Custodio ISA = Isapre, sólo en caso de acreencias por deudas de cotizaciones.</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico, no admite códigos distintos a los indicados.</p>
(16)	CATEGORÍA DE RIESGO	<p>Informa la categoría de riesgo asignada al instrumento de inversión, por la Comisión Clasificadora de Riesgo (CCR) o aquella que la reemplace, de acuerdo con los siguientes códigos: 1=N-1</p>

		2=Letra (a) Art. 45 DL 3500 3=AAA 4=AA+ 5=AA 6 = AA- <u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico, no admite códigos distintos a los indicados.
--	--	--

Capítulo IV Información relativa al funcionamiento de las isapres

Título I: Información sobre hechos relevantes

La isapre deberá comunicar a la Superintendencia todo hecho o información relevante para fines de supervigilancia y control, respecto de ella misma y de sus operaciones y negocios.

1. Definición de “Hecho Relevante”

Se entenderá por “Hecho Relevante”, todo evento, circunstancia o antecedente de ocurrencia no frecuente o periódica que tenga o pueda tener influencia o efecto para la isapre y para fines de la supervigilancia y control de la Superintendencia, principalmente, en relación a materias de gestión administrativa, operacional y económica-financiera o cualquier cambio significativo que afecte las operaciones, funcionamiento y resultados de la isapre.²⁵⁴

La isapre tendrá la obligación de informar todo hecho que afecte su operación, funcionamiento, resultados y patrimonio, que reúna las características y condiciones aludidas en el párrafo precedente, entendiéndose por tales, entre otros, y sin que sea una enumeración taxativa, los hechos relevantes que se incluyen en el listado contenido en el Anexo de este Título.²⁵⁵²⁵⁶

Párrafo eliminado ²⁵⁷

La calificación de la información será facultad ²⁵⁸de la propia administración o dirección de la isapre, correspondiéndole a ella determinar si un hecho, circunstancia o antecedente reúne las características descritas precedentemente para ser considerado relevante.

Se entenderá que tiene carácter significativo e importante toda operación que afecte más de un 10% de los activos, pasivos o patrimonio de la Institución o más de un 10% de la cartera de la isapre y los eventos de pérdida que no puedan ser cuantificados en monto, por desconocimiento del impacto, o por ser un hecho de magnitudes incalculables al momento de ocurrido.²⁵⁹

La información que se remita a esta Superintendencia podrá ser divulgada por este Organismo por los medios que estime conveniente, sin perjuicio de instruir a la propia Institución que revele dicha información al público en general.

2. Hecho relevante con carácter de reservado

Cuando una isapre diere el carácter de reservados a ciertos hechos o antecedentes que se refieran a operaciones aún pendientes, que al conocerse puedan perjudicar el interés de la institución, de sus socios y/o de sus afiliados o beneficiarios, comunicará tal circunstancia a la Superintendencia.

Una vez que la isapre resuelva que cesó el carácter de reservado del hecho de que se trate, deberá comunicarlo como hecho relevante, en caso que corresponda, conforme a las presentes instrucciones.

3. Procedimiento de información de los hechos relevantes

La información que se envíe a esta Superintendencia deberá ser suscrita por la mayoría absoluta de los directores existentes o, en su caso, por la totalidad de los administradores. Sin perjuicio de la

²⁵⁴ Párrafo reemplazado por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁵⁵ Primera frase modificada por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁵⁶ Segunda frase eliminada por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁵⁷ Párrafo tercero eliminado por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁵⁸ Palabra “exclusiva” eliminada por Resolución Exenta IF/N° 661 de 2019.

²⁵⁹ Párrafo trasladado por Resolución Exenta IF/N° 661 de 2019.

responsabilidad del directorio o administradores, éstos podrán facultar al presidente del directorio, al gerente general o al representante legal de la sociedad para suscribir esta información.

El otorgamiento de la antedicha facultad deberá constar en acta de sesión de directorio o del órgano de administración que corresponda, en caso de entidades que no sean sociedad anónima.

A esta Superintendencia se deberá remitir una copia del acta referida precedentemente, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la fecha del acta.

Por otra parte, las isapres deberán tener una política de divulgación de la información de hechos relevantes. Dicha política y sus modificaciones, deberá ser enviada para conocimiento de la Superintendencia de Salud, dentro del plazo máximo de tres días hábiles contado desde la fecha de su aprobación por parte del Directorio.²⁶⁰

4. Contenido de la comunicación sobre hechos relevantes

El contenido de la comunicación sobre los “Hechos Relevantes” o “Hechos Relevantes con Carácter de Reservados” será el siguiente:

- a) Fecha de la información.
- b) Identificación de la Institución de Salud Previsional.
- c) Indicación de que la comunicación se hace en virtud de lo establecido en el artículo 218 del DFL N° 1, y que se trata de un Hecho Relevante o Hecho Relevante con Carácter de Reservado de la isapre.

Adicionalmente se deberá estampar como título, en letras mayúsculas, las palabras “HECHO RELEVANTE” o “HECHO RELEVANTE CON CARÁCTER DE RESERVADO”, según corresponda.

d) Información del Hecho Relevante o Hecho Relevante con carácter de reservado. Deberá incluirse en forma clara y detallada la descripción pormenorizada del hecho o información relevante o reservada, así como del o los efectos que genera o pudiere generar para la isapre y sus beneficiarios²⁶¹. Al respecto, a modo referencial, se deberá considerar: (i) montos que pueden estar involucrados; (ii) relaciones de propiedad o de administración que pudieran existir con terceros involucrados; (iii) tiempos o plazos estimados para llevar a cabo o resolver la operación; (iv) estado o etapa en la que se encuentra la operación; (v) garantías, indemnizaciones o compensaciones asociadas a ella; (vi) efectos financieros que pudiere tener sobre los activos, pasivos o resultados de la isapre; (vii) si los acuerdos adoptados por el directorio sobre la materia que trata el hecho relevante, fueron aprobados por unanimidad o mayoría absoluta de los asistentes; y (viii) otros antecedentes que se consideren relevantes para la adecuada comprensión y evaluación del hecho de que se trate.²⁶²

e) Descripción de las medidas que adoptó la isapre.²⁶³

f) Firma(s) de quién(es) suscribe(n).

La información requerida se deberá remitir a través de una carta impresa.

²⁶⁰ Párrafo incorporado por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁶¹ Frase modificada por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁶² Circular IF/N° 225 de 2014

²⁶³ Incorporado por Circular IF/N° 325 de 2019.

Los hechos relevantes deberán ser acompañados por los documentos que sustentan la información revelada, tales como actas del directorio, de la junta de accionistas, contratos comerciales, ofertas comerciales, registros de accionistas, informes de auditores externos o internos, etc. Sin perjuicio de lo anterior, esta Superintendencia podrá solicitar antecedentes adicionales en caso que lo amerite.²⁶⁴

5. Plazo

El plazo para enviar la carta que comunica el “Hecho Relevante” o “Hecho Relevante con Carácter de Reservado” es de dos²⁶⁵ días hábiles contado desde la ocurrencia del hecho o desde que se tenga conocimiento de él.

6. Obligación de informar a la Superintendencia de Salud prohibición que afecte a alguno de sus representantes

De sobrevenir una prohibición que afecte a algún director, gerente, administrador, apoderado o representante legal, será responsabilidad de la isapre informar de este hecho relevante, dentro de los dos²⁶⁶ días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho o desde que se tenga conocimiento de él, y adoptar las medidas pertinentes.

²⁶⁴ Párrafo incorporado por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁶⁵ Circular IF/N° 225 de 2014

²⁶⁶ Circular IF/N° 225 de 2014

Anexo: Hechos relevantes obligatorios de informar

Para efectos de lo dispuesto en el artículo 218 del DFL N° 1, son hechos relevantes y obligatorios de informar por parte de las isapres, los que se enumeran a continuación:

A) En materia de la gestión administrativa.

1.- El nombramiento, renuncia, remoción o cese en sus funciones del presidente, directores, gerentes o administradores de la isapre y de todo otro personero de la Institución que cuente con poderes de representación ante la Superintendencia.

Conjuntamente con la información del nombramiento del nuevo director, gerente, administrador, apoderado o representante legal se deberá adjuntar una declaración jurada, reducida a escritura pública o debidamente protocolizada, de que a estos no les afecta ninguna de las prohibiciones referidas en el artículo 176 del DFL N° 1. Además, en dicho documento deberá indicarse que éstos no cumplen funciones de administración en un prestador de salud ni desempeñan el referido rol en alguna empresa relacionada que tenga injerencia en los prestadores.²⁶⁷

2.- Informes de auditorías realizadas por los auditores internos y externos en los que se realicen observaciones de importancia, que impacten en los procesos o situación financiera de la isapre.

3.- Prohibiciones establecidas en el artículo 176 del DFL N°1, de 2005, de Salud que afecten a algún director, gerente, administrador, apoderado o representante legal de la Isapre, en cualquiera de las siguientes situaciones:²⁶⁸

- Las previas al nombramiento, que se acreditan con los certificados correspondientes o declaración jurada notarial, en su caso; y
- Las prohibiciones que le sobreviene a alguien que está ejerciendo un cargo y las medidas adoptadas por la isapre.

4.- Cambio de domicilio de la Oficina Matriz de la isapre.

5.- Cambio en los auditores externos.²⁶⁹

B) En materia de la gestión operativa.²⁷⁰

1.- El proceso de remisión de cartas de término de contratos de salud que afecten al 10%, o más, de la cartera de cotizantes en el período de un año.

2.- Los resultados de los procesos de revisión y negociación para la modificación de planes grupales.²⁷¹

²⁶⁷ Párrafo incorporado por Circular IF/N° 325 y modificado por Resolución Exenta IF/N° 661, ambos de 2019.

²⁶⁸ Números 2 y 3 modificados por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁶⁹ Números 4 y 5 incorporados por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁷⁰ Números 2 al 10 incorporados por RE IF/N° 661 de 2019.

²⁷¹ Número reemplazado por Circular IF N° 418, de 28.12.2022

- 3.- Los procesos de negociación colectiva o convenios que tengan impacto en la renovación o mantención de planes colectivos de salud en isapres cerradas.
- 4.- Cambios en las modalidades para acceder a los beneficios, ya sea en el procedimiento establecido para otorgar determinadas prestaciones o en los prestadores de salud.
- 5.-Reprocesos masivos producto de errores en el otorgamiento de beneficios que sean detectados por la institución.²⁷²
- 6.- La ocurrencia de cualquier siniestro que perjudique a un prestador que tiene convenio con la isapre y que afecte de manera significativa en el otorgamiento de beneficios pactados con sus beneficiarios, tales como incendios, derrumbes, etc.
- 7.- Suscripción, modificación y término de contratos de servicios externalizados, relacionados con la ejecución de parte de los procesos de adecuación de contratos de salud, licencias médicas, otorgamiento y pago de beneficios, cuando afecte la continuidad de los servicios o perjudique de cualquier otro modo a los beneficiarios.”.
- 8.- Inconvenientes o caídas en los sistemas informáticos de la isapre que dificulten o impidan la continuidad de operaciones, afectando de manera significativa la tramitación y obtención de los beneficios a los afiliados, empleadores o prestadores de salud.
- 9.- Problemas de funcionamiento o caídas de sistemas informáticos de entidades externas, tales como operadores contratados por la isapre para la emisión de órdenes de atención, o en farmacias en convenio para el uso de excedentes, cuando aquéllos afecten de manera significativa la obtención de los beneficios”.
- 10.- Problemas de funcionamiento o caídas del sitio web de la isapre, que impidan de manera significativa el normal acceso a la información publicada y la realización de las transacciones habituales a través de dicho canal.²⁷³
- 11.- Cambios en las políticas y plazos²⁷⁴ de pago, tanto a los afiliados como a los prestadores médicos.
- 12.- Los procesos de negociación colectiva, huelga o paro que acontezcan en la Isapre y las medidas de contingencia adoptadas en cada caso²⁷⁵.
- 13.- Los procesos de negociación colectiva, huelga o paro que se verifiquen en cualquiera de sus prestadores en convenio y/o asociados a sus planes de salud.
- 14.- Suscripción, modificación o término por cualquier causa, de contratos o convenciones que revistan importancia para la entidad o signifiquen cambios en la tramitación y otorgamiento de beneficios a los afiliados.²⁷⁶
- 15.- Las modificaciones o término de convenios con prestadores cerrados o preferentes; los procesos de negociaciones o revisiones que eventualmente puedan dar lugar a modificaciones o término de

²⁷² Números 2, 3, 4 y 5 incorporados por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁷³ Números 6, 7, 8, 9 y 10 incorporados por Circular IF/N° 325 de 2019 y modificados por Resolución Exenta IF/N° 661 de 2019.

²⁷⁴ Término incorporado por RE IF/N° 661 de 2019.

²⁷⁵ Número modificado por RE IF/N° 661 de 2019.

²⁷⁶ 3, 4 y 5 Agregados por Circular IF/N° 225/2014, actuales 12, 13 y 14 según modificación efectuada a través de RE IF/N° 661.

dichos convenios; y las situaciones relacionadas con incumplimientos e insuficiencias de los referidos prestadores.²⁷⁷

C) En materia de la gestión económica-financiera

1.- Los acuerdos sobre la transformación, división, fusión, venta de la Institución, la adquisición de otras empresas o cualquier otra modificación sustancial de la Institución.

2.- Los acuerdos entre isapres tendientes a establecer alianzas, acuerdos de colaboración o cualquier otra forma de actuación conjunta en materias propias del ejercicio del objeto exclusivo de las Instituciones.

3.- Los cambios de control en la administración de la Institución y los cambios de propiedad que tengan o puedan tener impacto en él.

4.- La participación de la Institución en la propiedad de otra Institución fiscalizada.

5.- El acuerdo tendiente a transferir la cartera de afiliados y beneficiarios.

6.- Cualquier tipo de transacción u operación comercial o financiera con entidades relacionadas con la propiedad o gestión de la isapre, que por sí sola o en conjunto con otras operaciones con dichos entes relacionados, involucre montos significativos que pudieran afectar la situación financiera de la institución, ya sea su liquidez, endeudamiento, garantía²⁷⁸ y/o patrimonio.²⁷⁹

7.- Condiciones de liquidez que le impidan el cumplimiento de obligaciones con terceros, pago de beneficios a afiliados y pagos a prestadores, impuestos, cotizaciones previsionales, etc.

8.- La ocurrencia de cualquier siniestro, o incumplimiento de pago por parte de empresas relacionadas o terceros, que afecten a la isapre en, a lo menos, el 10% de su patrimonio.²⁸⁰

9.- Toda contingencia que pueda afectar en forma significativa, sea positiva o negativamente, los activos o pasivos de la isapre, tales como juicios, conflictos laborales, otorgamiento de garantías a favor de terceros o de éstos a favor de la isapre y otros similares.

Se elimina párrafo.²⁸¹

10.- Las ofertas, negociaciones, transformaciones de la sociedad o transacciones que afecten al controlador de la isapre.²⁸²

11.-Las ofertas, negociaciones o transacciones relacionadas al cambio de propiedad y control que involucren al(los) controlador(es) del accionista mayoritario de la isapre.

12.-La realización de inversiones importantes destinadas a expandir las actividades.

²⁷⁷ Número 15 incorporado por Circular IF/N° 413 de 2022

²⁷⁸ Término incorporado por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁷⁹ Circular IF/N° 225 de 2014

²⁸⁰ Modificado por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁸¹ Párrafo eliminado a través de Circular IF/N° 225 de 2014

²⁸² Incorporado por Circular IF/N° 325 y modificado por RE IF/N° 661, ambos de 2019.

- 13.- Ajustes contables de carácter significativo en los estados financieros, que afecten el patrimonio o que tengan su origen en la detección de errores que afectaron los resultados de ejercicios financieros anteriores.²⁸³
- 14.- Gravámenes sobre las acciones de la isapre, realizadas por ésta, terceros o sus accionistas.
- 15.-Variaciones significativas en tasas de interés, plazos u otras condiciones de las deudas, capitalizaciones de créditos y /o condonación parcial o total de las deudas, todas ellas, resultantes de negociaciones o de suscripción de convenios de pago con acreedores generales o prestadores de salud.
- 16.-Suscripción de convenios o realización de negociaciones con deudores importantes, que tengan un efecto significativo en el patrimonio de la Institución.²⁸⁴
- 17.- Eventuales dificultades para el cumplimiento de los niveles de garantía o inversiones financieras que la respalde.
- 18.-Acuerdos sobre dividendos y su distribución.
- 19.-Cambios de políticas contables que signifiquen el reconocimiento o no de activos, pasivos, resultados o patrimonio.
- 20.- Flujos de caja negativos por más de un periodo consecutivo.
- 21.- Comunicaciones con sus auditores externos sobre el examen de los estados financieros y cartas de control.²⁸⁵

Párrafo trasladado.²⁸⁶

D) En materia de estatutos y Gestión Corporativa²⁸⁷

- 1.- Cualquier modificación de las estipulaciones estatutarias.
- 2.-Definición de nuevas políticas corporativas o modificación de las existentes.
- 3.-Conflictos de interés o inhabilitaciones que sean declarados por accionistas, directores, gerentes de la isapre, ya sea con empresas externas, del holding o familiares.
- 4.-Modificaciones o cambios que sean producto de su gestión de riesgos o Gobierno Corporativo.²⁸⁸

²⁸³ 12 y 13 modificados según Resolución Exenta IF/N° 423 de 2014

²⁸⁴ Número 16 incorporado por Circular IF/N° 325 y modificado por RE IF/N° 661, ambos de 2019.

²⁸⁵ Números 14, 15, 17, 18, 19, 20 y 21 incorporados por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁸⁶ Párrafo modificado por Circular IF/N° 325 y trasladado por Resolución Exenta IF/N° 661 de 2019.

²⁸⁷ Título modificado por Circular IF/N° 325 de 2019.

²⁸⁸ Números 2, 3 y 4 incorporados por Circular IF/N° 325 de 2019.

Título II: Información sobre agentes de ventas

I. Registro de agentes de ventas²⁸⁹

1. La Superintendencia mantendrá un Registro de agentes de ventas en el que se inscribirán todas las personas que cumplan con los requisitos señalados en la ley, independientemente de su denominación o cargo en la isapre.

2. La incorporación al Registro de un agente de ventas se efectuará sólo por la isapre habilitante.

Será responsabilidad de la isapre verificar que los agentes de ventas cumplen con los requisitos señalados en la Ley, para lo cual deberá mantener a disposición de la Superintendencia los antecedentes que correspondan.

3. Por otra parte, también será responsabilidad de la isapre mantener actualizado el Registro, practicando las incorporaciones o retiros correspondientes, a más tardar el tercer día hábil, contado desde que éstos se produzcan. En todo caso, tratándose de incorporaciones, el Registro siempre deberá materializarse antes de que el agente de ventas inicie sus funciones. En el mismo plazo se deberán efectuar las modificaciones de los datos personales que los agentes de ventas les informen.

5. Con ocasión de la contratación de un agente de ventas, la isapre deberá confeccionar una Ficha de Registro para cada ejecutivo contratado, la que deberá ajustarse al Anexo de este Título y mantenerse en archivadores físicos o en medios magnéticos, a disposición de la Superintendencia.

En este archivador se deberá incluir el certificado de la capacitación efectuada a aquellos agentes inscritos por primera vez en el registro y los certificados que den cuenta de la actualización de la capacitación que se realiza cada tres años, a que se refieren las instrucciones sobre agentes de ventas.

²⁸⁹ Las instrucciones referidas al procedimiento de incorporación al Registro de Agentes de Ventas se contienen en el Título IV del Capítulo V del Compendio de Procedimientos.

Anexo: Ficha de Registro

FICHA DE REGISTRO

FOTOGRAFÍA

(Tamaño no superior

a 3,5 por 4,5 cms.)

(Nombre completo Agente de Ventas)

Nº de RUT o C.I.

Firma

Título III. Información a la Superintendencia, a los empleadores y afiliados sobre las agencias, sucursales u oficinas de atención de público

1. Información sobre modificación de datos informados respecto a oficinas de atención de público

Toda modificación que experimenten los datos informados en relación a las sucursales, agencias u oficinas de atención de público que han debido comunicar las isapres a la Superintendencia, deberá ser informada a dicho Organismo con una antelación de, a lo menos, 20 días hábiles, a la fecha en que se pretende la modificación, sin perjuicio de las reglas especiales que se indican a continuación y, en lo relacionado con la materia, en el Compendio de Procedimientos, de esta Superintendencia.²⁹⁰

Adicionalmente, se instruye informar los días y horario de funcionamiento de todas las oficinas destinadas a la atención de público, como asimismo, la apertura de nuevas sucursales.

2. Cierre definitivo de sucursales, agencias u oficinas de atención de público²⁹¹

El cierre definitivo de agencias, sucursales u oficinas destinadas a la atención de público deberán ceñirse a lo dispuesto en el Título VII "Funcionamiento de sucursales, agencias y oficinas de atención de público", del Capítulo VI "Procedimientos Operativos de las Isapres", del Compendio de Procedimientos de esta Superintendencia.

3. Suspensión de atención de público en una oficina

La suspensión de la atención de público en una determinada oficina, agencia o sucursal a consecuencia de su destinación a otros fines, se considerará equivalente al cierre, debiendo las isapres ceñirse a las instrucciones contenidas en el punto N° 2, precedente.

4. Cambio de dirección de una oficina

El cambio de dirección de una oficina dentro de una misma ciudad, y siempre que se mantenga la continuidad de atención de público, no se considerará cierre de oficina para los efectos de las disposiciones del N° 2, precedente.

Sin perjuicio de lo anterior, dicho cambio de dirección deberá comunicarse a los afiliados con una antelación de diez días hábiles, mediante la publicación de avisos en la sucursal que se trasladará.

5. Cierre de una oficina no destinada a la atención de público

Las isapres deberán comunicar el cierre a la Superintendencia de Salud, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se materialice la modificación.

²⁹⁰ Párrafo modificado por la Resolución Exenta N°419, del 27.10.14, y por la Circular IF/N° 315, de 20.8.18.

²⁹¹ Numeral modificado por la Circular IF/N°246, del 27.05.15

6. Cierre temporal de sucursales, agencias u oficinas de atención de público

Cualquier cierre de la sucursal, agencia u oficina de atención de público o modificación de horarios deberá ajustarse a lo dispuesto en el Título VII, del Capítulo VI del Compendio de Procedimientos de esta Superintendencia.²⁹²

7. Sobre los funcionarios de las isapres en las oficinas

Cada oficina deberá contar con un Jefe de Oficina, Sucursal o Agencia. El funcionario designado para el desempeño de este cargo deberá ser informado a la Superintendencia, dentro de los cinco días siguientes a su designación.

²⁹² Este numeral fue modificado por la Circular IF/N°223, del 13 de agosto de 2014

Título IV: Información a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales sobre variación de precios base^{293 294 295}

Título V: Registros de información que deben mantener las isapres²⁹⁶²⁹⁷

I. Registros relativos a la información sensible de cotizantes y beneficiarios

Las isapres están habilitadas legalmente para efectuar tratamiento de datos sensibles relativos al estado o condición de salud de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios, con el objeto de proceder a la determinación y otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a los titulares de dichos datos.

Como consecuencia de lo señalado, las isapres deben velar porque los datos sensibles de sus beneficiarios y/o ex beneficiarios sean utilizados sólo para los fines para los que han sido recolectados, al tenor de lo previsto en el artículo 9 de la Ley N°19.628.

1. Registros de peticiones de información

Las isapres habilitarán los siguientes registros, que deberán permanecer a disposición de la Superintendencia de Salud:

1.1. Registro en el que se consignen las peticiones de información que reciban de otra isapre, indicando quién ha formulado la solicitud y un extracto de la respuesta que se hubiere dado.

1.2. Registro en el que se consignen las peticiones formuladas por terceros, compañías de seguro, liquidadores de siniestro y administradoras de fondos de pensiones, distinguiendo al peticionario, individualizando al solicitante y un extracto de la respuesta que se hubiere dado.

1.3. Registro en el que se consignen las peticiones de información que se formulen por el titular de los datos y la fecha de su entrega.

2. Procedimientos de resguardo de información

Las isapres deberán desarrollar e implementar procedimientos administrativos que permitan resguardar la privacidad y confidencialidad de la información que hubiesen requerido y recibido de otros seguros para los fines definidos en este Título e identificar a los funcionarios responsables de su manejo y control.

La información acerca de los procedimientos y responsables deberá estar permanentemente a disposición de la Superintendencia.

3. Información a la Superintendencia acerca de los mecanismos que se implementen y mantengan operativos relativos a la entrega de información de cotizantes y/o beneficiarios o beneficiarias desde las isapres a los establecimientos privados de venta, arriendo, distribución

²⁹³ Instrucciones sobre el procedimiento de adecuación de los precios base se contienen en el Capítulo I del Compendio de Procedimientos.

²⁹⁴ Título modificado por la Circular IF/N° 205, de 9 de diciembre de 2013.

²⁹⁵ Título eliminado por Circular IF/N°401, de 30 de diciembre de 2021.

²⁹⁶ Las instrucciones relativas al procedimiento que deberán adoptar los seguros previsionales de salud frente a requerimientos de datos sensibles de sus cotizantes y beneficiarios se contienen en el Título III del Capítulo VI del Compendio de Procedimientos.

²⁹⁷ Modificado por Circular IF N°232, de 11.11.2014

o entrega de artículos, insumos y/o medicamentos de apoyo terapéutico y medidas de resguardo de dicha información.

La información relativa a los beneficiarios y beneficiarias de isapre y que deba ser entregada a los establecimientos privados de venta, arriendo, distribución o entrega de artículos, insumos y/o medicamentos de apoyo terapéutico (tales como centros de órtesis, centros de terapia respiratoria, farmacias, ópticas, entre otros) en virtud de los convenios que hubiesen suscrito o que en el futuro suscriban, para el otorgamiento de los beneficios de salud legales y contractuales, deberá transmitirse mediante un mecanismo que asegure la protección adecuada de la misma, evitando, en cuanto sea posible, el acceso del prestador a antecedentes de la persona beneficiaria que tengan el carácter de datos sensibles, a la luz de la definición contenida en la letra g) del artículo 2° de la Ley N° 19.628.

Los mecanismos que las isapres adopten o hubiesen adoptado para cumplir con estas instrucciones deberán ser informados a la Superintendencia de Salud, remitiendo una carta al Departamento de Fiscalización.

Toda modificación que experimente la información en cuestión debe ser informada, en los términos expresados en el párrafo anterior, a más tardar dentro de la semana siguiente a su implementación.

II. Información y registros relativos a la transmisión electrónica de datos

Se autoriza a las isapres para utilizar, en el cumplimiento de su objeto, sistemas de comunicación basados en la transmisión electrónica de datos, ya sea entre ellas o con otras personas naturales o jurídicas. En el sistema de comunicaciones se podrán realizar: intercambio de datos referidos a información, órdenes generales y órdenes que generen transferencia de fondos.

El intercambio de los mensajes referidos a información, órdenes generales y órdenes que generen transferencia de fondos deberán realizarse encriptados, con el objeto de garantizar su confidencialidad. La Superintendencia deberá tener acceso en todo momento al contenido de los mensajes en su estado original, siendo responsabilidad de las isapres que esta disposición se cumpla en forma estricta.

1. Fiscalización y control

1.1. Las isapres deberán disponer en todo momento, para fines de respaldo y consulta de la Superintendencia, documentación actualizada que permita conocer los antecedentes generales en que se fundamentan los sistemas de comunicaciones utilizados, incluyendo el acceso a los equipos computacionales que soportan dichos sistemas.

1.2. A lo menos, las isapres deberán disponer de documentación que incluya los siguientes antecedentes generales:

- a) Procedimientos administrativos y de control de los sistemas utilizados.
- b) Características técnicas del software y hardware de los sistemas en aplicación.
- c) Manuales de uso y aplicación de los sistemas.
- d) Acuerdos o convenios entre la isapre y terceros.
- e) Contrato de prestación de servicios entre la isapre y el tercero administrador del intercambio de datos.

2. Registro de Documentación Electrónica

2.1. Las isapres deberán llevar un Registro de Documentación Electrónica de los mensajes enviados y recibidos, que indiquen, a lo menos, los siguientes aspectos:

- a) la identificación del mensaje.
- b) el emisor y el o los receptores.
- c) fecha y hora del envío.
- d) fecha y hora de la recepción.
- e) materia o encabezado.

2.2. Dentro de los cinco primeros días hábiles de cada mes, las isapre deberán generar una copia en papel o microforma tanto del Registro de Documentación Electrónica, como del contenido de los mensajes enviados y recibidos.

3. Registro de operadores

Las isapres deberán llevar un registro de sus operadores autorizados, así como una descripción de las operaciones en las que tienen responsabilidad y autorización para el uso de las correspondientes firmas electrónicas.

4. Información a la Superintendencia sobre mensajes no recibidos

Dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, las isapres deberán analizar sus Registros de Documentación Electrónica y determinar aquellos mensajes no recibidos al último día hábil del mes anterior, para que dentro de los dos días siguientes, informe a esta Superintendencia los casos que se encuentren en esta situación.

5. Situaciones anómalas

Cualquier otra situación anómala que se produzca por el incumplimiento de estas instrucciones deberá ser informada a esta Superintendencia inmediatamente después de haberse tomado conocimiento del hecho que la constituye.

En las hipótesis señaladas en el párrafo anterior o en el numeral precedente, este Organismo Fiscalizador, con el objeto de regularizar las anomalías informadas, instruirá a las respectivas isapres, si fuese del caso, para la obtención de un informe pericial, destinado a clarificar la materia que sea objeto de las deficiencias, especificando las causas que las produjeron.²⁹⁸

III: Registros de profesionales médicos

1.- Información de Contralores Médicos de Isapres que autorizan, modifican o rechazan licencias médicas²⁹⁹.

Esta Superintendencia llevará un registro público de los profesionales médicos que autorizan, modifican y rechazan licencias médicas en la isapre, denominado "Registro de Contralores Médicos de Isapre".

²⁹⁸ Párrafo introducido y frase final del párrafo primero agregada, por Circular IF/275, de 2016.

²⁹⁹ Número modificado por la Circular IF/N° 177, de 17 de octubre de 2012.

A objeto de mantener actualizado el citado Registro, la isapre deberá remitir a la Unidad de Coordinación Legal y Sanciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, por correo electrónico y dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes, las modificaciones de los datos contenidos en aquel, que se originen en el mes inmediatamente anterior a la fecha de envío, utilizando el formato de la planilla Excel que se adjunta en el presente título.

Las modificaciones pueden corresponder, entre otras, a nuevas contrataciones, desvinculaciones y/o reemplazo temporal de un médico contralor por vacaciones o licencia médica. Cambio de domicilio laboral o cambio en los datos personales, como por ejemplo, teléfono, correo electrónico y/o firma.

Si la modificación corresponde a un cambio de la firma de un médico contralor, se deberá adjuntar en el campo respectivo el archivo pdf con la nueva firma.

Si la modificación se origina como consecuencia de una nueva contratación y/o reemplazo temporal de un contralor médico, la isapre deberá enviar en un archivo pdf, la cédula de identidad del respectivo médico, reproducida por ambos lados, su firma y un certificado o cualquier documento oficial que acredite su título de médico cirujano (título profesional otorgado por un Establecimiento de Educación Superior, validado según la ley chilena), o, en su defecto, el número de su inscripción en el Registro de Prestadores Individuales que lleva esta Superintendencia. Adicionalmente, y cuando corresponda, deberá informarse el nombre del contralor médico que ha sido reemplazado temporalmente y el período que abarca dicho reemplazo.

Cuando a un médico contralor se le haya aplicado alguna de las sanciones establecidas en los numerales 2, 3 o 4 del artículo 8°, de la Ley N° 20.585 "Otorgamiento y uso de licencias médicas" y ésta se encuentre ejecutoriada, la isapre deberá registrar en la planilla Excel, el tipo de sanción aplicada (multa o suspensión) y la fecha en que quedó ejecutoriada.

INFORMACIÓN REFERIDA A CONTRALORES MÉDICOS DE ISAPRE

ISAPRE:

REGISTRO DE CONTRALORES MÉDICOS DE ISAPRE												
Codigo	NOMBRES	APELLIDO MATERNO	APELLIDO PATERNO	R.U.N	FECHA CONTRATO ISAPRE	DOMICILIO LABORAL	REGIÓN LABORAL	TELÉFONO O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	N° INSCRIPCIÓN REGISTRO DE PRESTADORES INDIVIDUALES	FIRMA	FECHA TÉRMINO CONT.

Nota:

- 1.- Señalar en la planilla, antes de cada nombre, el código 1 si la persona está en calidad de "reemplazante" o el código 2 si es "contratado".
- 2.- Indicar en una nota al pie de la planilla el nombre del médico contralor que ha sido reemplazado temporalmente y el período de su reemplazo.

2. Médico revisor de fichas clínicas

En el evento que una isapre considere que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica.

2.1. Designación

El médico cirujano que se designe para la revisión de fichas clínicas a solicitud de las isapres, en conformidad a lo dispuesto en los incisos 7° y 8° del artículo 189 del DFL N° 1, deberá estar inscrito en el Registro que la Superintendencia de Salud ha habilitado para tales efectos en el sitio www.supersalud.cl, el que contiene los requisitos necesarios para que dichos profesionales puedan incorporarse al registro, el procedimiento para efectuar la solicitud de inscripción, las causales de cancelación de la misma y los formularios necesarios que deben completarse.

2.2. Registro del médico revisor

La sola aceptación e incorporación de médicos cirujanos al registro no genera vínculo laboral, funcionario o contractual alguno entre dichos profesionales y la Superintendencia de Salud. En consecuencia, la inclusión de un médico cirujano al mencionado registro sólo da cuenta del cumplimiento de un requisito habilitante para la revisión de las fichas clínicas de los prestadores de salud públicos o privados, en la situación prevista en el inciso 8° del artículo 189 del DFL N° 1. Asimismo, la inscripción de un médico cirujano en el mencionado registro no certifica especialidad alguna.

IV. Registro de los reclamos deducidos por cotizantes y/o beneficiarios

Tanto las isapres como el Fondo Nacional de Salud deberán implementar un Registro de Reclamos único, donde inscribirán en forma correlativa todos los reclamos que reciban, directamente o por derivación y que deban resolver en virtud de lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 127 del DFL N° 1.

Dicho registro, al que se deberá poder acceder por el nombre o R.U.T. del reclamante, deberá estar actualizado y a disposición de la Superintendencia para su consulta, en la oficina de la entidad reclamada. En el caso del Fondo Nacional de Salud se entenderá por "oficina", la Dirección Regional correspondiente.

El Registro deberá contar con los antecedentes que se señalan a continuación, en el orden que se indica:

- 1.- Individualización del reclamante (cotizante, beneficiario o mandatario, en el caso que aquéllos concurren representados), con su nombre, R.U.T., domicilio y teléfono.
- 2.- Fecha de recepción del reclamo, especificando si fue derivado por la Superintendencia.
- 3.- Materia del reclamo, de conformidad con la clasificación contenida en el Anexo del Título XVII, del Capítulo II: Archivos Maestros, de este Compendio. Cada reclamo deberá ser clasificado en una sola materia; si en la presentación se incluyeran asuntos relativos a más de una cuestión reclamada, la entidad la clasificará sobre la base de la materia principal que esté siendo reclamada.
- 4.- Fecha de despacho de la respuesta del reclamo o de la celebración del acuerdo entre las partes que pone fin al reclamo.

Capítulo V Instrucciones de información relativa a los Contratos de Salud Previsional

Título I: Archivos que las isapres deben mantener en relación a los contratos de salud

1. Archivo de cotizantes

La isapre deberá mantener a disposición de la Superintendencia, un archivo de cotizantes en su casa matriz o en otro lugar, siempre que éste último haya sido previamente autorizado por este Organismo.

La isapre deberá velar, en todo caso, por la expedita disponibilidad de los antecedentes para efectos del ejercicio de la facultad de esta Superintendencia.

La institución quedará eximida de la obligación de mantener en la carpeta de la persona cotizante los antecedentes aportados por ésta para avalar su incorporación a la isapre, con la sola excepción de la fotocopia del documento identificador y de la carta de desafiliación cursada ante la Isapre de anterior afiliación³⁰⁰, en la medida que se haga responsable del correcto traspaso de dicha información al FUN.

En consecuencia, la carpeta de cada persona cotizante debe contener, al menos, la siguiente documentación:

- Fotocopia de la Cédula Nacional de Identidad del o la cotizante,
- Declaración de Salud del o la cotizante y sus beneficiarios y beneficiarias,
- Condiciones Generales suscritas, en caso que la Isapre no haya adherido a las Condiciones Tipo reguladas en la letra d) del N°2, del título I, del Capítulo III del Compendio de instrumentos Contractuales,
- Planes de Salud contratados,
- Aviso de cambio de domicilio,
- Todos los FUN emitidos en relación con el contrato del cotizante desde su incorporación a la isapre,
- Carta de renuncia a los excedentes, en caso que corresponda
- Carta de desafiliación cursada por la Isapre de anterior afiliación.
- Beneficios Adicionales contratados, en caso que corresponda.³⁰¹

Respecto de las personas que perdieron la calidad de cotizantes, se fija un plazo mínimo de doce meses, contado desde el término de los beneficios, para que la isapre mantenga en su archivo la documentación contractual antedicha, agregando a los antecedentes anteriores, en los casos que corresponda, los siguientes:

- Copia de la liquidación de cierre de la cuenta de excedentes donde se detallen los rubros que componen su saldo, y (*)
- Copia de la carta de desafiliación visada.

(*) Podrán eximirse de esta obligación las isapres que cuenten con la posibilidad de emitir computacionalmente este antecedente.

2. Archivo de negativa de cobertura

La Institución deberá mantener un archivo con las comunicaciones que informen al beneficiario la negativa de la cobertura solicitada, durante un plazo mínimo de doce meses, contado desde la fecha de su expedición, incluyendo los antecedentes que se tuvieron en consideración para adoptar la medida.

³⁰⁰ Modificado por la Circular IF N°228, del 23/09/2014

³⁰¹ Viñeta incorporada mediante la Circular IF/N° 291, del 08.08.2017

Este archivo deberá contener también, los presupuestos de prestaciones sin cobertura o con cobertura sólo a algunas de ellas y fotocopias de documentos que hubieran sido devueltos sin bonificación, además del formulario de negativa de cobertura.

Título II: Información a la Superintendencia respecto a la suscripción de planes grupales sin CAEC

La isapre que suscriba planes grupales sin la incorporación de la CAEC o que habiéndola incorporado decide suspender su otorgamiento por darse las condiciones previstas en el párrafo primero del punto anterior, deberá comunicar por escrito a la Superintendencia de Salud, en un plazo no superior a 15 días hábiles de suscrito el plan o de la suspensión de la CAEC, los siguientes antecedentes:

- a) Nombre del plan grupal;
- b) Número de afiliados y beneficiarios adscritos al mismo;
- c) Identificación del beneficio que reemplaza la CAEC;
- d) Características de la cobertura adicional que otorga el beneficio;
- e) Fecha de suscripción del beneficio.

Título III: Información relativa al término o modificación del convenio con prestador cerrado o preferente

La isapre que se vea enfrentada a la modificación o término del convenio con un prestador cerrado o preferente de sus planes de salud, podrá complementar el proceso de adecuación de precios en curso, a que se encuentre sometido el plan en cuestión, o bien hacerlo en el próximo proceso de adecuación.

En caso de producirse el término o modificación del convenio con prestadores preferentes, la isapre deberá informarlo por escrito a la Superintendencia dentro de los diez días hábiles siguientes de ocurrido el hecho que la originó, acompañando los antecedentes que lo acrediten.

Título IV: Información sobre modificación de documentos contractuales en comercialización³⁰²

303 304

Cada vez que se modifique algún documento que forme parte del contrato de salud que las isapres comercialicen, éstas deberán remitir, para conocimiento de la Superintendencia, el ejemplar correspondiente, dentro del plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde su ofrecimiento al público. Cabe señalar que tal envío, deberá ser acompañado simultáneamente de una carta conductora de la isapre, en formato PDF.

Para efectos de remitir la documentación contractual, se deberá emplear la red Extranet de esta Superintendencia -ubicada en el Portal Web Institucional- plataforma que permitirá a las isapres mandar dichos ejemplares en formato digital (PDF). Es así, como toda la información documental que se envíe será almacenada en un repositorio bibliográfico institucional, el cual permite la administración de colecciones digitales, funcionando como un repositorio de archivos o documentos.

Planes de salud

Los planes de salud en comercialización, deberán remitirse en archivo PDF, dentro del plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde su ofrecimiento al público, junto con un archivo o planilla resumen Excel, de acuerdo con el formato y especificaciones que se indican en el Anexo "Planes de Salud en Comercialización" que se acompaña a continuación. Resulta de importancia señalar que, la "Identificación Única del Plan" incluida como columna en el archivo Excel antes referido, -que, por lo

³⁰² Título incorporado por el Oficio Circular IF/N° 9, de 18.05.2011.

³⁰³ Título modificado por Circular IF/N°216, de 14.05.2014.

³⁰⁴ Título y su anexo, reemplazados por la Circular IF/N°362, de 21.07.2020.

demás, es uno de los campos empleados en la estructura del Archivo Maestro de Planes- será un elemento primordial para vincular todos los documentos contractuales digitalizados que se relacionan con su respectivo plan de salud. Por ende, la identificación única, deberá incorporarse tanto al nombre del archivo PDF que contiene cada plan de salud, como a la columna de la planilla Excel, siguiendo las indicaciones expresas sobre definición y formato que se comprenden en el ya mencionado Anexo.

Selección de Prestaciones Valorizadas

Junto al envío de los planes de salud, se deberá remitir la Selección de Prestaciones Valorizadas correspondiente. Esta cartilla, deberá ser enviada **en el mismo archivo PDF en el que se comprende el plan de salud que se informa.**

Beneficios Adicionales

El ejemplar que contenga los Beneficios Adicionales cuya comercialización haya iniciado la isapre, se deberá enviar para conocimiento, en el mismo plazo al que se ha hecho referencia con anterioridad. A estos documentos, digitalizados en formato PDF, se les deberá asignar como nombre del archivo -para su reconocimiento- un código estandarizado, el cual se conformará de la siguiente manera:

BA + Código Isapre + Campo Alfa Numérico

Dónde:

BA: Corresponde a la sigla asignada a la expresión “Beneficios Adicionales” y, por ende, no tendrá variación.

Código Isapre: Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la Institución de Salud Previsional.

Campo Alfa Numérico: Código, folio, correlativo o identificación interna que ha asignado la institución de salud al producto que comercializa.

De no contar la isapre con un código, folio, correlativo o identificación interna para este tipo de producto, deberá asignarlo para efectos de informar a esta Superintendencia.

ANEXO

PLANES DE SALUD EN COMERCIALIZACIÓN

Nombre y Código Isapre:.....

Fecha carta de envío:.....

<i>Identificación Única del Plan (1)</i>	<i>Fecha Inicio Comercialización (2)</i>	<i>Nombre del Plan (3)</i>	<i>Tipo de Plan (4)</i>	<i>Modalidad del Precio (5)</i>	<i>Precio Base (6)</i>	<i>Modalidad de Atención (7)</i>	<i>Nombre del Arancel (8)</i>	<i>Modalidad del Arancel (9)</i>	<i>Región donde se comercializa el plan (10)</i>

Nota: Las definiciones correspondientes a cada columna, son las que se incluyen en el Archivo Maestro de Planes

Donde:

(1)	<p>Identificación Única del Plan Corresponde a la codificación técnica del nombre del plan, que la isapre utiliza para identificarlo de manera única. Formato y especificaciones: -Alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos ni apóstrofes. -Debe informarse siempre y ser la misma incluida en el A.M. de Planes. No se acepta vacío. -No se acepta cero -No se acepta prefijo “plan” o “plan de salud” en la identificación única del plan.</p>
(2)	<p>Fecha Inicio Comercialización Corresponde al mes y año en que se comenzó a comercializar el plan. Formato y especificaciones: AAAA-MM, donde: AAAA=año y MM=mes</p>
(3)	<p>Nombre del Plan Corresponde al nombre de fantasía o comercial que la isapre ha asignado al plan, el cual se encuentra impreso en su carátula. Debe ser el mismo que se informa en el A.M. de Planes.</p>
(4)	<p>Tipo de Plan Corresponde a la categoría individual o grupal del plan. Formato y especificaciones: I = Individual ; G = Grupal</p>
(5)	<p>Modalidad del Precio Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el precio del plan. Formato y especificaciones: 1 = UF 2 = \$ 3 = 7%</p>
(6)	<p>Precio Base Corresponde al precio asignado por la Isapre al plan, expresado en unidades de fomento (U.F.), utilizando un máximo de dos decimales. Formato y especificaciones: Se utilizará el valor que tenga la U.F. el último día del mes anterior al que se informa.</p>

	<p>Debe informarse cero si el precio del plan está expresado como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud (7%). No se acepta cero cuando el precio del plan se encuentre expresado en UF o pesos.</p>
(7)	<p>Modalidad de Atención Corresponde a la modalidad para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios, que se encuentra asociada al plan. Formato y especificaciones: 1 = Libre Elección 2 = Prestador Preferente 3 = Plan Cerrado</p>
(8)	<p>Identificación Única del Arancel de Referencia Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al arancel asociado al plan, con el objeto de identificarlo de manera única.</p>
(9)	<p>Modalidad del Arancel Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el arancel del plan. Formato y especificaciones: 1 = UF ; 2 = \$</p>
(10)	<p>Región donde se Comercializa el Plan Identifica las regiones donde se comercializa el plan que se informa. Formato y especificaciones: Debe informarse con 16 caracteres que corresponden a cada una de las regiones, donde el primero, de izquierda a derecha, representa a la "I Región" y el último a la "XVI Región del Ñuble". Cada uno de los caracteres indicará una "S" si el plan se comercializa en esa región o una "N" si el plan no se comercializa en esa región. (Ejem: Plan que se vende en V y VI se informa como: NNNNSSNNNNNNNNNN) Debe informarse siempre.</p>

Capítulo VI Información relativa a las cotizaciones previsionales para salud

Título I: Registros que deberá mantener la isapre respecto de la declaración y pago de las cotizaciones³⁰⁵

1. Archivo de cotizaciones pagadas dentro del plazo

Éste deberá contener la siguiente información mínima:

- RUT del encargado del pago de la cotización.
- N° de la Planilla de Declaración y Pago.
- Período de pago.

2. Archivo de cotizaciones pagadas fuera del plazo, hayan sido o no declaradas en el plazo

Éste deberá contener la siguiente información mínima:

- RUT del encargado del pago de la cotización.
- N° de la Planilla de Declaración y No Pago (cuando corresponda).
- N° de la Planilla de Declaración y Pago.
- Período de Pago
- Fecha de Pago.

3. Archivo de cotizaciones declaradas y no pagadas

Éste deberá contener la siguiente información mínima:

- RUT del encargado del pago de la cotización.
- N° de la Planilla de declaración y no pago.
- Período de Pago.
- Fecha de declaración y no pago.

4. Archivo de encargados del pago de la cotización en incumplimiento

Éste deberá contener la siguiente información mínima:

- RUT del encargado del pago de la cotización.
- Nombre o Razón Social del encargado del pago.
- Dirección del encargado.
- Número de cotizantes.

³⁰⁵ El Oficio Circular IF N° 3, de 15.01.2014, informó que la Superintendencia de Pensiones dictó la Resolución Exenta N° 23, de 07.01.2014, mediante la cual estableció, a contar del 1 de enero de 2014, un nuevo límite máximo imponible reajustado, de 72,3 Unidades de Fomento.

**Título II: Información referida a cotizaciones mal enteradas que corresponden a las isapres³⁰⁶
Eliminado³⁰⁷**

Título III. Excesos de cotización^{308 309 310} Eliminado

1. Eliminado³¹¹

2. Eliminado³¹²

³⁰⁶ Las instrucciones referidas a los procedimientos asociados al traspaso de las cotizaciones mal enteradas se encuentran en el Capítulo III del Compendio de Procedimientos.

³⁰⁷ Título II, eliminado por Circular IF/275, de 2016.

³⁰⁸ Reemplazado por la Circular IF/N° 129, de 7 de julio de 2010.

³⁰⁹ Los procedimientos relativos a la devolución de los excesos se encuentran en el Título VIII del Capítulo III del Compendio de Procedimientos.

³¹⁰ Posteriormente este Título fue eliminado por la Circular IFN°/239 de 2015

³¹¹ Número 1 eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014, posteriormente mediante la Circular IF N°/239 de 2005, se elimina título completo

³¹² Número 2 eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014, posteriormente mediante la Circular IF N°/239 de 2005, se elimina título completo

Anexo N° 1³¹³

Anexo N° 2³¹⁴

³¹³ Incorporado por la Circular IF/N° 129, de 7 de julio de 2010 y eliminado posteriormente por la Circular IFN°/239 de 2015, que elimina título completo

³¹⁴ Se elimina el Título III mediante la Circular IFN°/239 de 2005 y, con ello el Anexo N°2

Título IV. Excedentes de cotización ³¹⁵

1. Información sobre la comisión que podrán cobrar las isapres

Las isapres podrán cobrar semestralmente a cada cotizante, por la mantención de la cuenta corriente individual de excedentes, siempre y cuando el saldo de ella sea positivo, un porcentaje de los fondos acumulados en dicha cuenta, cuyo rango máximo será fijado por la Superintendencia, pudiendo establecer un mínimo, en unidades de fomento a ser cobrado por las isapres en cualquier circunstancia por la administración de dichas cuentas corrientes de excedentes.

Las instituciones deberán informar a la Superintendencia el porcentaje a que hace referencia el primer punto de este número, cada vez que se modifique su valor, dentro de los cinco primeros días de los meses de diciembre y junio, anteriores a aquél semestre en que se comience a cobrar.

2. Acreditación de cesantía en el evento de destinarse excedentes al pago de cotizaciones

En el evento que se produzca una situación de morosidad en el pago de las cotizaciones de salud y se determine por la isapre que ésta se ha producido por cesantía del afiliado y no por simple incumplimiento del empleador, la isapre podrá deducir de la cuenta de excedentes los montos necesarios para cubrir las cotizaciones durante el período de cesantía, siempre y cuando conste la autorización del afiliado para tal objeto en el contrato o en un acto posterior.

Con todo, la isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar ante la Superintendencia que ha verificado la situación de cesantía del afiliado, mediante un aviso dado por el empleador en la planilla de declaración y pago de cotizaciones o a través de una copia del finiquito del trabajador.

3. Información al afiliado sobre saldo disponible en cuenta de excedentes

A través de una comunicación, la que podrá ser remitida por correo electrónico, la isapre deberá poner en conocimiento del afiliado con, a lo menos, tres meses de anticipación al cumplimiento de la anualidad, una liquidación en que se indique el saldo disponible en la cuenta corriente abierta a su favor³¹⁶.

No obstante lo anterior, la isapre podrá abstenerse de enviar dicha información cuando el saldo disponible de la cuenta corriente del afiliado sea igual a cero (0).

*Eliminado*³¹⁷.

La misma liquidación a que se refiere el punto anterior, deberá ser puesta en conocimiento del afiliado cuando, por cualquier causa, se ponga fin a un contrato, en un plazo máximo de treinta días contado desde el término.

En este caso, deberá dejarse expresa constancia que este saldo tiene carácter provisorio, dado que a esa fecha no estará procesada toda la información sobre las cotizaciones percibidas en ese mes. Sólo a requerimiento del cotizante, la isapre estará obligada a informarle el saldo definitivo de su cuenta, en un plazo que no podrá exceder de treinta días contado desde dicha solicitud.

Con todo, en atención a que los excedentes, en virtud de lo señalado en el título II, se entienden registrados en la cuenta corriente individual del afiliado a partir del primer día del mes subsiguiente a aquél en que se perciben las cotizaciones, el monto reflejado en el saldo que se informe en la

³¹⁵ Modificado por la Circular IF/N° 127, de 1 de julio de 2010.

³¹⁶ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 178, de 25 de octubre de 2012.

³¹⁷ Párrafo derogado por la Circular IF/ N° 178, de 25 de octubre de 2012.

oportunidad referida en el punto precedente, no podrá tener un desfase superior a 3 meses respecto al cumplimiento de la correspondiente anualidad.

En todo caso, el cotizante podrá, en cualquier momento, solicitar a la isapre información sobre su cuenta corriente individual de excedentes.

4. Información sobre traspaso de los excedentes a otra isapre

En el evento que se ponga término al contrato de salud y el cotizante se incorpore a otra isapre, deberán traspasarse los fondos acumulados en su cuenta corriente individual de excedentes a la nueva institución de salud previsual.

Para este efecto, la nueva isapre deberá comunicar por escrito a la institución de antigua afiliación la circunstancia de haberse suscrito el contrato, requiriéndole la remisión de los fondos de excedentes que ésta mantuviere en su poder.

La comunicación indicada podrá remitirse hasta el último día hábil de cada mes, adjuntando una nómina en que se individualice y se indique el número de R.U.T. del o los cotizantes que hubiesen celebrado contrato el mes anterior.

Si los fondos acumulados en la cuenta ascienden a un monto inferior a 0.019 Unidades de Fomento, la isapre deudora podrá abstenerse de efectuar su traspaso, comunicando el motivo correspondiente a la isapre de nueva afiliación e indicando el monto acumulado en la cuenta. Lo señalado es sin perjuicio que dicha suma deberá ser traspasada en su totalidad cuando así lo solicite el afiliado, por cualquier medio escrito.

La isapre deudora dispondrá de quince días hábiles, contado desde la recepción de la comunicación, para responder a la isapre de nueva afiliación. Asimismo, contará con igual plazo para remitir los fondos solicitados expresamente por el afiliado.

5. Información a la Superintendencia sobre la revocación de la renuncia a los excedentes de cotización

La revocación de la renuncia a que se refieren las instrucciones relativas a la cuenta corriente de excedentes, contenidas en el Título "Excedentes de Cotización", del Capítulo III del Compendio de Procedimientos, debe informarse conforme las instrucciones relativas a la remisión del Archivo Maestro de Beneficiarios, contenidas en el Capítulo II de este Compendio de Información.

Título V: Obligación de las isapres de informar a la Dirección del Trabajo sobre empleadores morosos de cotizaciones de salud

1. Para lograr un mayor grado de cumplimiento de la legislación previsional por parte de los empleadores, especialmente las referidas al pago oportuno y completo de las cotizaciones previsionales de sus trabajadores, se incluirá en el "Boletín de Infractores a la Legislación Laboral y Previsional", que edita periódicamente la Dirección del Trabajo, a los empleadores que no hayan enterado las cotizaciones previsionales en las isapres en que estén afiliados sus trabajadores.

2. Las isapres deberán enviar al Departamento de Inspección de la Dirección del Trabajo, la información relativa a empleadores morosos que más adelante se señala.

3. Los antecedentes deberán remitirse bimestralmente, en los meses de enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año, el último día hábil de los meses mencionados o el día hábil siguiente si el último día hábil fuere sábado y deberá incluir toda la información acumulada al cierre de cada bimestre.

4. La información que se remitirá a la Dirección del Trabajo deberá considerar a los empleadores que se encuentren en alguna de las situaciones que a continuación se explican:

a) Empleadores con cotizaciones declaradas y no pagadas que cumplan con las siguientes condiciones:

- Haber declarado y no pagado cotizaciones por uno o más meses de remuneraciones devengadas hasta el mes de noviembre, enero, marzo, mayo, julio y septiembre en el caso de la información enviada en enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre, de cada año, respectivamente, y
- No haber efectuado el pago total de todos los períodos declarados al último día de diciembre, febrero, abril, junio, agosto y octubre, en el caso de la información enviada en enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año, respectivamente.

b) Empleadores con cotizaciones no declaradas ni pagadas que cumplan con las siguientes condiciones:

- Estar incluidos en un Acta de Fiscalización extendida por fiscalizadores de la Dirección del Trabajo, por deudas de cotizaciones correspondientes a remuneraciones devengadas hasta el mes de noviembre, enero, marzo, mayo, julio y septiembre, en el caso de la información enviada en enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre, de cada año, respectivamente, y
- No haber efectuado el pago total de todos los períodos no declarados al último día de diciembre, febrero, abril, junio, agosto y octubre en el caso de la información enviada en enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año, respectivamente.

Las isapres tienen la obligación de recibir las actas de fiscalización remitidas por la Dirección del Trabajo.³¹⁸

5. Con todo, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, tratándose de empleadores que tengan la calidad de personas naturales, la información referida deberá limitarse a las deudas que no excedan de cinco años contados desde que la respectiva obligación se hizo exigible.

³¹⁸ Párrafo agregado por Circular IF/275, de 2016.

6. La información de que se trata deberá enviarse de acuerdo a las especificaciones técnicas dadas en el Anexo de este Título.

7. Las Instituciones de Salud deberán adoptar todas las medidas necesarias tendientes a certificar la autenticidad de la información que proporcionen, la que, además, deberá estar respaldada en forma permanente, manteniendo a disposición de la Superintendencia, a lo menos, los últimos tres períodos informados.

8. Las isapres deberán otorgar un documento que certifique el pago, a todos aquellos empleadores que efectúen el pago total de la deuda que originó su inclusión en el “Boletín de Infractores a la Legislación Laboral y Previsional”, y que así lo soliciten.

Dicho documento, que no podrá presentar enmendaduras, deberá indicar, además de la identificación del empleador, la deuda nominal pagada, la cantidad de períodos pagados, la fecha en que se efectuó el pago y el número del Boletín en que apareció publicada la deuda.

Con el certificado emitido por la isapre, los empleadores podrán solicitar, directamente en la Dirección del Trabajo, la eliminación de la deuda informada en el citado Boletín.

9. La isapre que no detecte deudas por cotizaciones en un período determinado, deberá igualmente informar tal situación a la Dirección del Trabajo, por medio de una carta que así lo indique, bimestralmente, en los meses de enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre de cada año, el último día hábil de los meses mencionados o el día hábil siguiente si el último día hábil fuere sábado y deberá incluir toda la información acumulada al cierre de cada bimestre.

Anexo

ESTRUCTURA REGISTRO A DEUDAS PREVISIONALES
 (AFP/ISAPRES/INP(actual IPS)/SSS/EMPART/MUTUALES/C.C.A.F)
PARA LA GENERACIÓN DEL BOLETÍN LABORAL

Nº	Nombre del Campo	Formato	Largo	Columnas	Observaciones
01	Código de identificación de De AFP/ISAPRE/INP/SSS /EMPART/MUTUAL/ CAJA COMPENSACION	Numérico	004	001-004	0nnn= INP/EMPART/SSS 1nnn= AFP 2nnn= Isapres 3nnn= Mutuales 4nnn= Cajas de Compensación (CCAF)
02	Identificación del registro de control	Alfanumérico	009	005-013	Texto Obligatorio= "R.CONTROL"
03	Razón social de la Institución que informa	Alfanumérico	021	014-034	
04	Período al cual está referida la información	Numérico	006	035-040	Formato "MMAAAA"
05	Total de registros informados	Numérico	008	041-048	
06	Monto total de las deudas Informadas	Numérico	015	049-063	Expresado en pesos sin decimales
07	Filler	Alfanumérico	104	064-167	Siempre espacios

REGISTRO DE DETALLE A PARTIR DEL BOLETÍN Nº 84

Nº	Nombre del campo	Formato	Largo	Columnas	Observaciones
01	Código de identificación de la de la Institución que informa	Numérico	004	001-004	0nnn= INP/EMPART/SSS 1nnn= AFP 2nnn= Isapres 3nnn= Mutuales 4nnn= Cajas de Compensación (CCAF)
02	Rut del Infractor	Alfanumérico	010	005-014	RUT = 9 Dígitos DV =1 Dígito
03	Identificación del Infractor	Alfabético	060	015-074	Persona Natural = Ap. Paterno, AP. Materno, Nombres

					Persona Jurídica=Razón social
04	RUT del trabajador afectado	Alfanumérico	010	075-084	RUT = 9 Dígitos DV = 1Dígito
05	Identificación del trabajador afectado	Alfabético	060	085-144	Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres
06	Período de la deuda	Numérico	006	145-150	Formato AAAAMM
07	Monto de la Deuda Nominal	Numérico	015	151-165	Expresado en pesos sin decimales
08	Motivo de la Infracción	Numérico	002	066-167	01= Declaraciones no canceladas 02=Imposiciones no declaradas 03=Deudas acogidas a convenio Ley 19.720 04= Créd. No enterado CCAF 05= Deuda por pago con cheque protestado

Capítulo VII Información que los seguros deben proporcionar o mantener a disposición de los cotizantes, beneficiarios, empleadores, usuarios y público en general

Título I: Información que las isapres deben proporcionar y mantener a disposición de sus beneficiarios y del público en general

1. Información que las isapres deben mantener a disposición de sus beneficiarios y público en general

Las instrucciones de este Título están referidas a la actualización y los medios en los que deben constar los antecedentes que las isapres están obligadas a mantener a disposición de sus beneficiarios y del público en general, en cumplimiento de la obligación contenida en el artículo 216 del DFL N° 1.

2. Medios de información

Las isapres podrán utilizar los medios electrónicos o impresos que estimen pertinentes para difundir los antecedentes exigidos por la ley en el artículo 216 del DFL N° 1 y su actualización deberá realizarse con la periodicidad que se instruye.

Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá instruir que alguna de las materias señaladas en el referido artículo 216 u otras que estime pertinentes, se publiquen en un medio distinto de los utilizados por la isapre.

Las isapres deberán mantener informada a la Superintendencia sobre los medios a través de los cuales proporcionará información al público y beneficiarios, comunicando la incorporación, reemplazo y eliminación de los mismos, dentro de los cinco días hábiles siguientes de ocurrida alguna de las circunstancias señaladas.

3. Actualización de la información

Los antecedentes señalados en el artículo 216 del DFL N° 1 se actualizarán con la periodicidad que se indica:

3.1. Nombre o razón social e individualización de sus representantes legales.

Deberá actualizarse en el plazo de cinco días hábiles, contado desde la ocurrencia del hecho que determine la modificación de estos antecedentes.

3.2 Domicilio, agencias y sucursales

Deberá actualizarse en un plazo no superior a cinco días hábiles siguientes de ocurrida alguna modificación.

3.3 Fecha de su registro en la Superintendencia

No requiere actualización.

3.4 Duración de la sociedad

Deberá actualizarse en el plazo de cinco días hábiles contado desde la ocurrencia del acto jurídico que determine la modificación de este antecedente.

3.5 Balance General del último ejercicio y los estados de situación que determine la Superintendencia

La información relativa al Balance General al 31 de diciembre de cada año y al Estado de Resultados referido al mismo período deberá actualizarse en el plazo de sesenta días corridos siguiente a la respectiva fecha de cierre del Balance.

3.6 Estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía

Se debe informar el estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía que tengan correspondencia con los estados financieros (balance general y estado de resultados) que se indican en el punto precedente y deberán actualizarse en el mismo plazo señalado en él.

3.7. Relación de las multas aplicadas por la Superintendencia en el último período trienal, con indicación del monto y el motivo.

Deberá actualizarse la información el día 15 del mes siguiente de haber quedado a firme la resolución exenta que aplicó la sanción. Si el vencimiento del plazo recayere en un día sábado, domingo o festivo, la fecha de publicación será el primer día hábil siguiente.

La isapre deberá considerar como “último período trienal”, aquel que comprende los 36 meses precedentes (3 períodos anuales), a la fecha de la actualización de la información a que hace referencia el párrafo anterior.

La isapre deberá incluir la siguiente nota en la publicación de las multas:

Nota: Las multas registradas corresponden al último período trienal, el que comprende los 36 meses precedentes (3 períodos anuales), a la fecha de haber quedado a firme la última multa que ha aplicado la Superintendencia de Salud”.³¹⁹

3.8. Listado de planes de salud en actual comercialización, con indicación de sus precios base, tabla de factores, prestaciones y beneficios

Deberá actualizarse el último día hábil del mes en que se verifique una modificación, ya sea por la incorporación de nuevos planes o por la eliminación de alguno de los existentes.

En el caso de los beneficiarios, las isapres siempre deberán estar en condiciones de entregar dicha información respecto de sus planes.

3.9. Nómina de agentes de ventas de la isapre, por ciudades

Deberá actualizarse el día quince del mes siguiente de ocurrida alguna modificación a la cartera de agentes de ventas. Si el vencimiento del plazo recayera en un día sábado, domingo o festivo, la fecha de publicación será el primer día hábil siguiente.

³¹⁹ Este párrafo junto con los dos anteriores fueron incorporados por Circular IF/N°328, de fecha 09 de julio de 2019

Título II: Información que las isapres deben proporcionar a los afiliados y empleadores sobre las modalidades y lugares de pago de los compromisos emanados de los contratos de salud

1. Generalidades

Dentro de los límites pactados en los respectivos contratos, la isapre puede determinar las modalidades y lugares de pago a través de los cuales dará cumplimiento a las obligaciones contraídas con sus afiliados y empleadores.

Las referidas modalidades y lugares de pago deberán ser de carácter uniforme, según se trate de sus afiliados y beneficiarios, por un lado, y de los empleadores, por otro.

2. Información que deberá mantener a disposición de afiliados y público en general, respecto a las obligaciones emanadas de los contratos de salud

La isapre deberá mantener a disposición de sus beneficiarios y público en general la información actualizada que se detalla:

2.1. Los requisitos y antecedentes establecidos en el contrato para acceder a los beneficios y que deberá presentar la persona que realice el trámite, sea que se trate del afiliado, un beneficiario o un tercero.

2.2. Las modalidades y lugares de pago vigentes para afiliados respecto de beneficios tales como reembolsos, licencias médicas o bonos.

2.3. Las modalidades y lugares de pago vigentes para empleadores, respecto de reembolsos de subsidios de trabajadores del sector público y privado en convenio, entre otros.

3. Modificaciones

Cualquier modificación a las modalidades y lugares de pago debe ser puesta en conocimiento de los afiliados, beneficiarios y empleadores en forma previa a su implementación con, a lo menos, un mes de anticipación. En todo caso, las citadas modificaciones no pueden afectar los plazos de pago establecidos legalmente ni aquellos pactados en el contrato.

Sin perjuicio de las modificaciones implementadas la isapre deberá contemplar métodos alternativos para el caso de aquellos beneficiarios o empleadores que lo requieran o para el evento que resulte ineficaz la aplicación de la modificación implementada.³²⁰

4. Medios de información

La isapre podrá utilizar los medios electrónicos e impresos que estime pertinente para dar cumplimiento a lo instruido en los números precedentes, debiendo mantener permanentemente actualizada a la Superintendencia de Salud, respecto de la incorporación, reemplazo o eliminación de los citados medios de información.

³²⁰ Párrafo modificado por Circular IF/275, de 2016.

Título III: Información relativa a la Selección de Prestaciones Valorizadas

1. Las isapres deberán entregar a quienes lo soliciten -tanto en sus sucursales como a través de sus agentes de venta- la selección de prestaciones valorizadas correspondiente a los planes de salud en comercialización que, de acuerdo a la información proporcionada por los solicitantes, mejor se ajusten a los requerimientos y condiciones de éstos.

Con todo, las isapres no estarán obligadas a entregar más de tres cartillas por cada solicitud.

2. Del mismo modo, las instituciones deberán estar en condiciones de proporcionar, a requerimiento de sus afiliados y, a más tardar, dentro del tercero día hábil siguiente a la fecha de la solicitud, la selección de prestaciones valorizadas correspondiente a los planes a que se encuentren adscritos, aún cuando éstos no estén en actual comercialización.

3. Asimismo, tanto en las suscripciones de contratos como en los cambios de plan, las isapres deberán entregar a los afiliados la selección de prestaciones valorizadas correspondiente al plan suscrito.

Título IV: Información relativa a la presentación de reclamos ante las isapre y el Fonasa

Las entidades reclamadas deberán mantener permanentemente informados a sus usuarios, a través del aviso con la información a que se refiere el Anexo de este Título, respecto de las modalidades de interposición de reclamos y de los medios habilitados para dichos efectos, tales como números especiales de teléfono, fax y/o direcciones de correo electrónico.

Con el propósito de informar adecuadamente a los reclamantes sobre la presentación de sus reclamos ante las isapres y el Fonasa, estas entidades deberán mantener en un lugar visible de todas sus agencias, oficinas o sucursales de atención de público, un aviso con la información que se indica en el Anexo de este Título.

Anexo

1. Aviso de información a los reclamantes

El aviso que deberá mantenerse en un lugar visible en todas las agencias, oficinas o sucursales de atención de público, tendrá las siguientes características:

- Tamaño: ½ Mercurio (77 cm. x 55 cm.)
- Utilizar tipos de letras claras y nítidas, que permitan su lectura a cierta distancia.
- Del Contenido:
 1. Como título: **“INSTRUCCIONES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD”**
 2. Como subtítulo y con letras destacadas:
La Institución (Fonasa o Nombre de Isapre, según corresponda) resolverá todos sus reclamos en un plazo de 15 días hábiles.
 3. Luego, redactar en forma clara y precisa:
 - a) la forma y medios de presentación del reclamo (cómo, dónde)
 - b) el medio de respuesta (de la institución)
 - c) el plazo de respuesta
 4. Destacar que **sólo en 2º instancia** el beneficiario podrá recurrir a la Superintendencia de Salud, esto es, en caso de disconformidad con el contenido de la respuesta o por incumplimiento en el plazo.
 5. Por último, deberán señalarse las **direcciones de la Superintendencia de Salud:**
(que se indican en cuadro a continuación)

2. Dirección de oficinas de la Superintendencia de Salud

A la fecha de emisión de este Compendio las Agencias y su dirección es la que se indica:

Ciudad	Nombre	Dirección
Arica	Agencia Regional de Arica y Parinacota	18 de septiembre N° 147, Arica
Iquique	Agencia Regional de Tarapacá	Serrano N° 145, Of. 202 (Edificio Econorte), Iquique
Antofagasta	Agencia Regional de Antofagasta	Coquimbo N° 888, Of. 402, Antofagasta
Copiapó	Agencia Regional de Atacama	Atacama N° 581, Of. 203, Copiapó
La Serena	Agencia Regional de Coquimbo	Cordovez N° 588, Of. 310, La Serena
Viña del Mar	Agencia Regional de Valparaíso	1 Norte N° 525, Oficinas 402 y 403, Viña del Mar
Rancagua	Agencia Regional del Libertador Bernardo O'Higgins	Coronel Santiago Bueras N° 363, Rancagua
Talca	Agencia Regional del Maule	Uno Norte N° 963, Of. 201, Talca
Concepción	Agencia Zonal del Bío Bío	Av. Arturo Prat N° 321, Of. 4, Concepción
Temuco	Agencia Regional de la Araucanía	Antonio Varas N° 979, Of. 403, Temuco
Valdivia	Agencia Regional de Los Ríos	Caupolicán N° 364, Oficinas 1 y 2, Galería Benjamín, Valdivia
Puerto Montt	Agencia Regional de Los Lagos	Concepción N° 120, Oficinas 705 y 706, Puerto Montt
Coyhaique	Agencia Regional de Aysén	Bilbao N° 323, Of. 213, Edificio Don Antonio, Coyhaique
Punta Arenas	Agencia Regional de Magallanes y la Antártica Chilena	Roca N° 817, Of. 69, Edificio El Libertador, Punta Arenas
Santiago, Región Metropolitana	Oficina central de la Superintendencia de Salud	Alameda N° 1449, Edificio Santiago Downtown 2, Santiago

Título V: Buscador de Planes

1.- El Buscador de Planes: una propuesta de la Asociación de Isapres de Chile A.G

Con fecha 18 de junio de 2010, la Asociación de Isapres de Chile A.G., presentó a la Superintendencia de Salud un Buscador de Planes, que tiene como finalidad incorporar en cada sitio Web de las isapres, que así lo decidan, una herramienta para que los cotizantes, en base a parámetros de búsqueda uniformes, puedan obtener la información necesaria para realizar una comparación entre planes de salud de una isapre.

Habida consideración que el Buscador de Planes permitirá entregar en forma directa y expedita a los usuarios de isapres información respecto de los planes de salud ofrecidos por las Isapres, y concordante con la política de la Superintendencia de promover en el sistema el uso de herramientas que estimulen la competencia al interior del sector, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en ejercicio de sus facultades legales, declara que el presente Buscador de Planes se ajusta a lo previsto en el artículo 216 N°8 del DFL N°1, de 2005, de Salud, en el sentido que pone a disposición del público en general un medio electrónico con información relativa a los planes de salud, sus precios, prestaciones y beneficios.

No obstante lo anterior, cabe hacer presente que la alusión a “beneficios adicionales” que hace el Buscador de Planes, es sin perjuicio de la regulación que la Superintendencia pueda dictar sobre la materia, lo que podría alterar la naturaleza de tales beneficios en los términos concebidos en el citado buscador.

2.- Generalidades

2.1.- El Buscador de Planes es un Modelo que provee un proceso estandarizado de búsqueda de planes de salud y entrega de resultados a los usuarios.

2.2.- El Buscador de Planes será el modelo común de información de planes de todas aquellas Instituciones de Salud Previsional que adhieran a su contenido, presentación y uso, en los términos señalados en este Título.

2.3.- El Buscador de Planes a que se refiere y aplican las presentes instrucciones se encuentra reproducido en el anexo que forma parte integrante de este Título.

3.- Adhesión al Buscador de Planes

Se entenderá por adhesión al Buscador de Planes, la adopción plena por parte de la Institución de Salud Previsional, del contenido, configuración, presentación y utilización del mismo, en la página web de la isapre, desde la fecha de adhesión informada.

Las Instituciones de Salud Previsional podrán adherir o revocar su adhesión al Buscador de Planes, debiendo informar por escrito de ello a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

El plazo mínimo de adhesión al Buscador de Planes deberá ser de un año, renovable por igual período y su determinación tanto de continuar con él o la decisión de la isapre de no persistir en éste, deberá comunicarse a través de la página web y a la Superintendencia con a lo menos un mes de anticipación al vencimiento del respectivo plazo.

4.- Resguardo de los derechos de los Usuarios

La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud hace presente que ha resuelto reconocer el presente Buscador de Planes y dictar estas instrucciones teniendo en especial consideración los siguientes resguardos a los derechos de los usuarios:

4.1.- Las Isapres que adhieran al modelo considerarán en él todos los planes de salud complementarios individuales en comercialización.

4.2.- La información de planes de salud entregada al usuario tiene una vigencia hasta el último día del mes en que se realiza la consulta, la que es conocida por éste y común a todas las isapres.

4.3.- El modelo contiene las advertencias necesarias frente a la petición de datos y entrega de resultados, tales como:

- La obligación del usuario de informar todas las cargas familiares.
- La oferta de planes entregada no garantiza que la isapre lo acepte como afiliado.
- El Buscador de Planes entrega resultados de acuerdo a la información proporcionada por el usuario.
- La oferta de planes entregada a un afiliado vigente en la isapre, no garantiza que dicha Institución acceda a un cambio de plan de salud.

4.4.- En cuanto a la confidencialidad de los datos, el Buscador de Planes no requerirá del usuario que consulta planes algún tipo de identificación o dato personal, a menos que él desee guardar su consulta de planes, ocasión en la que el sistema le exigirá que registre su Rut, conjuntamente con su e-mail.

El Buscador de Planes contempla como requisito que los datos almacenados no pueden ser rescatados por una persona distinta a la que realizó la consulta, siendo manejados de forma reservada.

Anexo: Buscador de Planes

Tabla de Contenido

1	INTRODUCCIÓN
1.1	VISIÓN GENERAL DEL DOCUMENTO
2	DESCRIPCIÓN DEL BUSCADOR DE PLANES
2.1	OBJETIVOS
2.2	SUPUESTOS Y RESTRICCIONES
2.2.1	Modelo Común
2.2.2	Información de Planes de Salud
2.2.3	Registro e Identificación del Usuario
2.2.4	Afiliados
2.2.5	Advertencias e Información al Usuario
2.3	VISIÓN GENERAL DE LA SOLUCIÓN
2.4	TIPOS DE USUARIOS
2.5	REQUISITOS GENERALES
3	ESPECIFICACIÓN DEL MODELO
3.1	COMPONENTES DEL MODELO
3.2	PARÁMETROS DE CONSULTA
3.2.1	Descripción de los Parámetros de Consulta
3.2.2	Definición de los Parámetros de Consulta
3.3	CARACTERÍSTICAS DE LOS PLANES
3.3.1	Descripción de las Características de los Planes
3.4	CRITERIOS DE BÚSQUEDA
3.4.1	Definición de los Criterios de Búsqueda
3.4.2	Definición de las Funciones de los Actores
3.4.3	Especificación de Casos de Uso
3.5	MODELO CONCEPTUAL DEL DOMINIO DE LA SOLUCIÓN
3.5.1	Diagrama de clases del negocio
3.5.2	Especificación
3.5.2.1	Clase Plan
3.5.2.2	Clase Selección de Prestaciones Valorizadas
3.5.2.3	Clase Arancel
3.5.2.4	Clase Beneficio
3.5.2.5	Clase Ges

3.5.2.6 Clase Caec

3.5.2.7 Clase Prestación

3.5.2.8 Clase TablaFactores

3.5.2.9 Clase Prestador

3.5.2.10 Clase Moneda

3.5.2.11 Clase ParametroConsulta

3.5.2.12 Clase BeneficiarioConsulta

3.5.2.13 Clase Resultado

3.5.2.14 Clase BeneficioContratado

3-5-2-15 Clase Criterio Búsqueda

3.5.2.16 Clase FormularioContacto

3.5.2.17 Clase SesionUsuario

4 DEFINICIÓN DE INTERFACES DEL MODELO

4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

4.2 INTERFACES GRAFICAS DE USUARIO

4.2.1 Formato general de página

4.2.2 Consulta de Planes

4.2.2.1 Ingreso a la consulta de planes

4.2.2.2 Mensaje de Advertencia cuando no se encuentra sesión

4.2.2.3 Ingreso de parámetros de consulta – Lugar de residencia

4.2.2.4 Ingreso de parámetros de consulta – Tipo de plan

4.2.2.5 Ingreso Beneficiarios del plan Individual y Compensado

4.2.2.6 Ingreso Precio del plan Individual y con aportes

4.2.2.7 Ingreso Precio del plan Individual Compensado y con aportes

4.2.2.8 Ingreso de Coberturas de interés

4.2.2.9 Listado Completo de Clínicas y Centros Médicos

4.2.2.10 Salida de la consulta de planes

4.2.3 Resultado de la Búsqueda

4.2.3.1 Resultado y Planes Alternativos

4.2.3.2 Beneficios Especiales del Plan

4.2.3.3 Descripción de Beneficios Especiales

4.2.3.4 Layout Impresión de Resultados

4.2.3.5 Mensaje de Advertencia cuando No Selección de planes

4.2.3.6 Layout Impresión de Beneficios Adicionales

4.2.3.7 Selección Final de planes – Más de 1 plan seleccionado

4.2.3.8 Selección Final de planes – Selecciona un plan

4.2.3.9 Ayuda CAEC

4.2.3.10 GES

4.2.3.11 Red de Atención GES

4.2.3.12 Contacto

5 ANEXOS

5.1 DEFINICIONES

5.1.1.1 Afiliado

5.1.1.2 Empleador

5.1.1.3 Prestadores de salud

5.1.1.4 Afiliación

5.1.1.5 Contrato de salud

5.1.1.6 Plan de salud complementario

5.2 DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIACIONES

5.2.1 Siglas

5.2.2 Abreviaciones

5.3 CIUDADES DE CHILE

1. Introducción

Este documento es una Especificación de Requerimientos de software denominado **BUSCADOR DE PLANES**

Para el desarrollo del documento de Especificaciones se ha utilizado el estándar ESA³²¹ PSS³²² -05-0, propuesto para la ingeniería de software. El modelado de la solución se ha realizado con UML, *Lenguaje Unificado de Modelado*, que es un lenguaje gráfico para especificar, construir y documentar los artefactos que modelan un sistema.

La Especificación del Modelo, ha sido enfocada desde una perspectiva general a un nivel más detallado guiado por los casos de uso. Se modela el dominio de la solución y la funcionalidad del sistema y se grafican las interfaces de interacción con los usuarios correspondientes.

1.1 Visión General del Documento

Este documento se ha estructurado en las siguientes secciones:

- *Sección Descripción del Modelo:* Describe los objetivos planteados al Modelo, el marco de trabajo, entrega una visión general del sistema, describe los distintos usuarios identificados, ya sea que interactúen directamente con el sistema o se vean afectados indirectamente por él y plantea los requerimientos generales que debe abordar el Modelo.
- *Sección Especificación del Modelo:* Describe y define los componentes conceptuales de la solución de software y describe los procesos de negocio. Especifica el modelo funcional mediante diagramas de casos de uso y sus especificaciones. Describe el modelo conceptual del dominio de la solución, utilizando diagramas de clases para modelar el negocio y la solución, además da especificación completa de las clases del modelo.
- *Sección Definición de Interfaces del Modelo:* Describe y define las diferentes interfaces gráficas de usuario correspondiente a la solución desarrollada.
- *Sección Anexos:* A través de distintos apartados, describe y define los temas relevantes de análisis del negocio donde se inserta el Buscador de Planes, información adicional de la definición de las Ciudades del Chile, siglas y abreviaciones relativo al negocio Isapre que ayudan en la comprensión del mismo.

2. Descripción del BUSCADOR DE PLANES

2.1 Objetivos

El Objetivo General del desarrollo e implantación del Buscador de Planes es **entregar a los usuarios de Isapres mejor información y transparencia respecto a sus planes de salud.**

Asimismo, el Modelo se plantea los siguientes objetivos específicos:

- Facilitar la tarea del Usuario de Isapres, en la búsqueda de planes de salud que mejor se adecuen a sus necesidades.
- Promover el acceso a la información de planes de salud disponible en las Instituciones de Salud Previsional.

³²¹ European Space Agency.

³²² Procedures Standards and Specifications.

- Proporcionar, a las Isapres, un canal de pre-venta de planes de salud.

2.2 Supuestos y Restricciones

El desarrollo de la solución propuesta se basa en los supuestos que a continuación se detallan:

2.2.1 Modelo Común

El Buscador de Planes es común para las todas las Isapres en cuanto a **Qué debe hacer** y el **Resultado que debe entregar**. La forma como se implementa el Modelo lo resolverá cada Isapre.

Es importante tener en cuenta en el desarrollo del Modelo, que se debe aprovechar la información que hoy poseen las Isapres, no generando cambios en la forma en que es manejada dicha información. Las Isapres tienen definidos sus planes de salud, las características de estos planes y la forma de administrarlos y comercializarlos. El Buscador de Planes debe trabajar sobre ese conjunto de planes de salud, y la información y documentos asociados a dichos planes de salud. Un documento importante a considerar asociado a un plan de salud complementario es la **Selección de Prestaciones Valorizadas**. Otros aspectos importantes asociados a un plan de salud complementario son: la tabla de factores, el arancel de prestaciones, la modalidad de un plan, la tipificación de planes, entre otras.

2.2.2 Información de Planes de Salud

Si bien el objetivo final del Buscador de Planes, es proveer al usuario o potencial afiliado de una herramienta que le permita acceder a información real de los planes de salud que ofrecen las Isapre, no es función del Modelo comparar. El Modelo se encarga de facilitar dicha información mediante la estandarización de la búsqueda de planes y la entrega de resultados, proporcionando al usuario, características comparables de un plan de salud complementario y un objeto de información, la Selección de Prestaciones Valorizadas.

2.2.3 Registro e Identificación del Usuario

No necesariamente se pedirá algún tipo de identificación o dato personal al usuario que consulta planes. Esta medida es con la finalidad de no intimidar o incomodar al usuario mientras realiza la consulta de planes. Además de no agregar mayor dificultad al servicio. No obstante lo anterior, cuando el individuo que busca información desea guardar su consulta, se le pedirá que ingrese su e-mail y su número de RUT. Por otra parte, si la persona está afiliado a la Isapre en la cual está realizando dicha búsqueda, se deberá identificar con su clave respectiva con el fin de obtener la información de su plan de salud complementario vigente y la selección de prestaciones valorizada correspondiente.

2.2.4 Afiliados

Este punto está directamente relacionado con el punto anterior. No se entregará información particular de los afiliados, datos personales y de su grupo familiar, plan de salud complementario vigente, datos de su declaración de salud, ofertas de planes, etcétera, salvo que el individuo se hubiera identificado con su clave.

2.2.5 Advertencias e Información al Usuario

Debe indicarse, en todo momento, la vigencia y duración de la información de planes de salud complementarios mostrada al usuario. Así mismo, entregar las advertencias necesarias, frente a cada petición de datos o entrega de resultados. Otro aspecto importante, dado lo técnico de este negocio, es proveer de información clara en todos los puntos que el usuario interactúa con el sistema.

Debido a que finalmente, lo que se entrega como uno de los resultados de la consulta de planes de salud es **información de planes complementarios**, cobran especial importancia las siguientes situaciones:

- *Ingreso de los beneficiarios del plan de salud complementario*, el cotizante y sus cargas. En este caso la advertencia debe ir orientada a que el usuario ingrese todas sus cargas familiares, no omita ninguna, porque la valorización del plan de salud complementario que se entrega no se ajustará a sus necesidades reales como grupo familiar.
- *Indicar la duración de la valorización de los planes de salud entregados*. En este caso la advertencia está orientada a reforzar que una valorización de un plan de salud complementario es el resultado de una oferta comercial de la Isapre en determinado momento y de acuerdo a factores relevantes asociados al cotizante y su grupo familiar, como son: precio, condiciones de salud y conformación del grupo familiar del cotizante.
- *Indicar que la oferta de planes entregada por el sistema no garantiza que la Isapre lo acepte como afiliado, ya que eso dependerá de la declaración de salud y otros datos específicos*.
- *Indicar que la oferta de planes entregada por el sistema no garantiza que la Isapre acepte el cambio de plan en caso de ser ya carga o cotizante de la Isapre*.
- *Indicar que la oferta de planes entregada por el sistema es válida hasta el último día del mes en que se realizó la consulta de planes*.

2.3 Visión General de la Solución

El Buscador de Planes es una solución, que dado un conjunto de parámetros del perfil del cotizante y su grupo familiar y las expectativas del potencial afiliado, aplica criterios de búsqueda para recuperar los planes de salud que mejor lo satisfagan.

El resultado del Modelo es una **Lista de Planes de salud complementarios y sus respectivas Selecciones de Prestaciones Valorizadas, la red GES y GES-CAEC, y los beneficios adicionales**, que se ajustan a las necesidades del usuario.

El Buscador de Planes provee un servicio de consulta de planes de salud complementarios y beneficios que ofrecen las Isapres. Entrega información a los usuarios para facilitar el análisis y comparación de los planes de salud complementarios, mediante la estandarización del proceso de búsqueda de los planes de salud y de la información que se entrega como resultados de dicha búsqueda. Permite a los usuarios aprender del Modelo, dado que se enfrentará a la misma forma de ingresar los datos y el mismo despliegue de resultados, ayudándole en la selección de planes de salud complementarios que se ajusten a sus necesidades de salud y las de su grupo familiar.

Es una solución orientada de ser implementada vía Web, lo que brinda al usuario disponibilidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana y desde cualquier parte con acceso a Internet, para seleccionar el plan de salud complementario que más le conviene.

2.4 Tipos de Usuarios

El Buscador de Planes se hace cargo de las necesidades de un Usuario Medio que se define como:

- Aquel que busca planes de salud complementarios con una noción de los factores importantes, es decir, puede no saber a priori cuáles factores importan, pero puede decidir respecto de ellos si se le presentan.
- Tiene acceso a Internet y sabe cómo utilizarla, es decir, sabe como navegar y entiende los conceptos pero requiere de la ayuda correcta para explorarla y encontrar lo que necesita.

No requiere identificarse como afiliado a una Isapre. No obstante lo anterior, cuando el individuo que busca información desea guardar su consulta, se le pedirá que ingrese su e-mail y su número de RUT. Por otra parte, cuando el individuo que busca información está afiliado a la Isapre en la cual está realizando dicha búsqueda, se deberá identificar con su clave respectiva con el fin de obtener la información de su plan de salud complementario vigente y la selección de prestaciones valorizada correspondiente.

2.5 Requisitos Generales

En este apartado se presentan los requisitos generales al Modelo.

Id	Área	Requerimiento
Req01	Funcional	Estandariza la búsqueda de planes en las Isapres.
Req02	Funcional	Entrega una herramienta para comparar beneficios entre Isapres y dentro de las Isapres.
Req03	Funcional	El modelo no exige trabajo adicional a las Isapres, es decir, utiliza información que hoy tiene cada Isapre.
Req04	Funcional	El objeto principal de información será la Selección de prestaciones valorizadas y el plan de salud complementario.
Req05	Funcional	La información o búsqueda se centrará primero en los planes de salud complementarios y luego en los beneficios adicionales.
Req06	Funcional	Pedir parámetros de búsqueda inteligentemente, es decir, no forzar a ingresar todos los parámetros de un formulario o pedir datos dependiendo de lo que va ingresando el usuario.
Req07	Funcional	El modelo debe orientarse a la pre-venta, que es el objetivo de las isapres.
Req08	Funcional	El modelo captura datos de los usuarios que consultan para entregar a las isapres información relevante o de valor.
Req09	Funcional	El diseño del modelo considera tanto aspectos tecnológicos como de negocios.
Req10	Funcional	El modelo guarda la última consulta del usuario y se debe preguntar al salir de la consulta de planes.
Req11	Funcional	El modelo considera las compensaciones de cotizaciones de planes como parte de los parámetros de consulta.
Req12	Funcional	El modelo incluye a la selección de prestaciones valorizadas de un plan.
Req13	Seguridad	Seguir estándares de seguridad.
Req14	Seguridad	Que los datos almacenados no puedan ser rescatados, por ejemplo, siendo manejados de forma reservada.
Req15	Seguridad	Garantizar a las isapres que el que interactúa con el sistema es una persona y no un programa.
Req16	Seguridad	Registrar las extracciones de información o cartera de planes.
Req17	Usabilidad	El modelo contempla usuarios capaces de:

Id	Área	Requerimiento
		Interactuar con la tecnología: sabe ocupar un computador y ha navegado en Internet. Tiene algún conocimiento de los beneficios que busca.
Req18	Usabilidad	El modelo guía al usuario en todo momento y entrega información adicional, entrega ayudas asociadas a conceptos del negocio. Ej.: describe las modalidades de planes cuando exige seleccionar alguno.
Req19	Operativa	La solución entrega el modelo operacional asociado a ella: El modelo será implementado por cada isapre Las isapres deben agregar el modelo a sus sitios o páginas web.

3. Especificación del Modelo

El Buscador de planes ofrece un servicio de consulta de planes de salud de una Isapre y entrega al usuario planes de salud complementarios, las respectivas selecciones de prestaciones valorizadas asociadas. Este Modelo establece una forma unificada de consultar y buscar los planes de salud y de entregar los resultados de dicha búsqueda, esto es, el despliegue de la lista de planes de salud que se ajustan a las necesidades del Usuario. Ésta forma unificada de consultar y recibir información, que plantea el Modelo, permitirá al usuario hacer un análisis e información real de las ofertas de planes de salud complementarios del mercado que más le satisfagan.

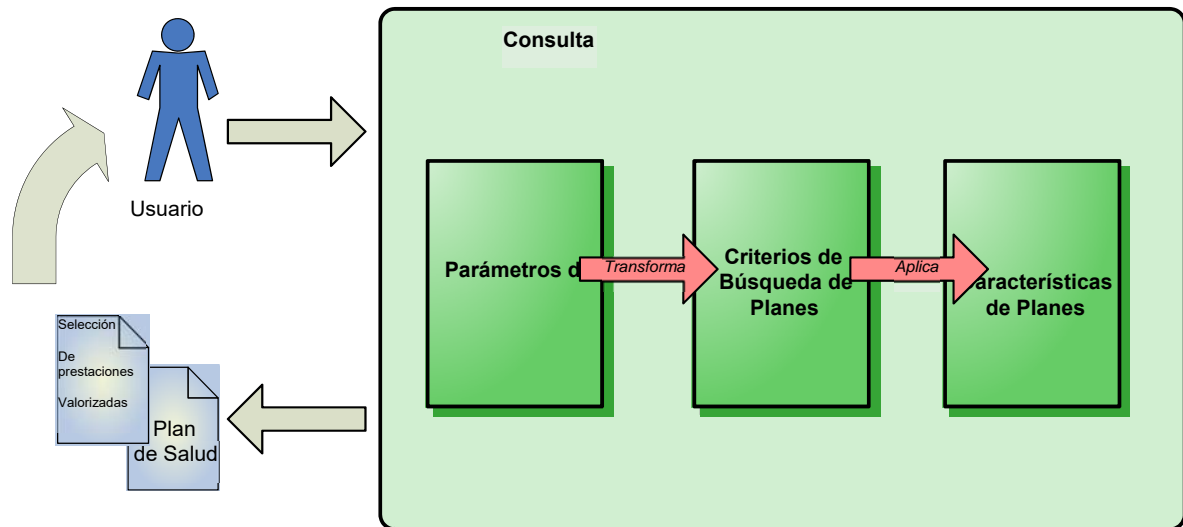


Figura 1: Modelo Gráfico del Buscador de Planes.

3.1 Componentes del Modelo

El Buscador de Planes está basado en tres componentes conceptuales principales:

- **Parámetros de Consulta:** Son los datos que ingresa el usuario para consultar planes de salud.
- **Criterios de Búsqueda:** Son generados en función de la evaluación de los parámetros de consulta.
- **Características de los Planes:** Son el conjunto de cualidades que describen los distintos planes de salud complementarios y permiten seleccionar aquellos que cumplen con los criterios de búsqueda.

Una componente es consecuencia de la otra, es decir, los Criterios de Búsqueda son definidos a partir de las Características de los Planes y los Criterios de Búsqueda definen el set de Parámetros de Consulta que deben ser ingresados. La componente más importante es “**Características de los Planes**” porque describe el manejo de los planes de salud que posee una Isapre desde distintas perspectivas lo que permite generar un *Modelo Unificado* aún cuando las diferentes Isapres poseen diferentes formas de manejar sus planes de salud complementarios.

3.2 Parámetros de Consulta

Los *Parámetros de Consulta* son los datos que ingresa el usuario y evaluará el Modelo para aplicar los criterios de búsqueda de planes. Estos parámetros son definidos de acuerdo a dos aspectos: los intereses de búsqueda mayormente utilizadas al momento de cotizar planes de salud y de acuerdo a los criterios de búsqueda que se deben aplicar.

Al analizar cómo buscan planes de salud las personas, se identificaron tres caminos importantes de búsqueda, los que mencionamos por orden de mayor uso, a saber: *rango de precio*, *prestador de interés*, *Cobertura de Maternidad* y *Cobertura Internacional*.

- **Rango de precio:** es el valor asignado por un potencial cotizante para pagar por un plan de salud complementario.
- **Prestador de preferencia**³²³: es la institución de salud, clínica o centro médico, donde se atiende o le gustaría atenderse al potencial cotizante.
- **Cobertura de Maternidad:** apunta a la búsqueda de planes con buena cobertura maternal.
- **Cobertura internacional (Optativo para cada Isapre):** apunta a la búsqueda de planes con cobertura nacional y fuera del país.

Otro factor de análisis para obtener los parámetros de consulta, son los Criterios de Búsqueda que define el Buscador de Planes, estos criterios definen cual es el set de datos necesarios para ser construidos y recuperar los planes de salud.

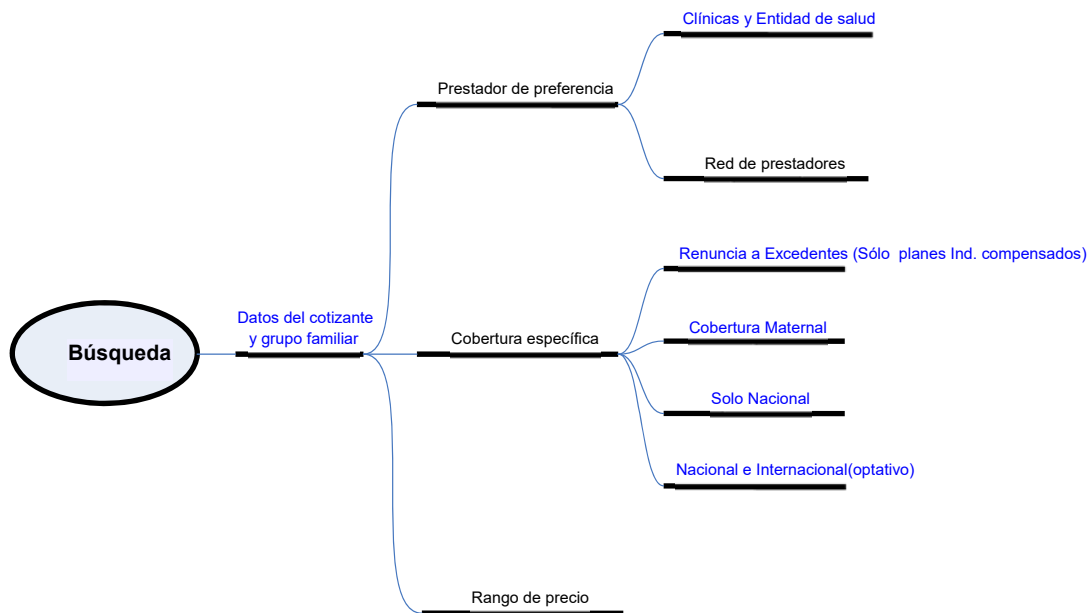


Figura 2: Mapa de la Búsqueda de Planes.

³²³ El prestador de preferencia no se refiere al eventual “prestador preferente” que pueda estar individualizado expresamente en el plan de salud, sino que se refiere a aquel que el posible cotizante individualiza como preferido.

3.2.1 Descripción de los Parámetros de Consulta

Los Parámetros de Consulta establecido por el Buscador de Planes se describen a continuación, y se debe informar al individuo cuando comienza a utilizar el Modelo, que requerirá contar con los datos propios y de su grupo familiar:

- **Datos del cotizante y su grupo familiar.** Estos describen al grupo familiar beneficiario del plan de salud complementario consultado, esto es, cotizante y cargas. Permitirá obtener el factor de riesgo de cada integrante para el cálculo del precio del plan, además del lugar de residencia del cotizante y tipo de plan al que quiere optar.
- **Rango de precio.** es el valor asignado por un potencial cotizante para pagar por un plan de salud complementario.
- **Prestador de preferencia**³²⁴. Es la institución de salud donde quiere atenderse el Usuario, éstas son clínicas o centros médicos
- **Cobertura específica.** Estas son el tipo de cobertura maternal, cobertura nacional y cobertura internacional.

El Buscador de Planes establece como escenario mínimo de consulta el ingreso de los Datos del cotizante y su grupo familiar, el Rango de precio a pagar y el Prestador de preferencia. El escenario de consulta más específico es la combinación de todos los Parámetros de Consulta.

3.2.2 Definición de los Parámetros de Consulta

Los Parámetros de Consulta que deben ser ingresados por el usuario para la búsqueda de planes, son los siguientes:

- **Ciudad de residencia.** Corresponde a la ciudad donde vive el potencial cotizante y debe ser seleccionada desde una lista.
- **Tipo de plan.** De las tipificaciones de planes definidas por la norma, se utilizan las siguientes: Individual, Individual Compensado (En el evento que dicha compensación sea efectuada entre cónyuges, el plan pasará a denominarse Matrimonial) pudiendo seleccionar solo una de ellas.
- **Beneficiarios del plan.** Corresponden al potencial cotizante y su grupo familiar y deben ser especificados de la siguiente forma:
 - **Tipo de beneficiario.** Corresponde al cotizante y las cargas legales, cargas médica (las cargas legales o médicas pueden ser con aporte). Dependiendo del plan seleccionado (compensado o no), se debe indicar el tipo de beneficiario (carga legal o médica), con o sin aporte según cada caso.
 - **Sexo.** Corresponde al sexo del potencial cotizante y cada una de sus cargas.
 - **Fecha de nacimiento.** Corresponde a la fecha de nacimiento del potencial cotizante y cada una de sus cargas. Con este dato se calculará la edad correspondiente a cada beneficiario, necesaria para determinar el factor de riesgo.
- **Moneda a utilizar.** Corresponde a la unidad monetaria o moneda que quiere utilizar el usuario para ingresar y desplegar los datos relativos a montos. Los tipos de monedas permitidos son peso nacional y unidades de fomento. La moneda que selecciona al principio el usuario es la que se utiliza a lo largo de toda la consulta para expresar montos y valores.
- **Monto mensual disponible para salud.** Corresponde a la cotización mensual de un plan de salud complementario que quiere o puede pagar el usuario. Este valor debe ser ingresado para cada

³²⁴ El prestador de preferencia no se refiere al eventual "prestador preferente" que pueda estar individualizado expresamente en el plan de salud, sino que se refiere a aquel que el posible cotizante individualiza como preferido.

cotizante del plan y cada una de sus cargas con aporte, la sumatoria de las cotizaciones del cotizante, las cargas con aporte y las compensaciones da el monto de referencia para la búsqueda de planes por precio. El precio o cotización del plan puede ser ingresados de 2 formas:

- **Cotizante:**
 - **Remuneración líquida aproximada.** Puede ser ingresada la renta líquida aproximada que percibe cada cotizante, donde la Isapre calculará una cotización legal aproximada.
 - **Aporte Adicional Voluntario.** Puede ser ingresado el valor Adicional Voluntario a la cotización legal, que está dispuesto a pagar cada cotizante, para la compra de un plan de salud.
 - **Cotización estimada para el plan.** Es el monto obtenido de la suma de la cotización legal y el aporte adicional voluntario. Se utiliza la cotización estimada para la búsqueda de planes por precio.

 - **Aporte de cargas: solo si se han declarado cargas con aporte, el sistema pedirá ingresar cotizaciones por cada carga.**
 - **Aporte Adicional Voluntario.** Puede ser ingresado el valor Adicional Voluntario a la cotización legal, que está dispuesto a pagar cada cotizante, para la compra de un plan de salud.
 - **Remuneración líquida aproximada.** Puede ser ingresada la renta líquida aproximada que percibe cada cotizante, donde el sistema calculará una cotización legal aproximada.
 - **Cotización estimada para el plan.** Es el monto obtenido de la suma de la cotización legal y el aporte adicional voluntario. Se utiliza la cotización estimada para la búsqueda de planes por precio.

 - **Compensación.** Corresponde a un valor de compensación de la cotización de un plan, que puede ser hecha por otro cotizante no beneficiario del mismo plan. El sistema permitirá ingresar compensación de cotización solo si el tipo de plan seleccionado es “compensado”.
-
- **Prestador de preferencia**³²⁵. Corresponde a una institución de salud, específicamente, clínicas y centros médicos, donde al usuario le gustaría atenderse con su plan de salud complementario. El sistema entregará una lista de los prestadores correspondientes a la ciudad de residencia del potencial cotizante. Si el usuario desea seleccionar una clínica o centro médico de otra ciudad, el sistema le proveerá de una lista completa de prestadores de salud ordenada alfabéticamente por ciudad.
 - **Cobertura por parto.** Se utiliza para seleccionar planes de salud que tengan una cobertura normal de parto o planes con menor cobertura de parto. El sistema exige indicar explícitamente si el usuario quiere menor cobertura por parto, sino se entiende que se debe buscar por ambas posibilidades de cobertura.
 - **Cobertura nacional o internacional.** Se utiliza para seleccionar planes de salud que tengan cobertura solo nacional o cobertura nacional e internacional. El sistema exige seleccionar una de las 2 posibilidades de cobertura. La Isapre podrá no considerar la cobertura internacional, en este caso, por defecto queda establecido siempre la cobertura nacional.

3.3 Características de los Planes

³²⁵ El prestador de preferencia no se refiere al eventual “prestador preferente” que pueda estar individualizado expresamente en el plan de salud, sino que se refiere a aquel que el posible cotizante individualiza como preferido.

Las *Características de los Planes* son el conjunto de cualidades que describen los distintos planes de salud y permiten seleccionar aquellos que cumplen con los criterios de búsqueda.

Las Características de los Planes es la componente más importante del Buscador de Planes porque describen desde distintos puntos de vista los Planes complementarios de Salud, lo que permite generar un Modelo Unificado para la consulta de planes en todas las Isapres, indistinto de la administración de planes y la tecnología de implementación que tenga cada Isapre.

3.3.1 Descripción de las Características de los Planes

Las características de los planes que serán consideradas por el Modelo, para seleccionar la oferta de planes que más se ajusta a los parámetros de consulta ingresados por el usuario, se describen a continuación:

- **Estado de un plan.** Existen por los menos 2 estados de los planes que se maneja en las Isapres, *Comercial* indica que dicho plan está siendo comercializado por la Isapre y *Vigente*, que indica que el plan dejó de ser vendido y se mantiene porque está contratado por al menos 1 afiliado. Para estos efectos el Modelo trabajará con los planes en comercialización.
- **Precio del Plan de salud Complementario.** El precio se compone de 2 factores, (1) el precio base del plan de salud complementario, que es igual para todos y (2) el factor de riesgo del cotizante y su grupo familiar. El Modelo buscará planes por el valor estimado de la cotización o por la cotización legal estimada, de acuerdo a la renta líquida informada, el valor que sea mayor.
- **Modalidad de un plan.** La modalidad indica la forma en que recibirá los beneficios de un plan de salud complementario el cotizante y su grupo familiar, y existe la modalidad de *Libre Elección*, que permite al afiliado escoger donde atenderse, la de *Prestador Preferente*, que combina la modalidad libre elección y atención en prestadores establecidos previamente y la modalidad de plan *Cerrado*, que bonifica la atención en determinados prestadores. El Modelo buscará en todas las modalidades de planes.
- **Tipo de planes.** De los tipos de planes identificados se consideran los planes Individuales e Individuales Compensado. Para estos efectos se considerarán del tipo *Compensados* los planes en que la compensación es realizado por 2 cotizantes y de tipo *Matrimoniales* los planes en que la compensación es realizada por cónyuges.
- **Agrupación de planes.** De los grupos de planes identificados que puede manejar una Isapre, serán considerados como planes definidos: los planes definidos con menor o mejor cobertura por parto y los planes definidos para ser usados solo dentro del país o que tienen cobertura nacional e internacional.

Las demás características de los planes si bien no influirán en la selección de planes a ofrecer, si serán utilizadas para presentar los planes al usuario y entregada como información para ser evaluada por éste. Asimismo, deberá existir una ventana en la cual estén disponibles los datos GES y CAEC, de acuerdo a lo indicados en los puntos 3.4.3.1.5 N°7 y N°2 (letra d numeral iv), respectivamente.

3.4 Criterios de Búsqueda

Los *Criterios de Búsqueda* son generados en función de la evaluación de los Parámetros de Consulta ingresados por el Usuario.

Los *Criterios de Búsqueda* son aplicados por la Isapre a los parámetros que ingresa el usuario para consultar planes y son el filtro con el cual se buscan los planes de salud complementarios de la Isapre y se seleccionan aquellos que formarán la oferta a ser entregada al usuario.

Para definir los *Criterios de Búsqueda*, la Isapre analiza las características de los planes de salud, identifica el perfil del usuario y sus necesidades de salud para generar una oferta de planes adecuada para el usuario.

3.4.1 Definición de los Criterios de Búsqueda

Los criterios de búsqueda definidos por el Modelo para la búsqueda de planes de salud se describen a continuación:

- Se busca sobre todos los planes en comercialización.
- Se busca sobre los planes definidos, para cobertura normal o menor cobertura por parto y para planes con cobertura solo nacional o ambas (nacional e internacional-opcional).
- Se busca de acuerdo a planes con o sin renuncia a excedentes (Sólo para planes individuales compensados)
- Se busca planes por tipo considerando Individual e Individual Compensado, según se indique.

3.4.2 Definición de las Funciones de los Actores

En esta sección se definen los actores que interactúan con el Sistema Buscador de Planes, tanto aquellos que gatillan o inician un caso de uso como aquellos que se benefician de los casos de uso.

Nombre	Usuario
Definición	El Usuario representa a todos los usuarios que consultan, buscan o cotizan planes de salud en las Isapres. Se ha definido por regla de negocio no distinguir entre afiliados y usuarios no afiliados, para el sistema todos son tratados como Usuario.
Notas	Consulta planes de salud según sus necesidades de salud y las de su grupo familiar Guarda su sesión de consulta y resultados Recupera su sesión de consulta y resultados Selecciona una oferta de planes Agrega beneficios adicionales al plan Se contacta con la Isapre
Nombre	Comercial
Definición	El rol Comercial recibe la información estadística de los usuarios que consulta planes de salud para análisis comercial.
Notas	Recibe la información estadística de los usuarios que consultan planes para que sea analizada con fines comerciales.
Nombre	Administrador
Definición	El Administrador del sistema Buscador de Planes se encarga del funcionamiento y administración del sistema. Es responsable del poblado y actualización de datos. Administra la información que genera el sistema, a saber, consultas de planes, solicitud de evaluación, ofertas de planes, estadísticas de navegación, entre otras. Administra la información que provee el sistema, esto es, contenidos del sitio, ayuda

	sobre la operación del sistema, ayudas al usuario, integridad en la información comercial de planes de acuerdo a lo que exige la ley y lo que venden las Isapres.
Notas	Administra el contenido de la sección del sistema Buscador de Planes Se encarga del correcto funcionamiento del sistema Configura el sistema Mantiene actualizado los parámetros del sistema Carga lo datos al sistema de planes comerciales, tablas de prestaciones de selección, prestadores por ciudad, etc. Provee información de consultas, ofertas, estadísticas, etc. Se encarga de mantener al día la información de ayuda al usuario, de acuerdo a los cambios que establece la Superintendencia de Salud y lo que ofrece la Isapre
Nombre	Representante Isapre
Definición	El Representante Isapres se encarga de atender las consultas de los usuarios y potenciales cotizantes del sistema. Recibe las consultas y solicitudes del Usuario, establece contacto entre el Usuario y la Isapre, de acuerdo a la forma de contacto que este ha indicado (comercial, ejecutivo de ventas).
Notas	Atiende las consultas de los usuario generadas por medio del formulario de contacto Recibe y administra la información de consulta de planes generada por el sistema: consulta-resultado-selección-declaración de salud del Usuario Se contacta con el Usuario que lo ha solicitado

3.4.3 Especificación de Casos de Uso

En esta sección se describen los casos de uso identificados. En la especificación de los casos de uso se ha optado por un formato extendido muy completo y de fácil seguimiento para el equipo a cargo de su implementación.

Los casos de uso describen la funcionalidad esperada del sistema desde el punto de vista del usuario, es así, que expone la interacción del usuario con el sistema Buscador de Planes.

La especificación de los casos de uso comienza con el nombre del caso de uso en cuestión, un identificador que permitirá en el transcurso de la implementación hacer un seguimiento de la funcionalidad requerida; se tipifica el caso de uso como esencial, dado que si bien especifica claramente en qué consiste la funcionalidad no involucra estrictamente decisiones del diseño de implementación en esta etapa. Luego se listan los actores involucrados en el caso de uso, iniciadores o consumidores del caso de uso. Se plantea el propósito de la funcionalidad. Se establecen las condiciones que se deben dar para la ejecución de la funcionalidad y las condiciones posteriores a la ejecución de la misma funcionalidad. Finalmente, se describe el curso normal de los eventos y también se especifican los eventos alternativos y/o excepcionales al curso normal.

A continuación se presenta el listado de los casos de uso especificados:

--	--

Id	Caso de Uso
CU01	3.4.3.1.1 Caso de Uso Consultar <i>Planes</i>
CU02	3.4.3.1.2 Caso de Uso Recuperar Sesión de <i>Consulta</i>
CU03	3.4.3.1.3 Caso de Uso Guardar Sesión de <i>Consulta</i>
CU04	3.4.3.1.4 Caso de Uso <i>Buscar Planes</i>
CU05	3.4.3.1.5 Caso de Uso Desplegar Lista de <i>Planes</i>
CU06	3.4.3.1.6 Caso de Uso <i>Agregar Beneficios</i>
CU07	3.4.3.1.7 Caso de Uso Desplegar Selección <i>Final</i>
CU08	3.4.3.1.8 Caso de Uso Llenar formulario de <i>contacto</i>
CU10	3.4.3.1.9 Caso de Uso Imprimir Oferta de <i>Planes</i>

3.4.3.1.1 Caso de Uso Consultar *Planes*

Identificador: CU01

Tipo: Primario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Buscar planes de salud de acuerdo a las necesidades de salud del cotizante y su grupo familiar.

Precondiciones:

- El Usuario selecciona la sección “Consulta Planes de Salud” en el sitio de la Isapre.

Pos condiciones:

- Se dispone de todos los parámetros de consulta necesario para buscar planes.
- Si el Usuario ha recuperado la sesión de consulta anterior y no ha modificado el valor de ningún parámetro y la oferta de planes asociada a los parámetros de consulta sigue vigente, esa es la oferta de planes recuperada que se mantiene como resultado.

Curso normal de los eventos.

1. El caso de uso comienza cuando el sistema despliega la interfaz Consulta Planes de Salud del Buscador de Planes
2. El sistema permite recuperar la sesión de consulta anterior **extendiendo** al **CU Recuperar Sesión de Consulta**.
3. El sistema solicita indicar la ciudad de residencia dando opción de seleccionar desde una [3.5.2.9.2 Lista de Ciudades](#).
4. El Usuario selecciona la ciudad de residencia desde la lista.
5. El sistema solicita indicar el tipo de plan que se quiere buscar entregando las siguientes opciones: Individual e Individual Compensado.
6. El Usuario selecciona el tipo de plan que desea buscar.
7. Si el Usuario selecciona el tipo de plan *Individual* o *Compensado*, entonces:

- a. El sistema asigna el primer beneficiario del plan y lo tipifica como “Cotizante” y solicita indicar sexo y fecha de nacimiento.
 - b. El Usuario indica el sexo y fecha de nacimiento del cotizante.
 - c. El sistema permite ingresar más beneficiarios del plan, solicitando:
 - (i) Indicar tipo de beneficiario seleccionando desde una lista el tipo: Carga legal, Carga médica (opcional), Carga legal con aporte y Carga Médica con aporte (opcional).
 - (ii) Indicar sexo de cada beneficiario: Femenino o Masculino.
 - (iii) Indicar fecha de nacimiento de cada beneficiario.
 - d. El Usuario selecciona el tipo de beneficiario, indica sexo y fecha de nacimiento de cada beneficiario ingresado.
 - e. El sistema permite eliminar beneficiarios ingresados.
 - f. El sistema solicita indicar el tipo de moneda a utilizar para expresar los montos, entregando como opciones: Unidades de Fomento o Pesos Nacionales.
 - g. El Usuario selecciona la moneda que desea utilizar.
 - h. El sistema permite ingresar la remuneración líquida para obtener la cotización legal de salud del 7% como referencia de precio que desea pagar por un plan.
 - i. El Usuario puede ingresar la remuneración líquida aproximada para calcular la cotización legal de salud.
 - j. Si el Usuario ingresa la remuneración líquida, entonces:
 - (i) El sistema debe calcular el 7% del monto ingresado con tope del máximo legal, como cotización legal, y desplegar la cifra en pesos.
 - (ii) Si el Usuario ingresó, además, un monto de cotización como referencia de precio de plan, el sistema debe validar que el monto de cotización sea mayor o igual al resultado de calcular el 7% de la remuneración líquida ingresada.
 - k. Si el Usuario ha ingresado beneficiarios del plan del tipo *cargas con aporte*, entonces para cada carga con aporte:
 - (i) El sistema solicita ingresar un monto de aporte de cotización.
 - (ii) El Usuario puede ingresar un monto de aporte de cotización.
 - (iii) El sistema permite ingresar la remuneración líquida para obtener la cotización legal de salud del 7% como referencia del monto de aporte.
 - (iv) El Usuario puede ingresar la remuneración líquida aproximada.
 - (v) Si el Usuario ingresa la remuneración líquida, entonces:
 - (1) El sistema debe calcular el 7% del monto ingresado con el tope legal, como cotización legal, y desplegar la cifra en pesos.
 - l. El sistema solicita ingresar el monto de cotización voluntaria que complementa a la cotización legal.
 - m. Si el tipo de plan seleccionado es *Individual Compensado*, el sistema permite agregar compensaciones al plan, solicitando ingresar un monto de compensación.
 - n. El Usuario puede ingresar un monto de compensación expresado en el tipo de moneda seleccionado.
 - o. El sistema obtiene la cotización total como referencia de precio de plan, sumando el monto de cotización más los montos de aporte de cotización de las cargas con aporte, si corresponde y despliega el total obtenido expresado en el tipo de moneda seleccionado.
8. El sistema debe informar en todo momento el valor de unidades de fomento que utiliza para realizar los cálculos correspondientes.
9. El sistema solicita seleccionar un prestador de salud desde una 3.5.2.9.1 Lista de *Prestadores* asociada a la ciudad de residencia ingresada.
10. El Usuario puede seleccionar un prestador de salud de la lista.
11. El sistema permite seleccionar un prestador de salud que no corresponda a la ciudad de residencia ingresada, proveyendo una lista completa de prestadores de salud. Esta lista contiene los siguientes datos: Nombre del prestador de salud, Dirección del prestador de salud, Ciudad donde se ubica el prestador de salud, Especialidad del prestador de salud y se despliega ordenada por ciudad y alfabéticamente por nombre de prestador.

12. El Usuario puede seleccionar otro prestador de salud, no asociado a su ciudad de residencia.
13. El sistema permite indicar explícitamente como coberturas de interés si se quiere *menor cobertura de parto*.
14. El Usuario puede indicar que prefiere menos cobertura de parto.
15. El sistema permite seleccionar como coberturas de interés planes con cobertura *Nacional e Internacional* (opcional) o con cobertura *solo Nacional*.
16. El Usuario puede seleccionar solo una opción de cobertura, Nacional e Internacional (opcional) o solo Nacional.
17. El sistema permite en todo momento salir de la consulta de planes de salud.
18. Si el Usuario sale de la consulta de planes de salud, entonces pasa al CU Guardar Sesión de Consulta.
19. El sistema permite buscar planes de acuerdo a los parámetros de consulta ingresados.
20. Si el Usuario solicita buscar planes, entonces pasa al CU Buscar Planes.
21. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- Línea 7.I: Si el Usuario no ha ingresado la remuneración líquida y no ha ingresado monto de cotización, entonces el sistema muestra un mensaje de advertencia indicando “Usted no ha ingresado un monto de cotización o remuneración líquida aproximada, que nos permita calcular el monto de referencia que desea pagar por un plan, ingrese un valor por favor”.
- Línea 9: Si el Usuario no ha seleccionado ningún prestador de salud, el sistema debe advertir de la situación al usuario y forzar su selección.

3.4.3.1.2 Caso de Uso Recuperar Sesión de Consulta

Identificador: CU02

Tipo: Secundario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Recuperar última consulta anterior del usuario.

Precondiciones:

- No hay.

Pos condiciones:

- Los parámetros de la consulta de planes son cargados con los valores de los datos de la sesión de consulta anterior del usuario, si existe una sesión de consulta anterior almacenada y si el usuario ha indicado que quiere recuperarla.

Curso normal de los eventos.

1. El sistema pregunta ¿Consulta planes de salud por primera vez?, dando como posibilidades de respuesta las opciones “Si” y “No”.
2. El Usuario responde seleccionando una opción.
3. Si el Usuario selecciona la opción NO, entonces:
 - a. El sistema pregunta ¿desea recuperar su última sesión de consulta?, dando como posibilidades de respuesta las opciones “Si” y “No”.
 - b. El Usuario responde seleccionando una opción.
 - c. Si el Usuario selecciona la opción SI, entonces:

- (i) El sistema muestra un mensaje de advertencia indicando “Recuerde que la sesión de consulta se guarda sólo durante el mes en curso.”
 - (ii) El sistema solicita ingresar un correo electrónico y el N° de RUT del usuario.
 - (iii) El Usuario ingresa su correo electrónico y su N° de RUT.
 - (iv) El sistema busca una sesión de consulta asociada al correo electrónico ingresado y al N° de RUT ingresado.
 - (v) Si el sistema no encuentra una sesión de consulta asociada al correo electrónico ingresado y al N° de RUT ingresado, muestra un mensaje indicando “No se ha encontrado una sesión de consulta anterior”.
 - (vi) Si el sistema encuentra una sesión de consulta asociada al correo electrónico ingresado y al N° de RUT ingresado, el sistema recupera la sesión de consulta anterior y pasa al CU **Consultar Planes**.
- d. Si el Usuario selecciona la opción No, entonces pasa al CU Consultar Planes.
4. Si el Usuario selecciona la opción SI, pasa al CU Consultar Planes.

Cursos alternativos.

- Línea 3.c.ii: El sistema da opción de salir de la recuperación de una sesión de consulta anterior y terminar la consulta de planes.

3.4.3.1.3 Caso de Uso Guardar Sesión de Consulta

Identificador: CU03

Tipo: Secundario y Esencial

Actores: Usuario

Propósito: Guardar la sesión de consulta y resultados de la búsqueda asociada a un usuario anónima.

Precondiciones:

- Haber salido el usuario de la consulta de planes.

Pos condiciones:

- Se tiene un registro completo de la navegación en la consulta de planes de los usuarios, hasta la sección en que salió del sistema, lo que permite hacer un seguimiento completo de los resultados entregados y generar información estadística.

Curso normal de los eventos.

1. El sistema pregunta ¿Quiere guardar su sesión de consulta de planes?, dando como posibilidades de respuesta las opciones “Si” y “No”.
2. El Usuario selecciona la respuesta.
3. Si el Usuario responde SI, entonces:
 - a. El sistema muestra un mensaje de advertencia indicando “Su sesión de consulta se guardará hasta el último día del mes en curso”.
 - b. El sistema solicita ingresar un correo electrónico al que quedará asociada la sesión de consulta a ser guardada.
 - c. El sistema solicita ingresar el RUT del usuario.
 - d. El Usuario ingresa su correo electrónico y su RUT.
 - e. El sistema guarda la sesión de consulta del usuario hasta el punto en que salió asociada al correo electrónico ingresado y al RUT ingresado.
4. El sistema guarda toda la navegación realizada en la consulta de planes por el usuario:
 - a. El sistema debe registrar la fecha y hora de la sesión de consulta.
 - b. El sistema debe registrar todos los parámetros de consulta ingresados.

- c. El sistema debe registrar los criterios de búsqueda que generaron los parámetros de consulta ingresados, dejándolos asociados, si corresponde.
 - d. El sistema debe registrar la oferta de planes entregados como resultado de aplicar los criterios de búsqueda obtenidos, dejándolos asociados, si corresponde.
 - e. Si la aplicación de los criterios de búsqueda sobre los planes de salud no arrojó una oferta de planes, el sistema debe registrar que la lista de planes entregada corresponde a una oferta por defecto.
 - f. El sistema debe registrar el o los planes que hubiese seleccionado el Usuario, si corresponde.
 - g. El sistema debe registrar la opción de plan elegida finalmente por el usuario, si corresponde.
5. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.4.3.1.4 Caso de Uso Buscar Planes

Identificador: CU04

Tipo: Primario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Generar una oferta de planes como resultado de aplicar los criterios de búsqueda.

Precondiciones:

- Haber ingresado los parámetros de consulta o haber recuperado una sesión de consulta anterior.

Pos condiciones:

- Una lista de planes que satisfacen los criterios de búsqueda o una oferta de planes por defecto.

Resumen: Este caso de uso analiza los parámetros de consulta ingresados por el Usuario y genera los criterios de búsqueda de planes, aplica los criterios de búsqueda sobre los planes de salud en comercialización y genera la lista de planes de salud que será la oferta a entregar como resultado. En caso que el Usuario hubiese recuperado su última sesión de consulta, entregará la última oferta de planes si aún se encuentra vigente, de lo contrario buscará nuevos planes que cumplan con el mismo escenario de consulta.

Curso normal de los eventos.

1. El sistema analiza los parámetros de consulta ingresados para buscar planes.
2. Si el Usuario **recuperó su última sesión de consulta** y **no ha modificado ningún parámetro de consulta** ingresado anteriormente y **la oferta de planes entregada como resultado sigue vigente**, entonces el sistema mantiene la misma lista de planes de la oferta entregada en la sesión de consulta anterior.
3. Si el Usuario **recuperó su última sesión de consulta** y **no ha modificado ningún parámetro de consulta** ingresado anteriormente y **la oferta de planes entregada ha caducado**, entonces el sistema debe hacer una nueva búsqueda de planes.
4. Si el Usuario **recuperó su última sesión de consulta** y **ha modificado algún parámetro de consulta** de los ingresados anteriormente, el sistema debe hacer una nueva búsqueda de planes.
5. El sistema aplica los criterios de búsqueda para seleccionar planes de salud.
 - a. El sistema selecciona los planes comerciales
 - b. Si el tipo de planes ingresado es Individual, entonces el sistema selecciona de los planes comerciales los que correspondan al tipo "Individual".

- c. Si el tipo de planes ingresado es Compensado, entonces el sistema selecciona de los planes comerciales los que correspondan al tipo Compensado.
- d. Si el Usuario ha indicado que prefiere menor cobertura por parto, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*³²⁶ los que correspondan al grupo de menor cobertura por parto.
- e. Si el Usuario no ha indicado que prefiere menor cobertura por parto, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes* los que correspondan a ambas posibilidades de cobertura, con menor y normal cobertura por parto.
- f. Si el Usuario ha indicado que prefiere cobertura solo nacional, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*³²⁷-cobertura de parto los que correspondan al grupo de cobertura solo nacional.
- g. Si el Usuario ha indicado que prefiere cobertura nacional e internacional, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*³²⁸-cobertura de parto los que correspondan al grupo de cobertura nacional e internacional.
- h. El sistema calcula el precio de referencia para la búsqueda planes sumando las cotizaciones ingresadas de cada cotizante, de cada carga con aporte y la compensación de cotización, si corresponde.
El sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*³²⁹-cobertura de parto-cobertura nacional
 - (i) Calcula la edad de cada beneficiario ingresado a partir de la fecha de nacimiento.
 - (ii) busca en la tabla de factores del plan el rango de edad en que se encuentra el beneficiario y de acuerdo a su sexo y tipo de beneficiario (carga o cotizante) extrae el factor de riesgo que le corresponde.
 - (iii) Obtiene el factor de riesgo del grupo familiar sumando los factores de riesgo de cada beneficiario.
 - (iv) Multiplica el precio base del plan por el factor de riesgo del grupo familiar obteniendo la cotización total del plan.

6. Fin del caso de uso.

3.4.3.1.5 Caso de Uso Desplegar Lista de Planes

Identificador: CU05

Tipo: Primario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Desplegar la oferta de planes obtenida ordenada por modalidad de plan.

Precondiciones:

- Haber generado una lista de planes que satisfacen los criterios de búsqueda o haber generado una oferta de planes por defecto.

Pos condiciones:

- El o los planes de salud seleccionados.

Resumen: Este caso de uso toma la lista de planes generada como resultado de aplicar los criterios de búsqueda y la despliega ordenada por modalidad de planes, tomando el siguiente orden, primero los planes cerrados, luego los planes con prestador preferente y por último los planes libre elección. Cada

³²⁶ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

³²⁷ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

³²⁸ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

³²⁹ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

plan de la lista mostrará entre otros datos, la Selección de Prestaciones Valorizadas y el plan en formato pdf para ser examinados por el usuario, además de los beneficios especiales incluidos en el plan, la cotización total del plan e indicará si el plan fue seleccionado por precio o por prestador indicado. Es posible imprimir la oferta de planes, para lo que el sistema le asignará un folio que la define como única e indicará la duración de dicha oferta y el grupo familiar que satisface.

Curso normal de los eventos.

1. El sistema despliega la lista de planes generada como oferta ordenada por modalidad de plan.
 - a. Despliega primero los planes de salud Cerrados ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
 - b. Despliega luego, los planes de salud con Prestador Preferente ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
 - c. Despliega enseguida, los planes de salud Libre Elección ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
2. El sistema debe mostrar para cada plan de salud complementario de la lista sus características.
 - a. El código y nombre del plan de salud complementario.
 - b. La cotización total del plan de salud complementario, esto es, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
 - c. Debe permitir ver los beneficios especiales incluidos en el plan de salud complementario.
 - d. Si el Usuario, consulta los beneficios especiales incluidos en el plan, entonces el sistema muestra los beneficios especiales.
 - (i) Muestra el nombre del o los beneficios especiales.
 - (ii) Permite ver una descripción de cada beneficio especial.
 - (iii) Permite imprimir los beneficios especiales.
 - (iv) Si el beneficio especial consultado es la CAEC, entonces el sistema despliega información de la CAEC.
 - (1) El sistema despliega información general de la CAEC.
 - (2) El sistema permite extender la información de la CAEC accediendo a la información que posee la Isapre.
 - (3) El sistema permite consultar la red de atención CAEC de la Isapre.
 - e. Las coberturas de interés ingresadas por el Usuario.
 - f. Debe permitir ver la imagen del plan de salud complementario en formato pdf.
 - g. Debe permitir ver la imagen de la Selección de Prestaciones Valorizadas asociada a cada plan de salud complementario en formato pdf.
 - h. Debe indicar si el plan de salud complementario fue seleccionado por criterio de precio o por prestador elegido.
3. El sistema debe mostrar la fecha hasta cuándo se mantiene vigente la oferta de planes entregada, que será hasta el último día del mes en curso.
4. El sistema debe mostrar el grupo familiar para el cual fue creada la oferta de planes desplegada.
 - a. Debe mostrar el tipo de beneficiario del grupo familiar, cotizante o carga.
 - b. Debe mostrar el sexo de cada beneficiario del grupo familiar.
 - c. Debe mostrar la edad de cada beneficiario del grupo familiar, calculado a partir de la fecha de nacimiento ingresada.
5. El sistema debe mostrar el valor GES mensual por beneficiario expresado en la unidad monetaria seleccionada, UF o peso nacional.
6. El sistema debe permitir acceder a información relativa al beneficio GES.
7. Si el Usuario consulta GES, entonces el sistema despliega información del GES.
 - d. El sistema despliega información general de que es el GES.
 - e. El sistema permite extender la información del GES accediendo a la información que posee la Isapre del GES.
 - f. El sistema permite consultar la red de atención GES de la Isapre.

8. El sistema permite imprimir la lista de planes ofrecida.
9. Si el Usuario imprime la lista de planes ofrecida, entonces **Incluye el CU Imprimir Oferta de Planes.**
10. El sistema debe permitir seleccionar uno o varios planes de salud.
11. El sistema permite en todo momento salir de la consulta de planes de salud.
12. Si el Usuario sale de la consulta de planes de salud, entonces pasa al CU Guardar Sesión de Consulta.
13. El sistema permite volver a consultar planes.
14. Si el Usuario quiere volver a consultar planes, el sistema pasa al CU Consultar Planes.
15. Si el Usuario desea continuar con la selección de planes, entonces el sistema debe validar que al menos haya un plan de salud complementario seleccionado de la lista de resultados.
 - a. Si no hay ningún plan de salud complementario seleccionado de la lista, el sistema debe mostrar un mensaje de advertencia indicando “Por favor, seleccione el plan de salud complementario que más se ajuste a sus necesidades para continuar”.
 - b. Si se ha seleccionado uno o más de un plan de salud complementario, entonces pasa al **CU Agregar Beneficios.**
16. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.4.3.1.6 Caso de Uso Agregar Beneficios

Identificador: CU06

Tipo: Primario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Agregar beneficios adicionales al o los planes de salud seleccionados.

Precondiciones:

- Uno o más planes de salud complementario seleccionados.

Pos condiciones:

- Uno o más beneficios adicionales agregados al o los planes de salud seleccionados.
- Un nuevo monto de cotización del o los planes de salud seleccionados.

Resumen: Este caso de uso permite agregar beneficios adicionales al o los planes seleccionados por el Usuario, para lo que despliega una lista de los beneficios disponibles y el costo de contratación para el grupo familiar indicado, entregando la cotización total del plan más el costo de los beneficios contratados. El usuario puede imprimir los beneficios adicionales disponibles.

Curso normal de los eventos.

1. El sistema despliega una lista de los planes de salud seleccionados, permitiendo indicar a cual se agregarán beneficios adicionales.
2. El sistema muestra la cotización total del plan de salud complementario al que se agregarán beneficios adicionales, expresada en la unidad monetaria seleccionada.
3. El sistema despliega una lista de los beneficios adicionales disponibles.
 - a. Se muestra el nombre del beneficio adicional disponible.
 - b. Se muestra la cotización del beneficio adicional para el grupo familiar consultado.
 - c. Se permite ver la descripción del beneficio adicional disponible.
4. El sistema permite seleccionar o deseleccionar uno o más beneficios adicionales.
5. El sistema calcula la sumatoria de cotizaciones del o los beneficios adicionales seleccionados.

6. El sistema calcula el total de cotización del plan incluyendo los beneficios adicionales seleccionados, esto es, cotización total del plan más cotización total de beneficios adicionales agregados. Deberá existir una ventana que permita identificar el valor del plan de salud complementario y los valores de los beneficios adicionales individualmente.
7. El sistema permite imprimir los beneficios adicionales disponibles.
8. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.4.3.1.7 Caso de Uso Desplegar Selección Final

Identificador: CU07

Tipo: Secundario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Desplegar la selección final de planes de salud del usuario.

Precondiciones:

- Uno o más planes de salud complementarios seleccionados.

Pos condiciones:

- Un plan de salud complementario elegido.

Resumen: Este caso de uso muestra la selección final de planes hecha por el Usuario. Si esta selección consta de más de un plan de salud complementario, se pide al usuario que elija una opción. Si esta selección consta de solo un plan de salud complementario, se muestran todas las características de dicho plan con los beneficios adicionales contratados.

Imprimir lista de planes

Curso normal de los eventos.

1. El caso de uso se inicia una vez que el Usuario ha revisado los beneficios adicionales disponibles, indistinto de si selecciona o no beneficios para contratar y agregar al plan de salud complementario.
2. Si el Usuario ha seleccionado más de un plan de salud complementario, entonces el sistema despliega la lista de planes seleccionados, dando un número de opción a cada plan de la lista.
 - a. El sistema despliega código y nombre de cada plan de salud complementario de la lista de opciones.
 - b. El sistema despliega la cotización total de cada plan de salud complementario de la lista de opciones, esto es, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
 - c. El sistema despliega la cotización total por beneficios adicionales a cada plan de salud complementario de la lista, si corresponde.
 - d. El sistema permite ver los beneficios especiales incluidos en cada plan de salud complementario de la lista de opciones.
 - e. Si el Usuario consulta los beneficios especiales de cada plan de salud complementario, entonces el sistema muestra el detalle de los beneficios especiales.
 - (i) Muestra el nombre del o los beneficios especiales.
 - (ii) Permite ver una descripción de cada beneficio especial.
 - (iii) Permite imprimir los beneficios especiales.

- (iv) Si el beneficio especial consultado es la CAEC, entonces el sistema despliega información de la CAEC.
 - (1) El sistema despliega información general de la CAEC.
 - (2) El sistema permite extender la información de la CAEC accediendo a la información que posee la Isapre.
 - (3) El sistema permite consultar la red de atención CAEC de la Isapre.
 - f. El sistema permite ver los beneficios adicionales agregados a cada plan de salud complementario de la lista de opciones.
 - g. Si el Usuario consulta los beneficios adicionales, el sistema incluye el CU Agregar Beneficios.
 - h. El sistema despliega las coberturas de interés ingresadas.
 - i. El sistema permite ver la imagen del plan de salud complementario en formato pdf.
 - j. El sistema permite ver la imagen de la Selección de Prestaciones Valorizadas asociada a cada plan de salud complementario en formato pdf.
 - k. El sistema permite imprimir la lista de planes ofrecida.
 - l. Si el Usuario imprime la lista de planes ofrecida, entonces **Incluye el CU Imprimir Oferta de Planes.**
3. Si el Usuario ha seleccionado solo un plan de salud complementario, entonces el sistema despliega las características del plan de salud complementario.
- a. Despliega el código y nombre del plan de salud complementario elegido.
 - b. Despliega la cotización del plan de salud complementario, es decir, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
 - c. Despliega la cotización por los beneficios adicionales agregados al plan de salud complementario elegido.
 - d. Permite ver la imagen del plan de salud complementario elegido, en formato pdf.
 - e. Permite ver la imagen de la Selección de Prestaciones Valorizadas del plan de salud complementario elegido, en formato pdf.
 - f. Despliega las coberturas de interés ingresadas y que corresponden al plan de salud complementario elegido.
 - g. Despliega la descripción de los beneficios especiales incluidos en el plan de salud complementario elegido.
 - h. Despliega los beneficios adicionales agregados al plan de salud complementario elegido, si corresponde.
 - (i) Muestra el nombre del beneficio adicional.
 - (ii) Muestra la cotización del beneficio adicional para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
 - i. El sistema permite agregar beneficios adicionales disponibles.
 - j. Si el Usuario agrega beneficios adicionales al plan de salud complementario, entonces el sistema incluye el CU Agregar Beneficios.
4. El sistema debe mostrar la fecha hasta cuándo se mantiene vigente la oferta de planes entregada, que será hasta el último día del mes en curso.
5. El sistema debe mostrar el grupo familiar para el cual fue creada la oferta de planes desplegada.
- a. Debe mostrar el tipo de beneficiario del grupo familiar, cotizante o carga.
 - b. Debe mostrar el sexo de cada beneficiario del grupo familiar.
 - c. Debe mostrar la edad de cada beneficiario del grupo familiar, calculada a partir de la fecha de nacimiento ingresada.
6. El sistema debe mostrar el valor GES mensual por beneficiario expresado en la unidad monetaria seleccionada, UF o peso nacional.
7. El sistema debe permitir acceder a información de ayuda relativa al beneficio GES.
8. Si el Usuario consulta la GES, entonces el sistema despliega información del GES.
- a. El sistema despliega información general de que es el GES.

- b. El sistema permite extender la información del GES accediendo a la información que posee la Isapre del GES.
- c. El sistema permite consultar la red de atención GES de la Isapre.
9. El sistema permite en todo momento salir de la consulta de planes de salud.
10. Si el Usuario sale de la consulta de planes de salud, entonces pasa al CU Guardar Sesión de Consulta.
11. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.4.3.1.8 Caso de Uso Llenar formulario de contacto

Identificador: CU008

Tipo: Secundario y Esencial.

Actores: Usuario, Representante Isapres.

Propósito: Propósito del caso de uso.

Precondiciones:

- No hay.

Pos condiciones:

- No hay.

Resumen: Este caso de uso permite llenar un formulario de contacto para comunicarse con la Isapre y hacer llegar los comentarios, consulta o solicitud de información. Permite además, indicar cómo prefiere ser contactado el Usuario. En este caso la Isapre queda autorizada a rescatar los datos del Usuario con el objeto de poder contactarlo.

Curso normal de los eventos.

1. El caso de uso comienza cuando un Usuario indica que quiere llenar el formulario de contacto con la Isapre.
2. El sistema solicita ingresar el nombre completo y el RUT.
3. El Usuario ingresa su nombre completo y su RUT.
4. El sistema solicita ingresar un correo electrónico.
5. El Usuario puede ingresar su correo electrónico.
6. El sistema solicita ingresar uno o dos números de teléfono de contacto.
7. El Usuario puede ingresar uno o dos números telefónicos.
8. El sistema solicita ingresar una dirección de contacto.
9. El Usuario puede ingresar una dirección de contacto.
10. El sistema solicita indicar la forma de contacto, considerando como opciones: Correo electrónico, Teléfono o Visita representante.
11. El Usuario indica la forma de contacto que prefiere.
12. Si el Usuario indica que quiere ser contactado por *correo electrónico*, entonces se debe validar que se ha ingresado un correo electrónico válido para contacto.
13. Si el Usuario indica que quiere ser contactado por *teléfono*, entonces se debe validar que se ha ingresado al menos un número telefónico de contacto.
14. Si el Usuario indica que quiere ser contactado mediante *visita representante*, entonces se debe validar que se ha ingresado al menos un número telefónico.
15. El sistema solicita ingresar las consultas, comentarios o peticiones.

16. El Usuario ingresa sus consultas, comentarios o solicitudes de información.
17. El sistema permite enviar los datos de contacto o volver a la consulta de planes.
18. El Usuario puede enviar los datos de contacto y volver a la consulta de planes.
19. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.4.3.1.9 Caso de Uso Imprimir Oferta de Planes

Identificador: CU010

Tipo: Secundario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Imprimir el listado de planes de salud entregado como resultado.

Precondiciones:

- Haber una lista de planes de salud ofrecida.

Pos condiciones:

- No hay.

Resumen: Este caso de uso permite imprimir la lista de planes de salud ofrecida asignándole un folio único de oferta ordenados por modalidad de plan, primero los planes cerrados, luego los planes con prestador preferente y por último los planes de libre elección. Además de las principales características de cada plan de salud complementario y las condiciones y duración de la oferta.

Curso normal de los eventos.

1. El sistema identifica a la Isapre imprimiendo el logo de la empresa.
2. El sistema debe asignar un folio único a la oferta de planes e imprimirlo.
3. El sistema imprime la fecha actual.
4. El sistema imprime las condiciones del grupo familiar a quien se ofrece la oferta.
 - a. Debe mostrar el tipo de beneficiario del grupo familiar, cotizante o carga.
 - b. Debe mostrar el sexo de cada beneficiario del grupo familiar.
 - c. Debe mostrar la edad de cada beneficiario del grupo familiar, calculado a partir de la fecha de nacimiento ingresada.
5. El sistema imprime la fecha de término de duración de la oferta de planes, que será el último día del mes en curso.
6. El sistema imprime la lista de planes de salud de la oferta ordenados por modalidad de plan.
 - a. Despliega primero los planes de salud Cerrados ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
 - b. Despliega luego, los planes de salud con Prestador Preferente ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
 - c. Despliega enseguida, los planes de salud Libre Elección ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
7. El sistema debe mostrar para cada plan de salud complementario de la lista sus características.
 - a. El código y nombre del plan de salud complementario.
 - b. La cotización total de los beneficios considerados, esto es, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar,

la cotización por los beneficios adicionales agregados al plan de salud complementario elegido, expresado en la unidad monetaria seleccionada.

- c. Las coberturas de interés ingresadas por el Usuario.
- 8. El sistema debe imprimir qué valor de UF se está utilizando para los cálculos.
- 9. Fin del caso de uso.

Cursos alternativos.

- No hay.

3.5 Modelo Conceptual del Dominio de la Solución

3.5.1 Diagrama de clases del negocio

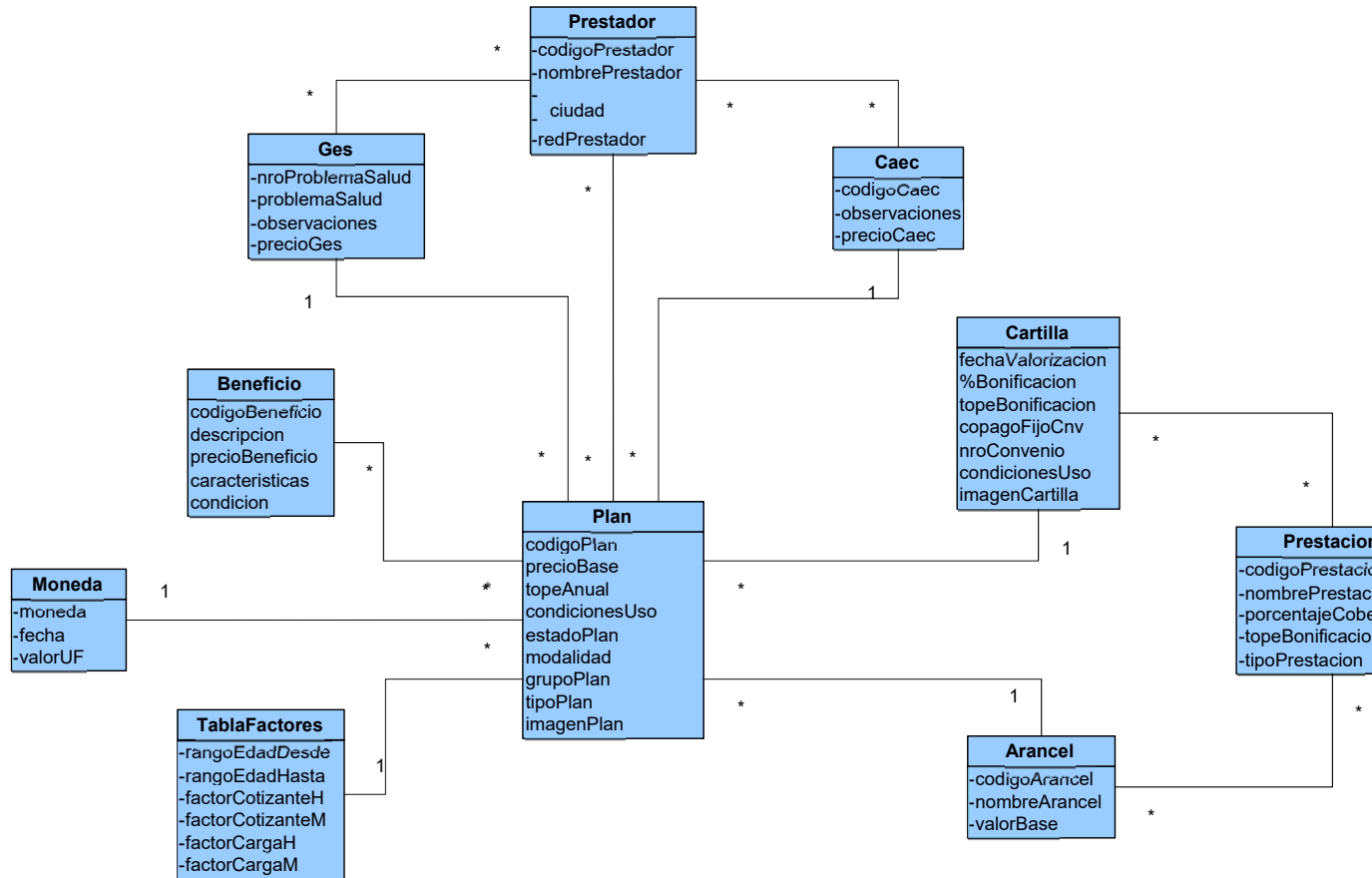


Figura 3: Diagrama de Clases del Dominio del Negocio.

3.5.2 Especificación

3.5.2.1 Clase Plan

La clase **Plan** almacena los diferentes planes de salud definidos por la Isapre para ser comercializados, así como sus características, condiciones de uso y comercialización. Algunas de sus características son el tipo y la modalidad del plan, definidas por norma. Los grupos de planes pueden definirse en: planes con menor cobertura maternal, planes nacionales, planes internacionales, planes con renuncia de excedentes (sólo para planes individuales compensados), entre otros.

Estructura de la clase Plan:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación	de
codigoPlan	Código que identifica en forma única a un plan de	Obligatorio	Mayor a 0		Designado por sistema.	por

	salud complementario				
precioBase	Precio base de un plan	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	El límite es el precio base mayor del mayor de los planes.
topeAnual	Tope anual por beneficiario de un plan	Opcional	Mayor a 0	Decimales positivos "sin tope"	
condicionesUso	Condiciones de uso de los beneficios de un plan de salud complementario	Obligatorio			
estadoPlan	Indicador del estado de un plan	Obligatorio	Comercial	Comercial, Ofertado	
modalidadPlan	Modalidad en que se entrega el plan de salud complementario	Obligatorio		Libre elección, Cerrado, Prestador preferente	
grupoPlan	Grupo al que pertenece el plan de salud complementario	Obligatorio		Cobertura maternal, Nacional e internacional, con/sin cuenta corriente de excedentes	
tipoPlan	Tipo de plan de salud complementario	Obligatorio		Individual, Individual Compensado	
imagenPlan	Archivo pdf del plan de salud complementario	Obligatorio			La imagen debe corresponder al plan de salud complementario registrado.

3.5.2.2 Clase Selección de Prestaciones Valorizadas

La clase **Selección de Prestaciones Valorizadas** almacena la Selección de Prestaciones Valorizadas asociada al plan de salud complementario.

Estructura de la clase Selección de Prestaciones Valorizadas:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
fechaValorizacion	Fecha de valorización	Obligatorio	1º mayo del año		Esta fecha corresponde al 1 de mayo de cada año.
%Bonificacion	Porcentaje de bonificación por prestación		Mayor a 0	Decimales positivos	
topeBonificación	Valorización del tope de bonificación en pesos	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos, "sin tope"	
copagoFijoCnv	Copago fijo de prestaciones para prestadores en convenios	Opcional	0	Enteros positivos	El uso de dato excluyente al pBonificacion y topeBonificación . Es dependiente de la existencia de un convenio en nroConvenio . Limite es el copago más alto registrado en cualquier Selección de Prestaciones Valorizadas de la Isapre.
nroConvenio	Numero de convenio	Opcional	0	Enteros positivos	Sujeto a la modalidad del plan.
condicionesUso	Condiciones o consideraciones de uso	Opcional			
imagenSelección de Prestaciones Valorizadas	Archivo pdf de la Selección de Prestaciones Valorizadas	Obligatorio			La imagen debe corresponder a la Selección de Prestaciones Valorizadas valorizada registrada.

3.5.2.3 Clase Arancel

La clase **Arancel** almacena el arancel de prestaciones asociados al plan de salud complementario.

Estructura de la clase Arancel:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoArancel	Código que identifica al arancel Identificador del arancel	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos+ Letras	Designado por sistema.
nombreArancel	Nombre del arancel	Obligatorio			
valorBase	Valor base del arancel de cada prestación	Obligatorio	0	Decimales positivos	

3.5.2.4 Clase Beneficio

La clase **Beneficio** almacena los beneficios disponibles incluidos o adicionales asociados a un plan.

Estructura de la clase Beneficio:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoBeneficio	Identificador	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Designado por sistema.
descripción	Nombre del beneficio	Obligatorio			
precioBeneficio	Precio del beneficio	Opcional	0	Decimales positivos	
caracteristicas	Descripción, condiciones, restricciones de cada beneficios	Obligatorio			
condición	Indicador de beneficio incluido o adicional al plan de salud complementario	Obligatorio	N	S=(Si) incluido, N=(No)Adicional	

3.5.2.5 Clase Ges

La clase **Ges** almacena los problemas de salud correspondiente a las Garantías Explicitas en Salud.

Estructura de la clase Ges:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto		

				Dominio de Valores	Reglas de Validación
nroProblemaSalud	Numero que identifica el problema de salud	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Auto-incremento
problemaSalud	Descripción del problema de salud	Obligatorio			
observaciones	Observaciones necesarias de establecer del problema de salud	Opcional			
precioGes	Precio GES	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	

3.5.2.6 Clase Caec

La clase **Caec** almacena las prestaciones o grupos de prestaciones de salud que cubre el beneficio de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y que es complementario a GES y el plan de salud complementario.

Estructura de la clase Caec:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoCaec	Código que identifica al beneficio CAEC	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Designado por sistema.
observaciones	Observaciones necesarias de establecer del beneficio	Opcional			
precioCaec	Precio CAEC del beneficio	Opcional	0	Decimales positivos	

3.5.2.7 Clase Prestación

La clase **Prestación** almacena el listado completo de las prestaciones que deben o pueden ser cubiertas por un plan de salud complementario.

Estructura de la clase Prestación:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
---------------	--------------------	------------------	--------------------------	---------------------------	-----------------------------

codigoPrestacion	Código de la prestación	Obligatorio	Mayor a 0		Toma el código FONASA de la prestación y cuando no existe en FONASA, se designa por sistema.
nombrePrestacion	Nombre de la prestación	Obligatorio			
porcentajeCobertura	Porcentaje de cobertura libre elección	Obligatorio	Mayor a 0	0-100	
topeBonificacion	Tope de cobertura libre elección	Obligatorio	0	Decimales positivos, "Sin tope"	
tipoPrestacion	Tipo de prestación de salud	Obligatorio		Hospitalarias, Ambulatorias, Otras	

3.5.2.8 Clase TablaFactores

La clase **TablaFactores** almacena las tablas de factores de riegos diferenciados por rango de edad y sexo asociadas al plan de salud complementario.

Estructura de la clase TablaFactores:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
rangoEdadDesde	Edad inicio del rango	Obligatorio	0	Enteros positivos	
rangoEdadHasta	Edad final del rango	Obligatorio	0	Enteros positivos	
factorCotizanteH	Factor de riesgo para cotizan hombre	Obligatorio	0	Decimales positivos	
factorCotizanteM	Factor de riesgo para cotizante mujer	Obligatorio	0	Decimales positivos	
factorCargaH	Factor de riesgo para carga hombre	Obligatorio	0	Decimales positivos	
factorCargaM	Factor de riesgo para carga mujer	Obligatorio	0	Decimales positivos	

3.5.2.9 Clase Prestador

La clase Prestador almacena los prestadores de salud disponibles para los planes de salud.

Estructura de la clase Prestador:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores
codigoPrestador	Código que identifica al prestador de salud	Obligatorio		
nombrePrestador	Nombre del prestador de salud	Obligatorio		3.5.2.9.1 Lista Prestadores
Ciudad	Nombre de la ciudad donde se ubica el prestador	Obligatorio		3.5.2.9.2 Lista Ciudades
redPrestador	Red a la que pertenece el prestador	Opcional		

3.5.2.9.1 Lista de Prestadores

A continuación se presenta la lista de prestadores que debe ser considerada por la Isapres en la implementación de la solución.

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Clínica Lautaro	Arica	I
Clínica Mutual Plus	Arica	I
Clínica San José	Arica	I
Mutual ACHS	Arica	I
Sapunar	Arica	I
Clínica Iquique	Iquique	I
Clínica Tarapacá	Iquique	I
Hospital Militar del Norte	Antofagasta	II
Clínica de la Mujer	Antofagasta	II
Clínica Antofagasta	Antofagasta	II
Clínica La Portada	Antofagasta	II
Clínica del Norte	Antofagasta	II
Clínica Calama	Calama	II

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Clínica El Loa	Calama	II
Hospital Salvador Allende	Calama	II
Hospital María Elena	María Elena	II
Clínica Médica Copiapó	Copiapó	III
Mutual ACHS	Copiapó	III
U. Católica	Copiapó	III
Clínica Santa Teresa	Vallenar	III
Manuel Rodríguez	La Serena	IV
Clínica Elqui	La Serena	IV
U. Católica	Coquimbo	IV
Clínica Indisa	Coquimbo	IV
Fundación López Pérez	Coquimbo	IV
Clínica Río Blanco	Los Andes	V
Corporación Hospital Alemán	Valparaíso	V
Hospital Ferroviario de Barón	Valparaíso	V
Clínica Valparaíso	Valparaíso	V
Hospital Van Buren	Valparaíso	V
Hospital Gustavo Frike	Valparaíso	V
Clínica San Antonio	San Antonio	V
Clínica San Julián	San Antonio	V
Hospital Naval Almirante Nef	Viña del Mar	V
Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar	Viña del Mar	V
Hospital Clínico de Viña del Mar	Viña del Mar	V
Clínica Ciudad del Mar	Viña del Mar	V
Clínica Reñaca	Viña del Mar	V
Clínica Miraflores	Viña del Mar	V
Clínica Los Abetos	Viña del Mar	V
Sanatorio Marítimo San Juan de Dios	Viña del Mar	V
Clínica Los Carrera	Quilpué	V
Clínica Los Leones	La Calera	V
Hospital Clínico Univ. De Chile J.J.Aguirre	Metropolitano Norte	M

CLÍNICAS PRIVADAS 2006

Institución	Ciudad	Región
Clínica Dávila	Metropolitano Norte	M
Clínica Maitenes	Metropolitano Occidente	M
Hospital Penitenciario (Gendarmería de Chile)	Metropolitano Central	M
Clínica Juan Pablo II	Metropolitano Central	M
Clínica ASTRA	Metropolitano Central	M
Clínica Central	Metropolitano Central	M
Clínica Sierra Bella	Metropolitano Central	M
Clínica Maternidad Las Violetas	Metropolitano Central	M
Hospital Clínico Universidad Católica	Metropolitano Central	M
Clínica Universidad Católica	Metropolitano Central	M
Clínica Hospital del Profesor	Metropolitano Central	M
Maternidad Presbiteriana Madre e Hijo	Metropolitano Central	M
Clínica Los Coihues	Metropolitano Central	M
Clínica Santa Lucía	Metropolitano Central	M
Hospital del Trabajador	Metropolitano Oriente	M
Integramédica	Metropolitano Oriente	M
Megasalud	Metropolitano Oriente	M
Hospital Clínico de la FACH	Metropolitano Oriente	M
Hospital DIPRECA	Metropolitano Oriente	M
Clínica Las Condes	Metropolitano Oriente	M
Clínica Alemana	Metropolitano Oriente	M
Hospital de Carabineros	Metropolitano Oriente	M
Clínica Colonial	Metropolitano Oriente	M
Hospital Militar	Metropolitano Oriente	M
Clínica Miguel de Servet	Metropolitano Oriente	M
Clínica Providencia	Metropolitano Oriente	M
Clínica Santa María	Metropolitano Oriente	M
Clínica Sara Moncada de Arias	Metropolitano Oriente	M
Clínica Victoria Rousseau	Metropolitano Oriente	M
Clínica Alenk	Metropolitano Oriente	M
Clínica Avansalud Providencia	Metropolitano Oriente	M

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Clínica INDISA	Metropolitano Oriente	M
Fundación López Perez	Metropolitano Oriente	M
Clínica San Carlos U.C.	Metropolitano Oriente	M
Clínica Arauco	Metropolitano Oriente	M
Sonorad	Metropolitano Oriente	M
Clínica MEDS	Metropolitano Oriente	M
Hospital Luis Tisné	Metropolitano Oriente	M
Clínica Oftalmológica IOPA	Metropolitano Oriente	M
Clínica Las Nieves	Vitacura	M
Clínica Tabancura	Vitacura	M
Clínica Vitacura	Vitacura	M
Clínica Oftalmológica Los Andes	Vitacura	M
Clínica San Bernardo	Metropolitano Sur	M
Hospital Parroquial San Bernardo	Metropolitano Sur	M
CAPREDENA La Florida	Metropolitano Sur Oriente	M
Clínica Maternidad y Centro Médico San Gabriel	Metropolitano Sur Oriente	M
Clínica Vespuccio	Metropolitano Sur Oriente	M
Hospital Clínico FUSAT	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica Isamédica	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica Las Dalias	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica de Salud Integral	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
U. Católica	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica del Maule	Maule Constitución	VII
Hospital Regional Talca	Talca	VII
Hospital Regional Bío-Bío	Bío-Bío	VIII
Clínica Los Andes	Bío Bío Los Ángeles	VIII
Clínica Adventista Los Ángeles	Bío Bío Los Ángeles	VIII
Clínica Chillán Mas Vida S.A.	Ñuble Chillán	VIII
Clínica Las Amapolas	Ñuble Chillán	VIII
Clínica Bío Bío	Concepción	VIII
Clínica y Maternidad Lincoyán	Concepción	VIII

CLÍNICAS PRIVADAS 2006

Institución	Ciudad	Región
Clínica Francesa	Concepción	VIII
Sanatorio Alemán	Concepción	VIII
Hospital Naval	Talcahuano	VIII
Clínica Médica San José	Araucanía Sur Temuco	IX
Clínica Alemana	Araucanía Sur Temuco	IX
Hosp. Clínico Universidad Mayor	Araucanía Sur Temuco	IX
Clínica Alemana	Valdivia	X
Clínica Alemana Osorno	Osorno	X
Clínica Alemana Puerto Varas	Puerto Montt	X
Clínica Los Andes	Puerto Montt	X
Sur Médica	Los Ríos	X
Hospital Regional Los Ríos	Los Ríos	X
Clínica Alemana Puerto Varas	Puerto Varas	X
Clínica Puerto Montt	Llanquihue-Chiloé-Palena-Castro	X
Hospital Regional Aysén	Aysén	XI
Hospital de las Fuerzas Armadas	Magallanes-Punta Arenas	XII
Hospital Naval	Magallanes-Punta Arenas	XII
Clínica Magallanes	Magallanes-Punta Arenas	XII

3.5.2.9.2 Lista de Ciudades

A continuación se presenta la lista de ciudades de Chile ordenadas por región (Más información de **5.3 Ciudades de Chile**).

Región	Ciudades
Arica y Parinacota	Arica
Tarapacá	Alto Hospicio
	Iquique
	Pozo Almonte
Antofagasta	Antofagasta
	Calama
	Chuquicamata
	Estación Zaldívar

Región	Ciudades
	María Elena
	Mejillones
	Taltal
	Tocopilla
Atacama	Caldera
	Chañaral
	Copiapó
	Diego De Almagro
	El Salvador
	Huasco
	Tierra Amarilla Vallenar
Coquimbo	Andacollo
	Combarbalá
	Coquimbo
	El Palqui
	Illapel
	La Serena
	Los Vilos
	Monte Patria
	Ovalle
	Salamanca
	Vicuña
	Valparaíso
Cabildo	
Calle Larga	
Cartagena	
Casablanca	
Catemu	
Concón	
El Melón	
El Quisco	

Región	Ciudades
	Hijuelas
	Isla De Pascua
	Juan Fernández
	La Calera
	La Cruz
	La Ligua
	Las Ventanas
	Limache
	Llaillay
	Los Andes
	Nogales
	Olmué
	Placilla De Peñulas
	Putendo
	Quillota
	Quilpué
	Quintero
	Rinconada
	San Antonio
	San Esteban
	San Felipe
Santa María	
Valle Hermoso	
Valparaíso	
Villa Alemana	
Viña del Mar	
Metropolitana de Santiago	Alto Jahuel
	Batuco
	Buin
	Colina
	Curacaví
	El Monte

Región	Ciudades
	Isla De Maipo
	Lampa
	Melipilla
	Paine
	San José De Maipo
	Santiago
	Talagante
	Tiltil
Libertador General Bernardo O'Higgins	Chimbarongo
	Codegua
	Coltauco
	Doñihue
	Graneros
	Las Cabras
	Lo Miranda
	Machalí
	Nancagua
	Peumo
	Pichilemu
	Quinta De Tilcoco
	Rancagua
	Rengo
	Requínoa
	San Fernando
	San Francisco De Mostazal
San Vicente De Taguatagua	
Santa Cruz	
Maule	Bobadilla
	Cauquenes
	Constitución
	Curicó
	Hualañé

Región	Ciudades
	Linares
	Longaví
	Molina
	Parral
	San Clemente
	San Javier
	Talca
	Teno
	Villa Alegre
Bío Bío	Arauco
	Bulnes
	Cabrero
	Cañete
	Chiguayante
	Chillán
	Coelemu
	Coihueco
	Concepción
	Coronel
	Curanilahue
	Hualpén
	Hualqui
	Huépil
	Laja
	Lebu
	Los Álamos
	Los Ángeles
	Lota
	Monte Águila
Mulchén	
Nacimiento	
Penco	

Región	Ciudades
	Quillón
	Quirihue
	San Carlos
	San Pedro De La Paz
	San Rosendo
	Santa Bárbara
	Santa Juana
	Talcahuano
	Tomé
	Yumbel
	Yungay
Araucanía	Angol
	Carahue
	Collipulli
	Curico
	Freire
	Gorbea
	Labranza
	Lautaro
	Loncoche
	Nueva Imperial
	Padre Las Casas
	Pitrufquén
	Pucón
	Purén
	Renaico
	Temuco
Traiguén	
Victoria	
Villarrica	
Los Ríos	Futrone
	La Unión

Región	Ciudades
	Lanco
	Los Lagos
	Paillaco
	Panguipulli
	Río Bueno
	San José De La Mariquina
	Valdivia
Los Lagos	Ancud
	Calbuco
	Castro
	Fresia
	Frutillar
	Llanquihue
	Los Muermos
	Osorno
	Puerto Montt
	Puerto Varas
	Purranque
	Quellón
	Río Negro
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Aisén
	Coihaique
	Chile Chico
Magallanes y de la Antártica Chilena	Puerto Natales
	Punta Arenas
	Antártica

3.5.2.10 Clase Moneda

La clase **Moneda** registra el tipo de moneda utilizadas para el de cálculo de precios de prestaciones de salud y beneficios. Los tipos monedas pueden ser: peso nacional y unidades de fomento. Se registra además, los valores de las unidades de fomento por fecha.

Estructura de la clase Moneda:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
moneda	Nombre de la moneda	Obligatoria		Peso nacional (\$), Unidades de fomento (UF)	
Fecha	Fecha del valor de las unidades de fomento	Obligatoria	Fecha actual		La fecha se asigna si el tipo de moneda es UF.
valorUF	Valor de las unidades de fomento	Obligatoria		Decimales positivos	Este valor se asigna para el tipo de moneda UF.

3.5.2.11 Clase ParametroConsulta

La clase **ParametroConsulta** registra los parámetros de consulta ingresados por el usuario durante la navegación en el sistema.

Estructura de la clase ParametroConsulta:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores
nroSesion	Número de sesión de consulta	Obligatoria	Mayor a 0	Enteros positivos
fechaSesion	Fecha de sesión de consulta	Obligatoria	Fecha actual	
horaSesion	Hora de sesión de consulta	Obligatoria	Hora actual	
ciudadResidencia	Ciudad de residencia del cotizante	Obligatoria		3.5.2.9.2 Lista de Ciudades
tipoPlan	Tipo de plan ingresado	Opcional		Individual, Individual Compensado
compensacionPlan	Compensación de plan ingresada	Opcional	0	Decimales positivos y negativos
coberturaParto	Indicador de cobertura por parto	Opcional	SI	SI=cobertura por parto NO=menor cobertura por parto
coberturaNacional	Indicador de cobertura nacional o internacional	Opcional	NO	SI=cobertura solo nacional NO=cobertura nacional e internacional
renunciaExcedentes	Indicador de renuncia a excedentes	Obligatoria(Sól o para planes	NO	SI=renuncia a excedentes

		individuales compensados)		NO=no renuncia a excedentes
moneda	Tipo de moneda definida para los cálculos	Obligatorio	UF	Peso nacional (\$), Unidades de fomento (UF)

3.5.2.12 Clase BeneficiarioConsulta

La clase **BeneficiarioConsulta** registra los beneficiarios del plan de salud complementario o grupo familiar ingresados en la consulta de planes.

Estructura de la clase BeneficiarioConsulta:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
tipoBeneficiario	Tipo de beneficiario	Obligatorio	Cotizante	Cotizante, Carga legal, Carga médica, Carga legal con aporte. Carga médica con aporte.	
sexoBeneficiario	Sexo del beneficiario	Obligatorio		F=Femenino, M=Masculino	
fechaNacimiento	Fecha de nacimiento del beneficiario	Obligatorio			
factorRiesgo	Factor de riesgo del beneficiario	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	Calculado por el sistema de acuerdo al tipoBeneficiario+ sexoBeneficiario + fechaNacimiento.
Remuneración líquida	remuneración líquida aproximada del beneficiario	Opcional	0	Enteros positivos	
montoCotizacionlegal	Monto de cotización legal	Opcional	0	Decimales positivos	Dado por el sistema y es el

	correspondiente a la remuneración líquida ingresada				7% de la remuneración líquida ingresada.
montoCotizacion adicional voluntaria	Monto de cotización adicional voluntaria para un plan de salud complementario	Obligatorio	0	Decimales positivos	No es obligatorio si se ha ingresado la remuneración líquida.

3.5.2.13 Clase Resultado

La clase **Resultado** registra los resultados entregados por el sistema de la aplicación de los criterios de búsqueda de planes, asociados a los parámetros de consulta.

Estructura de la clase Resultado:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
folioOferta	Folio asignado a la lista de planes ofertada	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Designado por el sistema.
fechaResultado	Fecha de resultados	Obligatorio	Fecha actual		Asignada por el sistema.
fechaTerminoOferta	Fecha de termino de la vigencia de la oferta	Obligatorio			Dado por sistema corresponde al último día del mes en curso
cotizacionPlan	Monto de cotización total de plan ofrecido	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	Calculado por el sistema.
imagenPlan	Nombre y ruta del archivo pdf del plan	Obligatorio			Imagen debe corresponder al plan ofrecido.
imagenSelección de Prestaciones Valorizadas	Nombre y ruta del archivo pdf de la Selección de Prestaciones Valorizadas	Obligatorio			Imagen debe corresponder a la Selección de Prestaciones

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
					Valorizadas del plan ofrecido.
tipoResultado	Tipo de resultado entregado	Obligatorio	0	1= Por precio, 2= Por prestador, 3= Por defecto	Si la aplicación de los criterios de búsqueda no arroja resultado se muestra la oferta por defecto.
estadoOferta	Estado de vigencia de la oferta de planes	Obligatorio	V	V=Vigente, F=Vencido	Estado determinado por el sistema de acuerdo a la fecha.
indicadorSeleccion	Indicador de plan seleccionado por el usuario	Opcional	NO	SI=seleccionado, NO=no seleccionado	
indicadorEleccion	Indicador de plan elegido como opción final por el usuario	Opcional	NO	SI=elegido, NO=no elegido	

3.5.2.14 Clase BeneficioContratado

La clase **BeneficioContratado** registra los beneficios adicionales al plan contratados por el usuario.

Estructura de la clase BeneficioContratado:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
cotizacionBeneficio	Cotización mensual del beneficio adicional contratado	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	Se calcula por el sistema de acuerdo al grupo familiar y el precio del beneficio.

3.5.2.15 Clase CriteriosBusqueda

La clase **CriteriosBusqueda** registra los criterios de búsqueda aplicados para cada set de parámetros de consulta en la consulta de planes.

Estructura de la clase CriteriosBusqueda:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
criterioAplicable	Son los criterios de búsqueda aplicables a los planes para obtener un resultado	Obligatorio			Se construyen a partir de los parámetros de consulta.

3.5.2.16 Clase FormularioContacto

La clase **FormularioContacto** registra la información de contacto entre el usuario y la Isapre, estableciendo los datos necesarios para ser contactado y el motivo de su comunicación con la Isapre.

Estructura de la clase FormularioContacto:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
nroFormulario	Número del formulario de contacto	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Auto-incremento
nombreContacto	Nombre y RUT del usuario que establece contacto	Obligatorio			
correoContacto	Correo electrónico del usuario	Opcional			Obligatorio si la forma de contacto es correo electrónico.
telefono_1	Número de teléfono	Opcional			Obligatorio si la forma de contacto es teléfono y visita representante.
telefono_2	Segundo número de teléfono	Opcional			
comentarios	Consultas, comentario, solicitud	Obligatorio			

	de información a la Isapre				
formaContacto	Forma de contacto que prefiere el usuario	Obligatorio		Correo electrónico, Teléfono, Visita representante	

3.5.2.17 Clase SesionUsuario

La clase **SesionUsuario** registra la última sesión de consulta del usuario asociada a un correo electrónico y a su RUT y permite ser recuperada.

Estructura de la clase SesionUsuario:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
fechaSesionU	Fecha de sesión del usuario	Obligatorio			Designada por sistema.
horaSesionU	Hora de sesión del usuario	Obligatorio			Designada por sistema.
correoUsuario	Correo electrónico al que se asocia la sesión de consulta	Obligatorio			Correo electrónico aportado por el usuario con una estructura válida.

4. Definición de Interfaces del Modelo

4.1 Descripción General

En este apartado se presentan las Interfaces del Buscador de Planes

Esta propuesta recoge estándares para el desarrollo de interfaces de usuario, elementos de diseño de sitios Web y criterios de usabilidad. Respecto del diseño gráfico de las interfaces, se ha enfocado en elementos estándares, dado que estas interfaces serán finalmente implementadas por cada Isapre, requiriendo ajustarse a las necesidades de imagen corporativa de cada una de ellas.

Se define un boceto de página Web estándar sobre el cual se trabaja cada interfaz, centrándonos en unificar las páginas y secciones a través de estilos predefinidos, en los que se considera los siguientes elementos que componen las interfaces: Navegación, Menú izquierdo, Contenido (layout), Vínculos, Botones de acción. Se han utilizando representativamente otros elementos como la tipografía, íconos y colores.

Referente a la aplicación de estándares de usabilidad, nos basamos en las normas expuestas por *Jacob Nielsen y Rolf Molich* en *Evolución Heurística de interfaces de usuario*³³⁰, los *criterios de usabilidad de Shneiderman* y en *criterios de usabilidad en la Web propuestos por Steve Drug* en su libro³³¹.

La propuesta de Interfaces del Buscador de Planes será presentada agrupando las interfaces de acuerdo a las funcionalidades que satisfacen.

³³⁰ Heuristic Evaluation of User Interfaces, 1990.

³³¹ En su libro "No me hagas pensar. Una aproximación a la usabilidad en la web". 2ª EDICIÓN - Steve Krug (Pearson Educación (Prentice Hall)).

4.2 Interfaces Graficas de Usuario

4.2.1 Formato general de página



- (1) **Branding:** zona compuesta por el Logo y la Navegación principal del sitio de la Isapre.
- (2) **Menú izquierdo:** zona compuesta por el acceso a las páginas de las opciones de la solución.
- (3) **Footer:** zona que contiene un menú inferior como apoyo a las políticas de la Isapre, por lo que contiene los link de la Isapre, eventos, auspicios, derechos del cliente, por ejemplo.
- (4) **Contenidos:** zona destinada a las distintas interfaces de la solución.

4.2.2 Consulta de Planes

4.2.2.1 Ingreso a la consulta de planes

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Recupera Consulta

CONSULTA PLANES DE SALUD

- ▶ **Consulta Planes de Salud**
- Recupera Consulta**
- Lugar de Residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del Plan
- Precio Plan
- Coberturas de Interés
- Resultados de la Búsqueda**
- Contáctenos**
- Ayuda**

Búsqueda de Planes - Recupera Consulta

¿Consulta planes de salud por primera vez?

Sí No

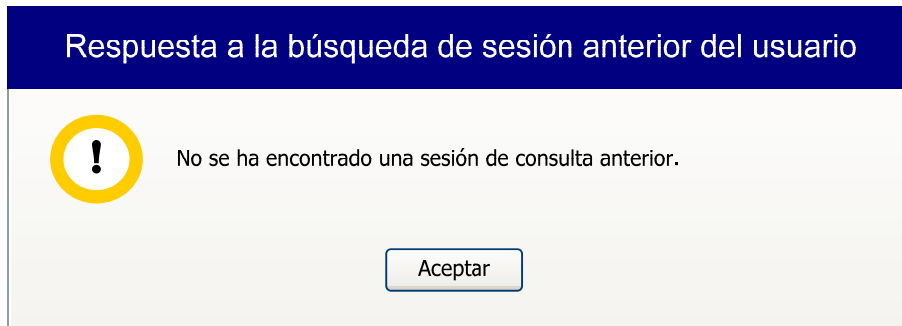
¿Desea recuperar su última sesión de consulta?

Sí No

Para recuperar su consulta anterior ingrese su correo electrónico:

 Recuerde que la sesión sólo se guarda durante el mes en curso.

4.2.2.2 Mensaje de Advertencia cuando no se encuentra sesión



4.2.2.3 Ingreso de parámetros de consulta – Lugar de residencia

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#) > **Lugar de residencia**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud
Recupera consulta
▶ **Lugar de residencia**
Tipo plan
Beneficiarios del plan
Precio plan
Coberturas de interés

Resultados de la búsqueda

Contáctenos

Ayuda

Búsqueda de Planes - Lugar de Residencia

[> Contáctenos](#)

Seleccione la ciudad donde vive

Lugar de Residencia

La ciudad nos permitirá entregarle planes de cobertura en las entidades de salud cerca de donde vive

Pasa a la pantalla de contacto con la IS para consultas, sugerencias o solicitud agente ventanilla

4.2.2.4 Ingreso de parámetros de consulta – Tipo de plan

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Tipo de Plan

CONSULTA PLANES DE SALUD

- ▶ **Consulta Planes de Salud**
- Recupera Consulta
- Lugar de Residencia
- Tipo plan**
- Beneficiarios del Plan
- Precio Plan
- Coberturas de Interés
- Resultados de la Búsqueda**
- Contáctenos**
- Ayuda**

Búsqueda de Planes - Tipo de Plan [> contáctenos](#)

Indique el Tipo de Plan que desea consultar

Seleccione un Tipo de Plan:

<input checked="" type="radio"/>	Individual	Planes donde sólo hay una persona que cotiza, la cual puede o no tener cargas.
<input type="radio"/>	Individual Compensado (Ej. Matrimoniales)	Planes donde 2 cotizantes aportan para financiar un plan de salud.

[Salir](#) [Volver](#) [Siguiente](#)

4.2.2.5 Ingreso Beneficiarios del plan Individual y Compensado

En tipo de beneficiario, además del Cotizante, se deben considerar los siguientes: Carga legal, Carga médica (opcional), Carga legal con aporte y Carga Médica con aporte (opcional).

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Beneficiarios del Plan

CONSULTA PLANES DE SALUD

- ▶ Consulta Planes de Salud
- Recupera Consulta
- Lugar de Residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del Plan**
- Precio Plan
- Coberturas de Interés
- Resultados de la Búsqueda
- Contáctenos
- Ayuda

Búsqueda de Planes - Beneficiarios del Plan

> [contáctenos](#)

Ingrese Beneficiarios del Plan

Nº	Tipo Beneficiario	Género	Fecha Nacimiento	Eliminar
	Cotizante	<input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/> Masculino	10 ▼ 01 ▼ 1970 ▼	
1	Carga legal ▼	<input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/> Masculino	dd ▼ mm ▼ aaaa ▼	
2	Carga legal ▼	<input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	dd ▼ mm ▼ aaaa ▼	

[Agregar Beneficiarios](#)

[Salir](#) [Volver](#) [Siguiente](#)

4.2.2.6 Ingreso Precio del plan Individual y con aportes

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Precio Plan

CONSULTA PLANES DE SALUD

- ▶ **Consulta Planes de Salud**
- Recupera Consulta
- Lugar de Residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del Plan
- Precio Plan**
- Coberturas de Interés

Resultados de la Búsqueda

Contáctenos

Ayuda

Búsqueda de Planes - Precio del Plan

> contáctenos

Cuanto desea pagar por su plan

Remuneración Líquida Aproximada

Cotizante:	<input type="text" value="500.000"/>	<input checked="" type="radio"/> Pesos = \$	<input type="text" value="35.000"/>	Cotización legal obligatoria	<input type="button" value="+ Compensación"/>
Aporte adicional:	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos = \$	<input type="text" value="35.000"/>		
Aporte carga:	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos = \$	<input type="text" value="35.000"/>		
Total cotización:	<input type="text"/>				

Para el efecto del cálculo de las UF se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta.

4.2.2.7 Ingreso Precio del plan Individual Compensado y con aportes

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Precio Plan

CONSULTA PLANES DE SALUD

- **Consulta Planes de Salud**
- Recupera Consulta
- Lugar de Residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del Plan
- Precio Plan**
- Coberturas de Interés

Resultados de la Búsqueda

Contáctenos

Ayuda

Búsqueda de Planes - Precio del Plan

> contáctenos

Cuanto desea pagar por su plan

Remuneración Líquida Aproximada

Cotizante:	<input type="text" value="500.000"/>	<input checked="" type="radio"/> Pesos = \$	<input type="text" value="35.000"/>	Cotización legal obligatoria	<input type="button" value="+ Compensación"/>
Aporte adicional:	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos = \$	<input type="text" value="35.000"/>		
Aporte carga:	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos = \$	<input type="text" value="35.000"/>		
Compensación:	<input type="text"/>	<input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos			
Total cotización:	<input type="text"/>				

Para el efecto del cálculo de las UF se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta.

4.2.2.8 Ingreso de Coberturas de interés

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Coberturas de Interés

CONSULTA PLANES DE SALUD

- ▶ **Consulta Planes de Salud**
- Recupera Consulta
- Lugar de Residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del Plan
- Precio Plan
- Coberturas de Interés**
- Resultados de la Búsqueda
- Contáctenos
- Ayuda

Búsqueda de Planes - Coberturas de Interés [> contáctenos](#)

Seleccione un Prestador de su gusto

Clínica o Centro Médico:

Seleccione Cobertura de Interés

Prefiere menor cobertura de parto

Su plan lo quiere con Cobertura Nacional e Internacional
 Sólo Nacional

Prefiere renunciar a la cuenta corriente de excedentes Sí No
La renuncia a los excedentes sólo es aplicable a los planes individuales compensados

El usuario al pasar el cursor por la palabra indicada en azul, “excedentes”, se deberá desplegar la definición legal de este concepto.

4.2.2.9 Listado Completo de Clínicas y Centros Médicos

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Coberturas de Interés

CONSULTA PLANES DE SALUD

- ▶ **Consulta Planes de Salud**
- Recupera Consulta
- Lugar de Residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del Plan
- Precio Plan
- Coberturas de Interés**
- Resultados de la Búsqueda
- Contáctenos
- Ayuda

Búsqueda de Planes - Coberturas de Interés [> contáctenos](#)

Seleccione un Prestador de su gusto

Selección	Prestador Médico	Ciudad
<input type="radio"/>	Megasalud S.A.	Iquique
<input type="radio"/>	Clínica Avansalud Providencia	Santiago
<input type="radio"/>	Clínica Indisa	Santiago
<input type="radio"/>	Hospital Clínico Universidad de Chile	Santiago
<input type="radio"/>	Clínica Alemana de Puerto Varas	Puerto Montt

4.2.2.10 Salida de la consulta de planes

En el botón “Salir” debe indicarse lo siguiente: Sale de la consulta y guarda sesión como usuario anónimo; en el botón “Aceptar” debe indicarse lo siguiente: Sale de la consulta y guarda la sesión de consulta asociada al mail y RUT del usuario.

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > Recupera Consulta

CONSULTA PLANES DE SALUD

- ▶ Consulta Planes de Salud
- Recupera Consulta
- Lugar de Residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del Plan
- Precio Plan
- Coberturas de Interés
- Resultados de la Búsqueda
- Contáctenos
- Ayuda


Búsqueda de Planes

¿Quiere guardar su sesión de Consulta de Planes?

Sí No

Ingrese su correo electrónico, para asociarlo a su sesión de búsqueda [Redacted]

Ingrese su RUT, para asociarlo a su sesión de búsqueda [Redacted]

 Recuerde que la sesión sólo se guarda durante el mes en curso.

4.2.3 Resultado de la Búsqueda

4.2.3.1 Resultado y Planes Alternativos (ver próxima hoja)

Usted está aquí: [Resultados de la Búsqueda](#) > Planes Resultantes

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud
[Recupera Consulta](#)
[Lugar de Residencia](#)
[Tipo plan](#)
[Beneficiarios del Plan](#)
[Precio Plan](#)
[Coberturas de Interés](#)

► **Resultados de la Búsqueda**
[Planes Resultantes](#)
[Beneficios Adicionales](#)
[Selección Final](#)

Contáctenos
[Ayuda](#)

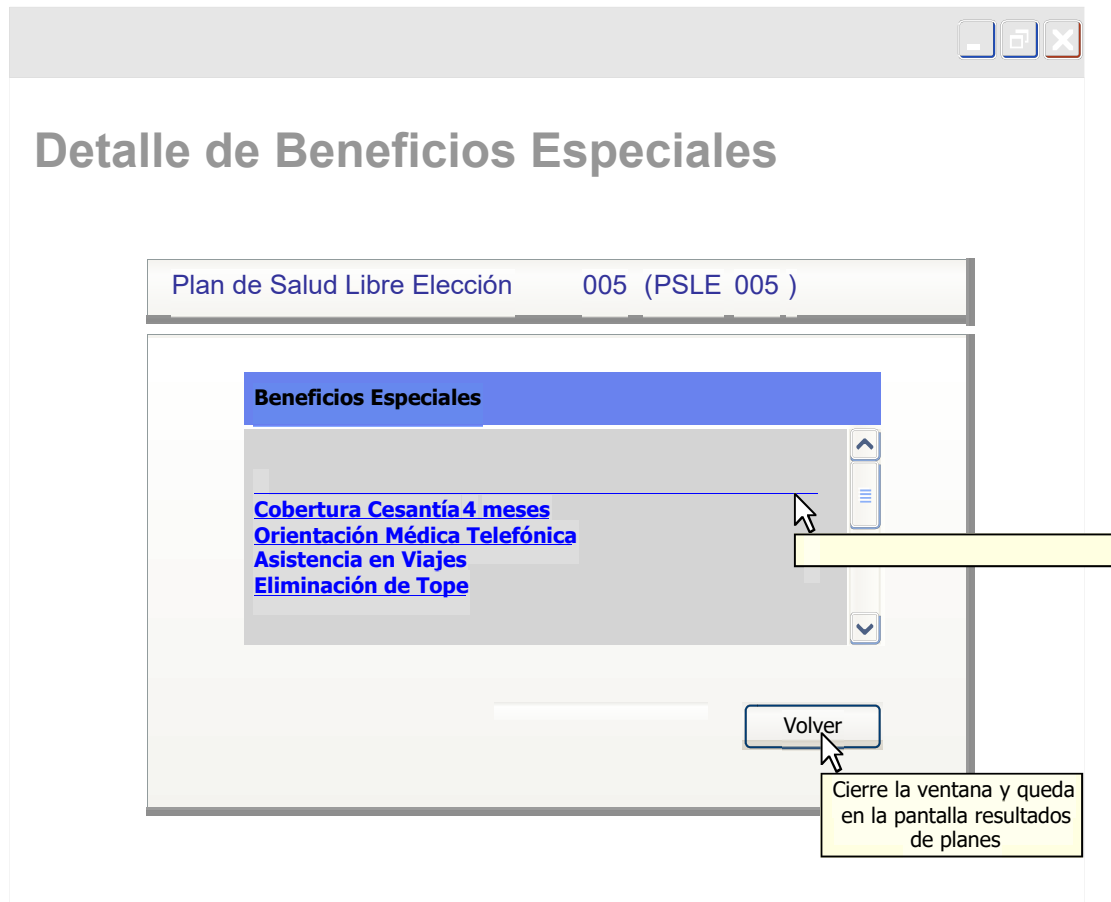
Resultado de la Búsqueda - Planes Resultantes > contá

Seleccione un Prestador de su gusto

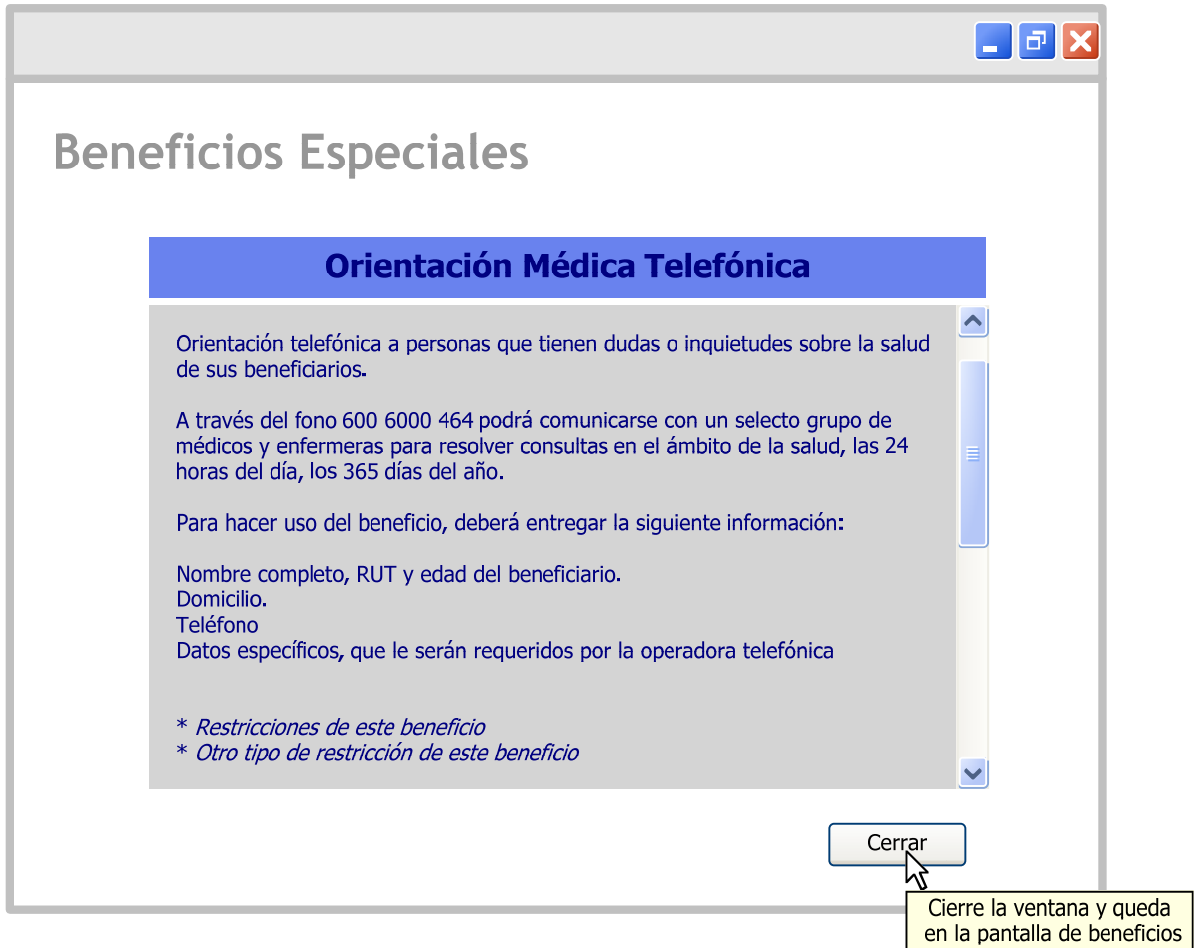
	Selección	Planes	Cotización	Beneficios Especiales	Coberturas de Interés	Plan	SPV	por Precio	Pre
Planes Cerrados	<input type="checkbox"/>	PSC001-CERRADO 001	4,99 UF	Ver Detalle beneficios	Cobertura normal por parto			<input checked="" type="checkbox"/>	
Planes por Prestador Preferente	<input type="checkbox"/>	PSPP002-PRESTADOR PREFERENTE 002	5,35 UF	Ver Detalle beneficios	Sólo Nacional			<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	PSPP003-PRESTADOR PREFERENTE 003	5,50 UF	Ver Detalle beneficios	Cobertura normal por parto Sólo Nacional				
Planes Libre Elección	<input type="checkbox"/>	PSLB004-LIBRE ELECCIÓN 004	5,62 UF	Ver Detalle beneficios	Nacional e Internacional			<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	PSLB005-LIBRE ELECCIÓN 005	9,77 UF	Ver Detalle beneficios	Cobertura normal por parto Nacional e Internacional				

¿Quiere modificar los datos ingresados y obtener otros planes? Sí No

4.2.3.2 Beneficios Especiales del Plan



4.2.3.3 Descripción de Beneficios Especiales



The screenshot shows a window titled "Beneficios Especiales" with a blue header bar containing the text "Orientación Médica Telefónica". The main content area is light gray and contains the following text:

Orientación telefónica a personas que tienen dudas o inquietudes sobre la salud de sus beneficiarios.

A través del fono 600 6000 464 podrá comunicarse con un selecto grupo de médicos y enfermeras para resolver consultas en el ámbito de la salud, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Para hacer uso del beneficio, deberá entregar la siguiente información:

- Nombre completo, RUT y edad del beneficiario.
- Domicilio.
- Teléfono
- Datos específicos, que le serán requeridos por la operadora telefónica

* *Restricciones de este beneficio*
* *Otro tipo de restricción de este beneficio*

At the bottom right of the window is a button labeled "Cerrar". A mouse cursor is pointing at the button, and a tooltip box contains the text: "Cierre la ventana y queda en la pantalla de beneficios".

4.2.3.4 Layout Impresión de Resultados**ISAPRE**Folio Oferta de planes: **123456**

Fecha: dd/mm/aaaa

OFERTA DE PLANES DE SALUD

Esta oferta de planes de salud, para 1 cotizante hombre de X años con 1 carga mujer de X años y 1 carga hombre de X años, se mantiene vigente hasta el 29/08/2007.

Planes Cerrados	Planes	Cotización	Sus Coberturas de Interés
	PSC001 - CERRADO 001	4,99 U.F.	Cobertura normal por parto
Planes con Prestador Preferente	PSPP002 - PRESTADOR PREFERENTE 002	5,35 U.F.	Sólo Nacional
	PSPP003 - PRESTADOR PREFERENTE 003	8,50 U.F.	Cobertura normal por parto Sólo Nacional
Planes Libre Elección	PSLE004 - LIBRE ELECCIÓN 004	5,62 U.F.	Nacional e Internacional
	PSLE005 - LIBRE ELECCIÓN 005	10,77 U.F.	Cobertura normal por parto Nacional e Internacional


Notas:

- Valor GES 0,16 U.F. mensual por beneficiario, incluido en la cotización del plan.

- Para efectos del cálculo de las UF, se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta.

4.2.3.5 Mensaje de Advertencia cuando No Selección de planes

Advertencia cuando el usuario no ha seleccionado planes

 Por favor, seleccione el plan de salud que más se ajuste a sus necesidades para continuar.

Aceptar

Beneficios Adicionales (ver próxima página)

Usted está aquí: [Consulta planes](#) [Resultados de la Búsqueda](#) [Planes alternativos](#) [Beneficios Adicionales](#) [Selección Final](#)

CONSULTA PLANES DE SALUD

Selección Final : debe seleccionar una opción de planes [> Contáctenos](#)

Esta oferta de planes de salud para 1 cotizante hombre de X años con carga mujer de X años y 1 carga hombre de X años se mantiene vigente hasta el 29/08/2007.

Selección	Planes	Cotización	Beneficios Adicionales	Beneficios Especial	Beneficios Adicionales	Sus Coberturas de Inter-	Ver	
							Plan	Cartilla
<input type="radio"/> Opción 1	PSP03- PRESTADOR PREFERENTE	8,50 U.F.	1,53 U.F.	Ver Detalle Beneficios	Ver Beneficios Adicionales	Cobertura normal por país		
<input type="radio"/> Opción 2	PSLB04-LIBRE ELECCIÓN 004	5,62 U.F.	1,53 U.F.	Ver Detalle Beneficios	Ver Beneficios Adicionales	Nacional e Internacional		

Valor GES 0,16 U.F. mensual por beneficiario incluido en la cotización del plan. Efectos del cálculo de las GES. Considere el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta.

Garantías Explícitas en Salud

¿Desea continuar el proceso de Afiliación? Sí No

[Imprimir Resultados](#)

Despliega el detalle de los beneficios incluidos en el plan

Passa a la pantalla de beneficios adicionales

Sale de la consulta de planes y guarda la sesión

4.2.3.6 Layout Impresión de Beneficios Adicionales

ISAPRE

Fecha dd/mm/aaaa

BENEFICIOS ADICIONALES

Cobertura Dental

Bonificación de 70% y 80% sobre el arancel del Colegio de Odontólogos de Chile .

- Más de 150 prestaciones cubiertas por este beneficio .
- No se requiere evaluación de riesgo previa para acceder a este beneficio adicional .
- Tope anual de \$500.000 para el 70% y \$600.000 para el 80% por cada beneficiario al año .
- Atención Exclusiva en los Centros *Equis*.
- Exclusivo para planes comercializados en la Región Metropolitana .

Cobertura Óptica

Visite cualquier local de Ópticas Rotter & Krauss de Santiago o regiones , presente su receta médica y credencial de beneficiario de Consalud y obtenga automáticamente los siguientes descuentos :

- 24% en óptica : Armazones, cristales y tratamientos para cristales , por compras al contado .
- 15% en óptica : Armazones, cristales y tratamientos para cristales , por compras a plazo hasta 5 cheques o pago con tarjeta de crédito .
- 10% en lentes de contacto , audífonos y lentes de sol por su compra al contado .
- 6% en lentes de contacto , audífonos y lentes de sol por su compra a plazo hasta 3 cheques o pago con tarjeta de crédito .
- 5% en óptica y armazones por pago hasta 10 cheques.

Farmacia Opción

Este beneficio de farmacia consiste en un reembolso de medicamentos ambulatorios curativos , permitiendo facilitar el acceso y financiamiento de los medicamentos .

El Beneficio Especial de Medicamentos Ambulatorios otorga coberturas de hasta 80% de reembolso en medicamentos recetados , exclusivamente en forma ambulatoria por un MÉDICO CIRUJANO o CIRUJANO DENTISTA con Título reconocido por el Ministerio de Salud de Chile y adquiridos en la RED de Farmacias AHUMADA .

Asistencia en Urgencias

Ante la ocurrencia de un accidente dentro del territorio nacional continental , se coordinará el traslado de urgencia al centro asistencial más cercano .

Además, el acompañante podrá optar a un servicio de taxi que lo llevará al mismo centro de atención para el beneficiario .

También se incluye dentro del beneficio el traslado desde el centro asistencial al domicilio habitual del beneficiario accidentado al ser dado de alta (correspondiente a la primera atención recibida en caso de accidente)

Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas

4.2.3.7 Selección Final de planes – Más de 1 plan seleccionado

Usted está aquí > Consulta planes > Resultados de Búsqueda > Planes alternativos > Beneficios Adicionales > Selección Final

CONSULTA PLANES DE SALUD

Selección Final : debe seleccionar una opción de planes

Esta oferta de planes de par 1 cotizante hombre de X1 carga mujer de X1 carga hombre de X se mantiene vigente 2 / 0 / 200.

ValoGE 01 UF.mensual incluido en la cotización para efectos del cálculo de las UF. No considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta

¿Desea continuar el proceso de Afiliación?

SI NO

Imprimir Resultados

Sale de la consulta de planes guardada en la sesión

> Contáctenos

Consulta Planes de Salud

Logarita de

Beneficiarios del

Phocio de

Polerturas de

interés

Resultados de la

busqueda

Beneficios

Selección final

Contáctenos

As Ayuda

Seguir con proceso de afiliación

4.2.3.8 Selección Final de planes – Selecciona un plan (ver próxima página)

Usted está: [Consulta planes](#) > [Resultados Búsqueda](#) de la > [Planes alternativos](#) > [Beneficios Adicionales](#) > **Selección Final**

CONSULTA PLANES DE SALUD

[> Contáctenos](#)

Consulta Planes de Salud

- Consulta de Beneficiarios del Plan
- Coberturas de interés
- Resultados de la búsqueda**
- Beneficios Adicionales
- Selección final**

Contáctenos
Ayuda

Valor **GE 0,1** U.F. mensual por, incluido en la cotización del. Para efectos del cálculo de las, se considera el valor al último día del mes anterior a la fecha de la consulta. UF correspondiente

¿Desea continuar con la afiliación? S N S N

Sale de la consulta de planes y guarda la sesión

4.2.3.9 Ayuda CAEC

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes alternativos**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud
Recupera consulta
Lugar de residencia
Tipo plan
Beneficiarios del plan
Precio plan
Coberturas de interés

Resultados de la búsqueda
▶ [Planes alternativos](#)
[Beneficios adicionales](#)
[Selección final](#)

Contáctenos
Ayuda

CAEC–Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas

La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas es un beneficio complementario de salud que las Isapres ofrecen a sus afiliados y beneficiarios y 100% de cobertura para los gastos que superen el deducible

¿Qué se entiende por enfermedades catastróficas

Una enfermedad catastrófica es todo diagnóstico médico, enfermedad o patología que el costo de pagar por el beneficiario sean superiores al deducible que le corresponde por el plan de salud del beneficiario.

Requisito básico para utilizar la CAEC

Antes de utilizar la CAEC, el cotizante y/o beneficiario debe ponerse en contacto con la Isapre de tal forma de conocer los requisitos de uso de los prestadores de la RED. El no cumplimiento de este requisito, salvo el caso de urgencias comprobadas, no garantiza el uso de esta cobertura.

[Obtenga más información sobre el beneficio CAEC](#)

Vuelve a la pantalla de detalle de beneficios

Red de Atención CAEC

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes resultantes**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud

[Recupera consulta](#)
[Lugar de residencia](#)
[Tipo plan](#)
[Beneficiarios del plan](#)
[Precio plan](#)
[Coberturas de interés](#)

Resultados de la búsqueda

[▶ Planes resultantes](#)
[Beneficios adicionales](#)
[Selección final](#)

Contáctenos

Ayuda

Consulta Red de Atención CAEC

Prestadores de la Red de Atención CAEC

Prestador	Dirección	Ciudad	Especialidad
Clínica Hospital del Profesor	Lib.Bdo. O'Higgins4860	Santiago	Alta Complejidad
Hospital Clínico Universidad de Chile	Santos Dumont999	Santiago	Alta Complejidad
Hospital de Copiapó	Los Carrera1320	Copiapó	Mediana Complejidad
Hospital Herminda Martín	Francisco Ramírez10	Chillán	Alta Complejidad
Hospital Luis Calvo Mackenna	Antonio Varas360	Santiago	Pediatría
Hospital Regional	Argentina1962	Antofagasta	Alta Complejidad

Volver

Vuelve a la pantalla de ayuda acerca de CAEC

4.2.3.10 GES

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes resultantes**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud
Recupera consulta
Lugar de residencia
Tipo plan
Beneficiarios del plan
Precio plan
Coberturas de interés

Resultados de la búsqueda
▶ [Planes resultantes](#)
Beneficios adicionales
Selección final

Contáctenos
Ayuda

GES- Garantías Explícitas en Salud

El AUGE o GES (Garantías Explícitas en Salud), es el derecho que otorga la Ley a todos los afiliados a Fonasa e Isapres y a sus respectivas cargas para ser atendidos en condiciones de igualdad que garantizan su acceso, calidad, oportunidad de atención y protección financiera en cualquiera de los problemas de salud garantizados definidos por el Ministerio de Salud.

[Obtenga más información sobre GES](#) Pasa a página de información de la Isapre

[Consulte la Red de Atención GES](#)

[Volver](#) Vuelve a la pantalla de detalle de beneficios

4.2.3.11 Red de Atención GES

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes resultantes**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud

[Recupera consulta](#)
[Lugar de residencia](#)
[Tipo plan](#)
[Beneficiarios del plan](#)
[Precio plan](#)
[Coberturas de interés](#)

Resultados de la búsqueda

[▶ Planes resultantes](#)
[Beneficios adicionales](#)
[Selección final](#)

Contáctenos

Ayuda

Consulta Red de Atención GES

Prestadores de la Red de Atención GES

Problema de Salud **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL**

Prestador	Dirección	Ciudad	Tipo Intervención Sanitaria
Hospital Clínico Universidad de Chile	Santos Dumont 999	Santiago	Tratamiento
Centro de Diálisis del Maule	Constitución 123	Constitución	Transplante renal
Clínica Dávila	Av. Recoleta 464	Santiago	Tratamiento
Clínica Iquique	Av. Ramírez 123	Iquique	Tratamiento y Transplante renal
Farmacias Ahumada		A nivel nacional	

Volver

Vuelve a la pantalla de ayuda acerca de GES

4.2.3.12 Contacto

Usted está aquí **Contáctenos**

CONSULTA PLANES DE SALUD

Consulta Planes de Salud
Recupera consulta
Lugar de residencia
Tipo plan
Beneficiarios del plan
Precio plan
Coberturas de interés

Resultados de la búsqueda
Planes resultantes
Beneficio Adicionales
Selección Final

► **Contáctenos**
Ayuda

Contáctenos

Para contactarse con nosotros agradeceremos llenar el siguiente formulario

Datos Personales

Nombre Completo

RUT

Preferencia de Contacto

Correo electrónico

Teléfonos

Háganos llegar sus consultas

Escriba sus consultas o solicite más información

Envía una solicitud para ser contactado por la Isapre

5. Anexos

5.1 Definiciones

Estas definiciones serán las utilizadas en el Buscador de Planes al momento que el usuario pase el cursor por dichos conceptos, desplegando su significado.

5.1.1.1 Afiliado

Es la persona que suscribe un contrato de salud con una Isapre, es decir el titular. Tendrán calidad de afiliados al sistema:

- Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado
- Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión
- Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios
- Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía

El Afiliado es el cliente final de las Isapres y principal consumidor de los productos que ésta comercializa. Interactúa con las Isapres de 2 formas:

- Deposita la cotización obligatoria en la Isapre, para el caso de los afiliados independientes y paga la cotización a través de su empleador, para el caso de afiliados dependientes.
- Se beneficia con las prestaciones de salud pactadas en el plan de salud complementario.

5.1.1.2 Empleador

Para nuestros efectos el empleador es la entidad que:

- Se encarga del pago de la remuneración, en el caso de los trabajadores dependientes, y descuenta las cotizaciones de la remuneración del trabajador y las paga en la isapre.
- Es la entidad encargada del pago de la pensión, en el caso de los pensionados, y descuenta las cotizaciones de la pensión del pensionado y las paga en la isapre.
- Puede participar en la negociación de³³² los planes colectivos o grupales con la Isapre, para sus trabajadores dependientes.

³³² Frase reemplazada por Circular IF N° 418, de 28.12.2022.

5.1.1.3 Prestadores de salud

Son las entidades de salud, profesionales médicos, paramédicos que se encuentran autorizados para otorgar prestaciones de salud, tales como: hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio consulta, consultorio, y otros de cualquier naturaleza, incluidas ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria.

Los prestadores de salud son las entidades por medio de los cuales, la Isapre entrega las prestaciones de salud y beneficios pactados a sus afiliados. Los prestadores se pueden agrupar en 3 tipos:

- Prestadores Institucionales. Clínicas, hospitales, centros médicos, etc.
- Profesionales Médicos.
- Red de Prestadores. Conjunto de prestadores de salud que en virtud de la ley o convenio entregan las prestaciones, a los beneficiarios de las Isapres.

5.1.1.4 Afiliación

Se materializa en un *contrato de salud privado* donde afiliado e isapre acuerdan libremente los beneficios y condiciones generales y específicas dentro de un marco reglamentario establecido. Los contratos de salud tienen carácter individual, los planes de salud pueden ser individuales, individuales compensados o grupales.

5.1.1.5 Contrato de salud

Un Contrato de Salud Previsional es el acuerdo entre una isapre y una persona que desea afiliarse a ella. Se expresa mediante un instrumento formal donde se establecen los derechos, las obligaciones, los beneficios y el precio. El contrato es de duración indefinida y sus beneficios comienzan a regir a partir del mes subsiguiente de la suscripción. Para obtener estos beneficios, la isapre entregará una credencial de salud, que es personal e intransferible.

Forman parte integrante del Contrato de Salud Previsional, además de la normativa legal y administrativa, los siguientes antecedentes:

- Las Condiciones Generales del Contrato
- El Formulario Único de Notificación (F.U.N.)
- El Formulario de Declaración de Salud
- El Plan de salud complementario
- Selección de Prestaciones Valorizadas
- Las Garantías Explícitas en Salud (GES)
- Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)
- Arancel de Prestaciones

5.1.1.5.1 Condiciones Generales del Contrato

Las condiciones generales del contrato incluyen, entre otros aspectos:

- Las modalidades para el otorgamiento de los beneficios (Ej.: libre elección, convenios, visación de documentos por parte de la isapre, plazos de boletas, programas médicos, etc.), plazos, etc.

- Las prestaciones mínimas obligatorias y mecanismo para su otorgamiento
- Las exclusiones y restricciones a la cobertura
- Los mecanismos de ajuste del precio del plan
- La reajustabilidad del arancel de prestaciones
- Las causales y procedimientos del término del contrato
- Las normas relativas a la adecuación anual del contrato
- Las obligaciones del afiliado y sus cargas
- La cláusula de fiscalización y arbitraje

5.1.1.5.2 Formulario Único de Notificación (F.U.N.)

Documento en el cual se detalla toda la información requerida respecto del afiliado y sus beneficiarios, del empleador, el nombre del plan pactado, el precio, etc.

Es importante destacar que cuando se registre el domicilio del afiliado, en la sección B del formulario, éste sea efectivamente el lugar donde reside y no la dirección del empleador, dado que a esta dirección la isapre enviará la correspondencia de la revisión anual del contrato, entre otras. Además, esta dirección determinará la COMPIN que le corresponderá para efectos de reclamos sobre licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral.

El afiliado debe avisar a la isapre los cambios de domicilio de él y de su empleador (los cambios de domicilio quedan registrados en otros documentos creados para tal efecto, por lo que es importante que el cotizante verifique su domicilio actualizado en el FUN último suscrito por él).

En el FUN la notificación correspondiente se tipifica con un número, siendo: el 1 utilizado para la notificación de la suscripción del contrato; el 2 para el término del contrato por parte de la isapre; y del 3 al 9 para notificar modificaciones al contrato vigente.

5.1.1.5.3 Formulario de Declaración de Salud

Las enfermedades o condiciones de salud preexistentes deberán ser registradas fidedignamente por el afiliado en el documento denominado Declaración de Salud, junto con los demás antecedentes de salud que requiera la Isapre. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del Contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Sólo en este documento se podrán convenir las restricciones de cobertura. La Declaración de Salud forma parte esencial del Contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la Isapre renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

En ella se deben consignar en forma veraz, todas las enfermedades o patologías, cirugías, secuelas de accidentes y malformaciones tanto del afiliado como de sus cargas beneficiarias y diagnosticadas médicamente, con anterioridad a la firma del contrato, así como otros antecedentes médicos que solicite la isapre cuyo diagnóstico sea conocido por el afiliado.

³³³En el caso de incorporación de un nuevo beneficiario, el afiliado deberá completar la declaración de salud del beneficiario que se incorpora, ya que en la mayoría de los casos se trata de un menor de edad. Cuando se trata de un recién nacido, no es necesario dicho trámite. Para incorporarlo basta con realizar

³³³ Se eliminó tercer párrafo a través de Circular IF/N° 234 de 2014.

su inscripción entre el 7° mes de embarazo y el primer mes de vida, según estipule cada isapre. La cotización correspondiente al recién nacido se devengará como máximo a contar del mes anterior al nacimiento.

Las Isapres cubren ciertas preexistencias de acuerdo a las normas internas de cada institución, pero también pueden establecer determinadas restricciones a la cobertura de las prestaciones que se derivan de tales enfermedades, las que en todo caso, deben ser explicitadas por la isapre en la declaración de salud correspondiente.

La Isapre podrá, durante un período de hasta 18 meses, otorgar una bonificación menor por atención derivada de estas enfermedades; el período anterior puede llegar a 36 meses siempre que el afiliado lo solicite y la Isapre lo califique. La cobertura no podrá ser inferior al 25% de la establecida en el plan de salud complementario. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el FONASA asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley N° 19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud.

Transcurrido este plazo, todas las enfermedades declaradas deben ser cubiertas de acuerdo al plan de salud complementario.

La Isapre no está obligada a pagar las atenciones médicas de enfermedades preexistentes no declaradas. Incluso está facultada para poner término al contrato si comprueba esta omisión, acreditando que ésta no obedeció a justa causa de error.

Transcurrido un período de cinco años, la isapre está obligada a dar cobertura, según el plan de salud complementario contratado, a menos que demuestre que durante este período la enfermedad requirió atención y el afiliado lo ocultó a sabiendas de esta disposición legal.

5.1.1.5.4 Plan de salud complementario

En el Plan de Salud Complementario, se estipulan en forma detallada las prestaciones y beneficios a cuyo financiamiento se obliga la Isapre, su precio y las demás condiciones particulares que correspondan.

El Plan de Salud Complementario puede contener alguna de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios, cuyos requisitos y efectos regula la ley:

- a) Plan libre elección
- b) Plan cerrado
- c) Plan con prestadores preferentes

Tratándose de planes cerrados o con prestadores preferentes, se identificará en el Plan de Salud Complementario el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias, así como los prestadores que subsidiariamente

brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Tratándose de atenciones de urgencia, además, deberán mencionarse los procedimientos para acceder a los prestadores, y la cobertura que se otorgará a esas atenciones, sea que éstas se realicen por dichos prestadores o por otros distintos. En todo caso, con ocasión de una emergencia y habiendo ingresado a un prestador distinto a los señalados en el Plan de Salud Complementario, el afiliado tendrá derecho a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan y la Isapre, por su parte, a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las reglas señaladas en el artículo 189 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Cualquiera sea la modalidad convenida, el Plan de Salud Complementario no podrá contemplar una cobertura inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el FONASA asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley N° 19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud.

5.1.1.5.5 Selección de Prestaciones Valorizadas

Es un instrumento que tiene por finalidad facilitar a las personas la comparación entre los diferentes planes ofrecidos por las Isapres. Está constituido por un conjunto de prestaciones médicas que han sido seleccionadas por la Superintendencia de Salud considerando su alto impacto sobre el gasto, mayor frecuencia y/o alto costo, que deberán ser valorizadas por las Isapres en una unidad común, de acuerdo a la cobertura que a dichas prestaciones se les otorgue en los planes de salud con que cuentan las referidas instituciones, señalando además, el porcentaje de bonificación y los topes de bonificación para cada una de ellas en un determinado plan.

Para la valorización de la Selección de Prestaciones Valorizadas se establece lo siguiente:

- Los montos máximos de bonificación (topes) de las prestaciones contenidas en la selección de prestaciones valorizadas correspondientes a cada plan, deberán estar expresados en pesos, independiente de las unidades que utilice cada Isapre en la determinación de las bonificaciones de sus planes.
- Para establecer la equivalencia en pesos de los topes que se encuentran expresados en Unidades de Fomento, las Isapres deberán emplear el valor que tenga asignada dicha unidad en los contratos respectivos, como si las prestaciones se hubiesen otorgado a una fecha determinada.

5.1.1.5.6 Garantías Explícitas en Salud (GES)

Documento que contiene las Condiciones para acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud. **Auge** La sigla Auge significa Acceso Universal a Garantías Explícitas, la cual fue reemplazada por las Garantías Explícitas en Salud (GES) y se traducen en asegurar Acceso, Calidad, Oportunidad y Protección Financiera a un conjunto de Enfermedades definido por la Ley.

5.1.1.5.7 Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC)

Es el financiamiento del 100% de los copagos originados por enfermedades catastróficas que superen el deducible. El deducible siempre debe ser financiado por el afiliado.

Las Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) es el documento que señala las características de este beneficio y su procedimiento de acceso.

La Red Cerrada de Prestadores es el listado de centros asistenciales establecido por la Isapre en donde se otorgará este beneficio adicional.

5.1.1.5.8 Arancel de Prestaciones

El Arancel de Prestaciones es un catálogo valorizado que contempla, a lo menos, todas las prestaciones del Arancel del Fondo Nacional de Salud en su modalidad de libre elección. El Arancel será utilizado para determinar las prestaciones comprendidas en el Contrato de Salud y la cobertura que a éstas corresponda, y será reajustado en la forma y condiciones que señale el Plan de Salud Complementario. Dicho Arancel deberá ser identificado en el Plan de Salud Complementario contratado, indicándose, además, la unidad en que se expresa.

La Isapre podrá crear y establecer Normas Técnico-Administrativas, para los efectos de interpretar su Arancel. Dichas normas no formarán parte del presente Contrato y, en ningún caso, podrán imponer a los afiliados restricciones o limitaciones de ninguna especie a los derechos emanados del Contrato de Salud.

5.1.1.6 Plan de salud complementario

El Plan de salud complementario está regulado por normativa legal y administrativa que establece la estructura de los planes y regulan los métodos de cálculo para determinar el precio de los planes.

El Plan de salud complementario es el documento que contiene la información necesaria para determinar el nivel de cobertura de las prestaciones consignadas en el arancel de referencia de la isapre y otros beneficios que se hayan pactado.

Las prestaciones consignadas en el plan de salud complementario están contenidas en dos grandes grupos que son:

- **Ambulatorias**, como por ejemplo, consultas, exámenes, etc.
- **Hospitalarias**, como por ejemplo, día cama, honorarios médicos quirúrgicos, etc.

Existe un tercer grupo que contiene otros beneficios, como por ejemplo, atención dental, óptica, traslados, prótesis y órtesis, etc.

La Bonificación o cobertura para las prestaciones del plan de salud, puede ser el valor total de la prestación o puede expresarse en un porcentaje de esta prestación. Generalmente, está asociada a un tope de bonificación:

- Tope de bonificación por prestación y por evento: es el monto máximo que la isapre bonificará por cada prestación de salud. Puede estar expresado en \$, UF, o Veces Arancel.
- Tope de bonificación por grupo de prestaciones por año de contrato: es el monto máximo que la isapre bonificará por una o un grupo de prestaciones de salud a cada beneficiario en un año de contrato. Pueden estar expresadas en pesos o UF. Este tope se aplica generalmente a prestaciones fonoaudiológicas, psiquiátricas, psicológicas y de kinesiterapia.
- Tope general anual de bonificación por beneficiario: es el monto máximo que la isapre bonificará por beneficiario anualmente para el total de prestaciones: Puede estar expresado en \$ o UF. Ejemplo: tope anual por beneficiario UF 3.000.

La diferencia que se produce entre el valor cobrado por las prestaciones cubiertas por el plan de salud complementario pactado y la bonificación efectiva que otorga dicho plan **se denomina Copago y es el monto que le corresponde pagar al afiliado.**

A diferencia de los demás documentos integrantes del contrato de salud que son iguales para todos los cotizantes de una misma Isapre, el contenido del formulario plan de salud complementario será diferente según el plan que el afiliado contrate, dentro de la variedad de planes que la Isapre tenga para ofrecer (con diferentes coberturas, topes, etc.).

3.1.1.6.1 Precio del Plan de salud complementario

El precio deberá constar en el Plan de Salud Complementario y se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país. En el caso de Planes de Salud Complementarios grupales y los Contratos de salud que celebren las personas con una isapre cuyo objeto sea financiar prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa (inciso final del artículo 200 del DFL N° 1, de 2005, de Salud), el precio podrá expresarse en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.

El precio final del Plan de Salud Complementario se obtiene de la multiplicación del “precio base”, que corresponde al asignado por la Isapre al respectivo plan y que es idéntico para todas las personas que lo contraten, por los factores que correspondan al afiliado y a los beneficiarios, de conformidad a la tabla de factores por sexo, edad y condición de cotizante o carga contenida en el Plan de Salud Complementario, que el afiliado o beneficiario declara conocer y aceptar. Esta tabla no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al plan, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia de Salud. Dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

El precio final del Plan de Salud Complementario podrá variar por los siguientes motivos:

- a) Por revisión y adecuación del Contrato de Salud conforme al inciso tercero del artículo 197 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.
- b) Por variación del número de beneficiarios, aplicando la Tabla de Factores contenida en el Plan de Salud Complementario. En este caso, el nuevo precio regirá a partir del mes siguiente de efectuada la modificación.
- c) Por el aumento o reducción del factor que corresponda al afiliado o beneficiario en razón de su edad, según la Tabla de Factores antes referida. El precio del Plan de Salud Complementario variará desde el mes siguiente en que se cumpla la anualidad.

d) Por reajuste anual, una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, tratándose de planes pactados en pesos. El índice de variación que utilizará y la fecha de su aplicación deberán consignarse en el Plan de Salud Complementario.

3.1.1.6.2 Cotización de Salud

La cotización para salud del afiliado, corresponderá a la suma del precio del Plan de Salud Complementario, calculado en la forma indicada en el artículo anterior; más el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC), si corresponde; más el precio que la Isapre cobre por el aseguramiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES); y, más el precio de los beneficios adicionales contratados por el afiliado, si corresponde, todos los cuales se detallan en el F.U.N. respectivo. La cotización para salud del afiliado, deberá ser declarada y pagada por el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o imponente voluntario, según sea el caso, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquél en que se hayan devengado las remuneraciones, pensiones y rentas correspondientes, plazo que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo. Sin embargo, cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones, a través de un medio electrónico, el plazo se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aún cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo. El pago deberá efectuarse en las oficinas de atención de público de la Isapre o en las entidades o instituciones recaudadoras autorizadas por ella. Para tales efectos, el valor de la unidad de fomento será el del último día del mes anterior al del pago de la cotización.

En caso de no pago de la cotización pactada para salud, la Isapre deberá informar tal circunstancia al afiliado, sea cotizante dependiente, pensionado, independiente, voluntario o cesante, dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización.

La falta de pago de la cotización por parte del empleador o por parte de la entidad encargada del pago de la pensión, no faculta a la Isapre para poner término al Contrato, ni para suspender el otorgamiento de los beneficios y prestaciones. En el evento que el cotizante dependiente perdiera su calidad de tal por cualquier causa, será considerado para los efectos de este Contrato, como afiliado en situación de cesantía, y en tal caso, será el obligado directo del pago de la cotización para salud.

En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, señalada en el párrafo anteprecedente, además, impedirá a la Isapre poner término al Contrato por no pago de la cotización y cobrar intereses, reajustes y multas.

5.1.1.6.2.1 Cotización Mínima Obligatoria

Es el monto mínimo del aporte que por disposición de la ley deben efectuar para fines de salud previsional, los trabajadores dependientes e independientes y los pensionados³³⁴.

5.1.1.6.3 Tipos de Planes

Si bien la celebración del contrato es de carácter individual es posible negociar un plan en forma grupal, compensar un plan u optar a planes matrimoniales, con el fin de obtener mejores beneficios que con

³³⁴ Modificado por Circular IF/N° 283, 25.4.17.

una cotización individual. Así tenemos que, el Plan de salud complementario puede ser **Individual** o **Grupal**. Los planes individuales pueden ser, a su vez, **Compensados**.

5.1.1.6.3.1 Individuales

Los planes individuales con aquellos donde sólo hay una persona que cotiza, la que puede o no tener cargas.

5.1.1.6.3.2 Individuales Compensados

Los planes compensados son aquellos donde un afiliado adscribe a un plan de salud complementario cuyo precio es superior a su cotización individual de salud, caso en el cual su precio final será financiado, además, con la compensación efectuada voluntariamente por otro afiliado de la Isapre. Si la compensación es efectuada entre cónyuges, el plan pasa a llamarse **Matrimonial**.

5.1.1.6.3.3 Grupales

Este tipo de plan, también denominado colectivo, es aquél suscrito por una persona cotizante, producto de una negociación conjunta entre la isapre y cotizantes que pertenecen a una misma empresa o grupo de dos o más trabajadores, o, excepcionalmente, dos o más pensionados que han tenido relación laboral con una empresa o institución cuyos trabajadores sean destinatarios exclusivos de los beneficios de dicha isapre, y cuya finalidad es el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener el o la cotizante con su misma cotización individual de no mediar dicha circunstancia, lo que deberá constar expresamente en el plan de salud.³³⁵

5.1.1.6.4 Modalidades de Planes

El Plan de salud complementario puede contener alguna de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios:

5.1.1.6.4.1 Plan libre elección

Es aquél en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Isapre.

5.1.1.6.4.2 Plan cerrado

Es aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

5.1.1.6.4.3 Plan con prestadores preferentes

Es aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

³³⁵ Definición reemplazada por Circular IF N° 418, de 28.12.2022

5.1.1.6.5 Beneficiarios del Plan de salud complementario

Se entiende como beneficiarios tanto la persona que se afilia a una isapre como a las cargas que esta incluya en su plan de salud (hijos, esposa, abuelos).

Son beneficiarios del Contrato:

- 1) El cotizante;
- 2) las Carga legales: Familiares beneficiarios del cotizante (ej. esposa, hijos), y que, respecto del cotizante, cumplen con las calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar, sea que la perciban o no; y
- 3) Las cargas médicas: Personas que sin ser cargas legales, son aceptadas por la isapre (ej. Padre del cotizante, hermano del cotizante) y cuya aceptación es realizada expresamente por la Isapre.

Las cargas legales y cargas médicas pueden ser Beneficiarios con Aporte, es decir que, sin ser titulares de un contrato, aportan su cotización obligatoria a la isapre en calidad de beneficiario.

Todos los beneficiarios del presente Contrato deberán ser consignados en el Formulario Único de Notificación (F.U.N.).

Consideraciones respecto de la Calidad de Familiar Beneficiario: Se distinguen dos casos

a) Adquisición y pérdida de la calidad de familiar beneficiario: Por el sólo ministerio de la ley, se extenderán los efectos del Contrato a todo nuevo familiar beneficiario que declare el cotizante, suscribiendo el F.U.N. respectivo, y se extinguirán respecto de quienes pierdan dicha condición.

Cuando se adquiera o pierda la calidad de familiar beneficiario, el cotizante deberá informarlo y acreditarlo en la Isapre, a la brevedad posible, para incorporar o excluir a dicho beneficiario mediante el F.U.N. respectivo.

Si la Isapre toma conocimiento de la pérdida de la condición de familiar beneficiario podrá retirarlo del Contrato emitiendo el F.U.N. correspondiente desde ese momento y hasta el vencimiento de la próxima anualidad del Contrato. En caso de no hacerlo, se entiende que la Isapre optó por mantenerlo como carga médica.

b) Familiar beneficiario recién nacido: El familiar beneficiario recién nacido del cotizante será beneficiario del presente Contrato desde su nacimiento, si es inscrito en la Isapre antes de cumplir un mes de vida. Cumplida esta condición, los beneficios se otorgarán desde su nacimiento, los que se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior del nacimiento, sin necesidad de llenar una Declaración de Salud.

Si la inscripción del familiar beneficiario se realiza después de cumplido un mes de vida y antes de los 90 días posteriores a su nacimiento, y siempre que éste no se encuentre bajo el amparo de algún sistema previsional de salud, los beneficios se otorgarán desde el mes de su incorporación a la Isapre y se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior a aquel en que se produzca la referida inscripción y en este caso se deberá llenar una Declaración de Salud.

5.2 Definiciones, Siglas y Abreviaciones

5.2.1 Siglas

AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
CAEC	Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile
CU	Casos de Uso
FUN	Formulario Único de Notificación
GES	Garantías Explícitas de Salud
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
RUN	Rol Único Nacional
RUT	Rol Único Tributario
SIS	Superintendencia de Salud
UML	Lenguaje Unificado de Modelado

5.2.2 Abreviaciones

MINSAL	Ministerio de Salud
Modelo	Buscador de Planes, nombre de la solución propuesta.
Régimen	Régimen de Prestaciones de Salud
Superintendencia	Superintendencia de Salud
SuperSALUD	Superintendencia de Salud

5.3 Ciudades de Chile

La **Ciudad** no es una división político-administrativa de Chile, por lo que no existe una definición de ciudad y designación de las ciudades del país reguladas por norma. Para efectos de determinar las ciudades de Chile, se usa la definición e información que entrega el INE, que define según diversas características de población a los centros poblados como ciudades, pueblos o aldeas. Se tomó como referencia la publicación actualizada³³⁶ "Chile: Ciudades, Pueblos, Aldeas y Caseríos, Censo 2002".

En el punto 3.5.2.9.2 se presenta el listado de ciudades que debe ser considerado por las Isapres al momento de implementar el Buscador de Planes, además de algunos conceptos geográficos que ayudan a entender cómo se determina cada ciudad de la lista.

- **Ciudad:** Desde el punto de vista sociológico, la ciudad puede ser definida como un establecimiento relativamente grande, denso y permanente de individuos socialmente heterogéneos. Para efectos del Censo, en Chile es la **entidad urbana que posee más de 5.000 habitantes**.

³³⁶ Período de la información: 2005, Publicación Decenal. Fecha de Publicación Junio de 2005.

- **Ciudades Mayores:** Son ciudades capitales regionales o provinciales, que cuentan con una población entre 100.001 y 500.000 habitantes.
- **Grandes Áreas Urbanas:** Son áreas macrourbanas, que aúnan entidades de diversas comunas y que por procesos de conurbación han conformado una gran área urbana, sin apreciarse límites de separación entre ellas. El monto poblacional de estas áreas en su conjunto, supera los 500.000 hasta 1.000.000 de habitantes.
- **Metrópolis:** Es la mayor representación urbana que tiene un país; concentra más de un millón de habitantes que corresponden a un elevado porcentaje de la población total nacional.
- **Entidad Urbana:** Conjunto de viviendas concentradas con más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes, con el 50% o más de su población económicamente activa, dedicada a actividades secundarias y/o terciarias. Excepcionalmente, los centros poblados que cumplen funciones de turismo y recreación con más de 250 viviendas concentradas y que no alcanzan el requisito de población se consideran urbanos.

Título VI: Instrucciones sobre límite máximo imponible

1. Información sobre límite máximo imponible³³⁷

Las isapres y el Fonasa deberán velar porque la información sobre límite máximo imponible que fije la Superintendencia de Pensiones mediante Resolución Exenta, en virtud de lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 16 del DL N° 3.500, de 1980, esté disponible en sus sitios Web, en sus sucursales de atención de público a lo largo de todo el país y en los teléfonos que dispongan para asistencia a empleadores, entidades encargadas del pago de la cotización y cotizantes³³⁸.

2. Información que se remite a la Superintendencia

La información que las isapres remitan a la Superintendencia en virtud de las instrucciones sobre remisión de archivos maestros y de cualquier otra información y que se refiera al mes de enero de 2010 en adelante deberá contemplar la modificación al tope imponible reajustado.

³³⁷ La Superintendencia de Pensiones dictó la Resolución Exenta N° 23, de fecha 07.01.2014, mediante la cual estableció, a contar de 1 de enero de 2014, un nuevo límite máximo imponible reajustado en 72,3 Unidades de Fomento.

³³⁸ El Oficio Circular IF N°3 de 15.01.2014, informó que el nuevo tope imponible para las cotizaciones de salud es de 5,061 U.F. a contar del 1 de enero de 2014.

Título VII: Instrucciones sobre conexión al portal web de la Superintendencia de Salud

Con el propósito de mantener a los beneficiarios del sistema debidamente informados y aprovechar la información disponible en el portal web de la Superintendencia de Salud, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud ha estimado altamente conveniente que las Instituciones Fiscalizadas que dispongan de una página web, habiliten un enlace que permita acceder al portal www.supersalud.cl, conexión que ya se encuentra operando en el sitio web del Fonasa.

Aquellas isapres que no cuenten con esta herramienta comunicacional, deberán utilizar un medio alternativo para poner en conocimiento de las personas afiliadas y de la ciudadanía, la dirección del portal web de la Superintendencia de Salud.

Título VIII: Instrucciones sobre el servicio continuo de atención telefónica³³⁹

1. Requisitos mínimos del servicio

Las isapres deberán contar con un servicio telefónico que funcionará las 24 horas del día, los siete días de la semana, cuyo objeto será entregar a sus beneficiarios la información que requieran para el acceso a los beneficios que derivan del contrato de salud, en el contexto de una necesidad de orientación inmediata, derivada de un evento de salud.

Dicho medio, ofrecerá la orientación acerca de los prestadores a través de los cuales el paciente podrá hacer uso de los distintos beneficios que contempla el contrato de salud o la ley³⁴⁰ y la indicación de las gestiones que permitan el ingreso, así como las condiciones previstas para el otorgamiento de los beneficios en el prestador respectivo, como por ejemplo, tipo de habitación, médico de staff, etc.

La información entregada deberá ser clara y suficiente, para que el usuario pueda actuar de manera informada frente a un determinado evento. En tal sentido, deberá orientar al solicitante, de acuerdo a las necesidades particulares del paciente.

El o los números telefónicos de urgencia, deberán difundirse por todos los medios de que la isapre disponga, como por ejemplo, sitio web, sucursales, folletos, cartas que envíe al afiliado por cualquier causa, correos electrónicos y otros. Además, deberán ser informados y actualizados ante esta Superintendencia.

Podrán hacer uso de este servicio todos los beneficiarios, por sí o por medio de cualquier persona que actúe en su nombre.

Al efecto, el solicitante deberá señalar el RUT del beneficiario o, en su defecto, el nombre y cualquier otro dato que permita su identificación. En caso de que el solicitante sea una persona distinta del beneficiario, deberá indicar su nombre y RUT y su relación con aquél. A su vez, el operador telefónico deberá expresar su nombre.

La conversación deberá ser grabada -advirtiéndose de ello al solicitante-, para verificar que la información entregada fue correcta, conservándose dicho registro por un tiempo mínimo de dieciocho meses. Además, el operador del servicio telefónico deberá asignar a la llamada un número de atención

³³⁹ Título agregado por la Circular IF/N° 169, de 19 de abril de 2012.

³⁴⁰ Expresión insertada mediante Circular IF N°258, del 11 de enero de 2016

que informará al solicitante, el que servirá de constancia de la misma, además de facilitar la recuperación del registro de audio.

El servicio telefónico de urgencia podrá ser operado por personal de la Isapre o mediante un servicio externo, debiendo la Isapre velar para que su acceso sea permanente y expedito.

El operador deberá evitar exigencias dilatorias innecesarias, entregando en el acto, toda la información que sea pertinente para hacer posible el acceso oportuno a los beneficios requeridos.

El servicio podrá contar complementariamente con un sistema de respuesta de voz interactivo (IVR), para la entrega de información de tipo general y uniforme y/o para la guía de la llamada hacia los operadores respectivos, siempre que ello no entorpezca la asistencia al usuario.

En caso de que la solicitud de información no cumpla las condiciones de necesidad de orientación inmediata, la Isapre deberá dar a conocer los medios idóneos de que disponga para satisfacer el requerimiento.

2. Información mínima que deben entregar las isapres a través del servicio

El servicio telefónico continuo deberá contemplar, a lo menos, la información relativa a redes de prestadores, coberturas involucradas y mecanismos de acceso a los distintos beneficios, según el caso particular. Ello no obsta a la obligación de la isapre de entregar toda la información requerida por sus beneficiarios dentro del horario hábil, por los medios de que disponga para ese objeto.

La información que se entregue mediante el servicio continuo de atención telefónica deberá guardar relación con el evento comunicado por el solicitante y adecuarse a los antecedentes que se den a conocer en ese acto al operador del servicio.

Dicha información deberá proporcionar la orientación necesaria para que el beneficiario o quien lo represente, pueda tomar una decisión informada entre las alternativas con que cuenta, en función de la necesidad de atención de salud.

Esta información mínima es la que se indica a continuación:

2.1 Beneficios derivados de las Garantías Explícitas en Salud (GES)

- Individualización de los prestadores que conforman la Red GES, distinguiendo entre especialidades, de acuerdo al problema de salud garantizado que motiva la consulta, en caso de que le sea comunicado, haciendo hincapié en que el ingreso a la red es un requisito esencial para que opere el beneficio. Asimismo, deberá informarse al solicitante, la obligación del prestador de notificar al paciente en caso de tratarse de un problema de salud GES.
- Orientación acerca de los límites dentro de los cuales opera la cobertura GES. Ello implica, a lo menos, la indicación de que cubre sólo las prestaciones que se encuentran valorizadas y contenidas en una canasta, y el porcentaje de copago respecto de éstas, operando sobre el resto de las prestaciones el plan de salud; la acumulación de un deducible para que opere la cobertura financiera adicional y el monto de éste o, en su defecto, el número de cotizaciones con las que se calcula.
- Asimismo, la circunstancia de que el beneficio puede complementarse con la CAEC, por medio de la GES-CAEC, la forma en que ello opera y que ante un problema GES no aplica la CAEC por sí sola.

2.2 Beneficio CAEC

- Individualización de los prestadores que conforman la Red CAEC, haciendo hincapié en que el ingreso a la red es un requisito esencial para que opere el beneficio.
- Para los casos en que la isapre ha definido prestadores especializados para algunas prestaciones que tengan relación con la consulta formulada y los antecedentes aportados en ella, deberá informarlos.
- Orientación acerca de los límites dentro de los cuales opera la cobertura CAEC. Ello implica, a lo menos, la indicación de la necesidad de completar un deducible anual para acceder a la cobertura adicional y el monto de éste o, en su defecto, el número de cotizaciones con las que se calcula, como asimismo, que dicho deducible se completa con los copagos generados por aplicación de la cobertura del plan.

En caso de tratarse de prestaciones excluidas de la CAEC, deberá informarse de ello al solicitante, indicándole la exclusión pertinente a la consulta efectuada, de entre aquéllas detalladas en el número 6 de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile.

2.3 Beneficios derivados del plan complementario de salud

- Individualización de los prestadores preferentes o cerrados y prestadores derivados, según el plan de salud contratado.
- Tratándose de prestadores derivados, deberá indicarse las circunstancias en las que corresponde acudir a éstos, como es la situación de insuficiencia, ya sea física o técnica.
- En caso de planes cerrados, deberá destacarse la circunstancia de que el plan de salud entrega cobertura sólo en los prestadores individualizados en el mismo.
- Orientación acerca de porcentajes de cobertura y topes, o copagos fijos en su caso, contenidos en el plan de salud, diferenciando entre los prestadores en caso de tratarse de un plan con prestadores preferentes. Ello, circunscrito a los requerimientos del solicitante.
- Información acerca de los requisitos que se deben cumplir en caso de haberse pactado alguna cobertura diferenciada en el plan de libre elección, y prestadores vigentes con quienes opera, en su caso.

2.4 Acceso a los beneficios

- Procedimiento de acceso a los beneficios del plan de salud, GES o CAEC.

Ello implica la descripción de las gestiones necesarias frente al prestador y aquéllas posteriores de tipo administrativo que resulten necesarias para hacer efectivos los beneficios.

2.5 Beneficios derivados de la Ley de Urgencia

- Indicación del procedimiento de acceso a los beneficios de la denominada Ley de Urgencia, de la necesidad de que se certifique el carácter de urgencia vital o de secuela funcional grave de la atención y advertencia de que los beneficios cesan al certificarse la estabilización.

- Asimismo, que la Ley no otorga gratuidad, sino un préstamo automático que deberá ser devuelto a la isapre. En dicha situación, deberá hacerse hincapié en la necesidad de ingreso a un prestador del plan, de la Red GES o CAEC, según el caso, para obtener la cobertura elegida. En caso de no ser posible, la necesidad de traslado a éste una vez estabilizado el paciente, a menos que opte por la modalidad de libre elección contenida en el plan de salud.

2.6 Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que otorga el Fonasa³⁴¹

- Existencia del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.
- Circunstancia de que la cobertura del Sistema es otorgada por el Fonasa.
- Los diagnósticos y prestaciones que contempla el Sistema, conforme a las necesidades del beneficiario.
- La inexistencia de copagos para el financiamiento de las prestaciones garantizadas.
- Deber de atenderse en la red de prestadores aprobados por el Ministerio de Salud, para acceder al sistema, y la individualización de los que sean pertinentes a las necesidades del beneficiario. Esta obligación será exigible al publicarse la lista de prestadores en el sitio web del Fonasa, debiendo mantener la isapre actualizado cualquier cambio que se produzca sobre ellos.³⁴²
- Orientación acerca del funcionamiento del Sistema.

3. Notificaciones a través del servicio continuo de atención telefónica

El servicio deberá, además, permitir que el beneficiario o quien actúe en su nombre, notifique o dé aviso del ingreso a un prestador determinado.

Ello no obsta a la obligación del afiliado, o quien lo represente, de cumplir en la oportunidad establecida en la normativa que rige los respectivos beneficios, con la formalización de los trámites requeridos para la solicitud del que corresponda, obligación que deberá serle informada.

4. Excepciones a la obligatoriedad de contar con el servicio

Quedan eximidas de la obligación de contar con el servicio establecido en la presente circular, las isapres señaladas en el inciso cuarto del artículo 200 del DFL N°1, de 2005, de Salud, que ejecuten permanentemente una política de difusión y orientación a sus afiliados de las materias fundamentales de sus contratos de salud y de los beneficios que otorgan éstos o la ley³⁴³, a través de la empresa en

³⁴¹ Incorporado por la Circular IF/N°258, del 11 de enero de 2016

³⁴² Expresión, a continuación del punto seguido, agregada por Resolución Ex. SS/N° 476, de 13 de abril de 2016

³⁴³ Expresión insertada mediante Circular IF/N°258, del 11 de enero de 2016

que éstos laboran y/o de los prestadores respectivos, con el objeto de que los beneficiarios dispongan de la información y orientación que requieran ante una necesidad de orientación inmediata derivada de un evento de salud, sin perjuicio de la obligación de la isapre de mantener dicha información en sus propias oficinas.

Además, será requisito para que opere la exención antes referida, que dichas isapres cuenten con uno o más mecanismos para que los beneficiarios o quienes actúen por ellos, notifiquen o den aviso del ingreso en días u horas inhábiles a un prestador determinado.

Título IX: Normas sobre instrumentos de pago pendientes de cobro^{344 345}

1. Definición

Para efecto del presente título, entiéndase por "instrumento de pago" todo documento sustituto del dinero en efectivo utilizado por la isapre para pagar una obligación, ya sea cheque, vale vista y algún otro que en un futuro se utilice como tales.

2. Información sobre los instrumentos de pago que no han sido presentados a cobro

La isapre estará obligada a informar a sus beneficiarios y empleadores, según corresponda, acerca de los instrumentos de pago emitidos a su favor, y que se encuentren pendientes de cobro, referidos a conceptos tales como, reembolsos, subsidios por incapacidad laboral de licencias médicas de tipo curativas, cotizaciones en exceso, reliquidaciones con ocasión de una fiscalización, u otro tipo.

Esta información deberá ser entregada por la isapre al momento que el beneficiario o empleador concurra a realizar algún trámite en la institución. Además, podrá ser obtenida directamente por los interesados, a través de un equipo de autoservicio o computador de libre acceso en las sucursales de atención de público de la isapre. En este último caso, bastará que ingresen su RUN o RUT para hacer la consulta, según corresponda, sin necesidad de clave alguna.

Asimismo, la isapre deberá implementar en su portal web institucional, en un lugar destacado y de fácil acceso, la consulta que permita informarse sobre los instrumentos de pago que se encuentren pendientes de cobro y/o caducados para cada afiliado y empleador.

El detalle de la información que se deberá entregar será de, a lo menos, el documento pendiente de cobro, el motivo que originó el pago y la forma cómo se puede solicitar que éste se emita nuevamente, en caso que haya caducado.

La isapre deberá permitir el acceso de esta Superintendencia al sistema de consulta para fines de fiscalización.

³⁴⁴ Título incorporado por la Circular IF/N° 215, de 29 de abril de 2014.

³⁴⁵ Las disposiciones del presente título entrarán en vigencia el 1 de septiembre de 2014.

Título X: Información sobre la obligación de los trabajadores independientes de efectuar cotizaciones para salud y los derechos que de ella se derivan³⁴⁶

Las isapres y el Fonasa deberán informar a sus afiliados, beneficiarios y público en general, sobre las normas para la incorporación de los trabajadores independientes a los regímenes de protección social, quienes estarán obligados a efectuar cotizaciones en el Fondo Nacional de Salud o en la Institución de Salud Previsional, según sea el caso.

Asimismo, deberán informar que las cotizaciones provendrán, en primer lugar, de las sumas que retendrá el Servicio de Impuestos Internos de la Operación Renta respectiva, siendo la primera la del año 2019, y que, en caso de existir un saldo negativo, éste deberá ser pagado directamente por el cotizante en la institución a la que se encuentre afiliado.

La referida información deberá estar disponible en sus sitios web, en sus sucursales de atención de público a lo largo de todo el país, en sus servicios de orientación telefónica, correos electrónicos y en los demás medios que estimen pertinentes.

Sin perjuicio de lo anterior, las instituciones deberán disponer en sus sitios web de un enlace a la siguiente dirección provista por la Subsecretaría de Previsión Social del Ministerio del Trabajo: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/ley-honorarios/>.

Título XI: Información mínima sobre la liquidación de cobros por prestaciones de salud³⁴⁷

Las isapres deben proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados respecto a las materias fundamentales de sus contratos, siendo parte de éstas la referida a las bonificaciones de las prestaciones de salud otorgadas a sus afiliados y beneficiarios, conforme al contrato de salud suscrito.

Para estos efectos, se entenderá por "liquidación" aquel documento emitido en favor del afiliado o beneficiario, en el contexto del otorgamiento de una o más atenciones de salud, en el cual la isapre informa los cobros emitidos por el prestador de salud y las bonificaciones respectivas, de acuerdo al contrato de salud.

Esta liquidación no será necesaria en aquellos casos en que la información aludida esté perfectamente descrita en el bono u orden de atención, entregado al beneficiario, con las características que se indican a continuación en este título.

En el documento "liquidación", la isapre debe pronunciarse claramente sobre todos y cada uno de los cobros que contiene el instrumento emitido por el prestador, que da cuenta de las atenciones de salud recibidas por el beneficiario.

La liquidación deberá individualizar cada monto cobrado, con indicación del nombre de la prestación y su código, y podrá agruparse sólo cuando correspondan a una misma prestación y código, registrándose, a su vez, la cantidad o número de veces que se otorgó. Los cobros relativos a insumos o medicamentos podrán presentarse en forma agregada en cada uno de estos grupos, según al que pertenezcan, debiendo siempre la isapre contar con el detalle de aquéllos.

³⁴⁶ Título incorporado mediante la Circular IF/N° 324 de 5 de febrero, de 2019.

³⁴⁷ Título incorporado mediante la Circular IF/N°319, de 15 de noviembre de 2018, modificada por la Resolución Exenta IF/N° 520 del 19 de diciembre de 2018, y la Resolución Exenta IF/N° 641, de 10 de julio de 2019. Su vigencia se inició el 3 de junio de 2019.

En la liquidación se deberá ordenar la referida pormenorización de los cobros de las prestaciones, según su especie (como por ejemplo, honorarios médicos, exámenes, etc.); y consignar el valor bonificado para cada una de las prestaciones y el copago correspondiente, permitiendo su verificación.

Las prestaciones que no tuvieron derecho a bonificación, deberán presentarse en forma separada, indicando, brevemente, la causa por la cual no fueron bonificadas. Para este efecto, deberá utilizar notas explicativas al costado de la prestación correspondiente, por ejemplo, "Prestación no Arancelada". El tamaño de la letra de estas notas no podrá ser inferior al utilizado en la liquidación.

Tratándose de la aplicación de cobertura proporcional de parto, deberá indicarse esta circunstancia respecto de cada prestación afectada, en los términos del párrafo anterior, así como el porcentaje de bonificación aplicado. Igualmente, deberá informar el hecho de haber aplicado la cobertura mínima legal, si fuera el caso, y su causa.

Capítulo VIII Instrucciones sobre las obligaciones de los prestadores de salud de proporcionar información que permita dar cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud

Título I: Instrucciones sobre la obligación de los prestadores de salud de proporcionar información que permita acreditar el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud

1. Obligación de los prestadores de salud de informar respecto a casos asociados a un problema de salud garantizado

El N° 7 del artículo 115 del DFL N° 1 señala expresamente como una de las atribuciones de la Superintendencia de Salud, requerir a los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios.

Por su parte, la Ley N° 19.966, en su artículo 29, indica que la Superintendencia de Salud establecerá los mecanismos e instrumentos que deberán implementar los aseguradores para que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen de, a lo menos, las materias que indica y que se refieren a las Garantías Explícitas en Salud.

Sin perjuicio de los requerimientos de información que ha establecido la citada disposición legal, el artículo 21 del Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, señala, en el párrafo VI: “De la información y de los procedimientos de registro para la aplicación de la cobertura financiera adicional” que, para que los aseguradores establezcan los sistemas de información o el manejo de la misma, los prestadores deberán registrar -por cada beneficiario o afiliado- antecedentes tales como:

- Nombre completo del paciente
- Domicilio, incluyendo ciudad y comuna
- Cédula Nacional de Identidad
- Situación previsional en materia de salud
- Motivo de la consulta
- Diagnóstico probable
- Fecha y hora de la atención

Esta información deberá ser ingresada a la Ficha Clínica, a la hoja de atención u otro documento similar que sea habitualmente usado para dichos fines.

2. Mecanismo para informar

Con el propósito que los prestadores cumplan con la obligación de informar el cumplimiento de las GES a esta Superintendencia, se instruye que éstos proporcionen directamente al Fonasa y a las isapres los antecedentes clínicos y administrativos que les sean requeridos por estos últimos y que obedecen específicamente a las instrucciones que la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud ha

impartido a los aseguradores respecto al tipo de información que deben recabar y sus registro, para efectos del monitoreo, gestión y evaluación de los casos asociados a un problema de salud garantizado.

Lo señalado, sin perjuicio de los requerimientos que directamente la Superintendencia efectúe, en el ejercicio de sus atribuciones legales, a los prestadores de salud, las isapres o el Fonasa, respecto de Fichas Clínicas u otros antecedentes de orden médico que sean necesarios con motivo de la acreditación del cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud y la resolución de los reclamos respectivos, presentados ante dicho Organismo.

Se instruye a los organismos, tanto públicos como privados, adoptar las medidas pertinentes, con el fin de asegurar que la información requerida por la Superintendencia a través de los aseguradores, sea proporcionada de manera fiel y oportuna.

3. Solicitud de información que formulen los aseguradores a los prestadores

Cuando los aseguradores requieran información detallada de los prestadores de salud, respecto de un caso asociado a un problema de salud garantizado, en observancia a las disposiciones que les han sido impartidas por la Superintendencia, respecto a los datos asociados al proceso de recepción y resolución de las solicitudes de acceso a las GES, las prestaciones, grupo de prestaciones o eventos administrativos que correspondan a los hitos asociados a las distintas garantías de oportunidad de los problemas de salud, la fecha de ocurrencia de las mismas, los antecedentes de los copagos y los documentos vinculados a estos últimos y, en general, las materias contenidas en los ya citados artículos 29 de la Ley N° 19.966 y 21 del Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, deberán solicitarlo formalmente, explicitando que tal solicitud se efectúa “En conformidad con las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud, invocando las instrucciones contenidas en este Título.

El manejo de los datos a que se refiere el párrafo precedente quedará sujeto a las disposiciones de la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

4. Incumplimiento de los prestadores

Los incumplimientos en la entrega de información por parte de los prestadores de salud deberán ser informados al Departamento de Control y Fiscalización de la Superintendencia de Salud, quien analizará los antecedentes y procederá a su evaluación.

Título II: Instrucciones sobre la página electrónica de urgencia vital o secuela funcional grave relacionada a una condición de salud garantizada explícitamente³⁴⁸

Conforme lo dispone el artículo 9° de la Ley N°19.966, los establecimientos que reciban personas que se hallen en situación de urgencia vital o secuela funcional grave, respecto de una condición de salud garantizada explícitamente deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, dentro de las 24 horas siguientes, a través de la página electrónica habilitada al efecto, quedando dicha información inmediatamente disponible para ser consultada por el Fonasa y las isapres. En caso de desconocer la identificación del paciente al momento del ingreso, el establecimiento deberá ejercer todas las medidas a su alcance para obtener dicha información en el menor tiempo posible. El establecimiento responsable deberá acreditar ante esta Superintendencia las acciones ejecutadas con el fin antes señalado.

1. La Superintendencia mantiene habilitada una aplicación informática en el sitio web www.superdesalud.gob.cl denominada: "Notificación y gestión de pacientes en urgencia vital o secuela funcional grave GES y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto", que permite a las isapres y al Fonasa consultar la información relativa a los casos GES.

Para acceder a dicha información se debe utilizar la identificación de usuario (nombre de usuario) y la contraseña de acceso (clave) que le fue asignada por esta Superintendencia para ingresar a la Extranet.

Estos elementos de seguridad y acceso son únicos y confidenciales por lo que deberán ser administrados con el cuidado que corresponda.

2. Se ha dispuesto para la consulta del Fonasa y las isapres, además de la identificación del paciente señalada en el artículo 9 de la Ley N°19.966, los contenidos que a continuación se informan y que pretenden facilitar la administración de los pacientes que requieran de hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente a los contemplados en la Red Asistencial o aquél designado por la Institución de Salud:

Información del paciente

- Nombre del paciente
- Rut paciente
- Edad paciente
- Fecha y hora Emergencia o Urgencia
- Situación previsional en materia de salud
- Apreciación Diagnóstico Emergencia o Urgencia
- Problema de salud

Información del Establecimiento de Atención de Salud

- Nombre y/o razón social del establecimiento de salud
- Rut del establecimiento de salud
- Domicilio
- N° telefónico del establecimiento de salud
- Región

Cabe hacer presente que en virtud de la Ley N°19.628, la Superintendencia no expondrá los contenidos denominados 'Apreciación Diagnóstico Urgencia/Emergencia' y "Problema de Salud".

³⁴⁸ Título modificado por Circular IF/N° 260 de 2016 y Circular IF/N° 281 del 03.01.2017.

Dicha información sólo podrá ser accedida una vez que sea seleccionado el paciente del listado clasificado por isapre, digitando la opción "Recibir". Sólo a partir de ese instante y una vez que el Fonasa o la isapre correspondiente reconozcan al beneficiario, se podrá acceder a la información antes citada.

En este sentido, y para el resguardo de la privacidad de dicha información es de suma importancia que los contenidos de esta página sólo sean consultados por personal autorizado por Fonasa y las isapres.

Párrafo eliminado

Fonasa y las isapres podrán identificar a sus afiliados mediante el Nombre del Paciente y su RUT. Adicionalmente se incluirá la situación previsional del cotizante, antecedente informado por el Establecimiento de Salud respectivo.

Es responsabilidad del Fonasa y las Isapres consultar diariamente, en modalidad 24/7, el listado denominado "Pacientes no asignados", en caso que el prestador no haya informado correctamente el campo "Situación previsional en materia de salud", o lo haya omitido, con el objeto de reconocer y recibir a sus beneficiarios y garantizar el rescate oportuno de ellos.

Capítulo IX Información sobre detalle de deudas con empleadores públicos por subsidios por licencias médicas curativas, maternales o por enfermedad grave del hijo menor de un año

En razón de requerimiento efectuado por la Contraloría General de la República, se instruye a las isapres enviar semestralmente a dicho organismo un informe detallado de los subsidios de incapacidad laboral de licencias médicas curativas, maternales y enfermedad grave de hijo menor de un año, reembolsados por las isapres a las Municipalidades de la Región Metropolitana como a sus Departamentos de Educación y Salud. Además, se solicita un informe acerca de los subsidios por licencias médicas no recuperados por tales entidades públicas.

I. Confección de Archivos Computacionales

Las isapres deberán confeccionar los archivos computacionales con los campos y las especificaciones técnicas que se detallan:

1. Archivo con el detalle de los subsidios por incapacidad laboral de licencias médicas curativas, maternales y enfermedad grave de hijo menor de un año, reembolsados por a las Municipalidades y sus respectivos Departamentos de Educación y Salud de la Región Metropolitana y que hayan sido efectivamente cobrados por dichos destinatarios.

Dicho archivo computacional deberá contener los campos, con las especificaciones técnicas que se indican:

Campo	Descripción	
1	Código aseguradora	Campo de tipo numérico de largo 3, distinto de cero.
2	Nombre aseguradora	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
3	RUT Municipalidad	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
4	Dígito verificador RUT Municipalidad	Campo de tipo alfanumérico, de largo 1

Compendio de Información

Capítulo IX Información sobre detalle de deudas con empleadores públicos por subsidios por licencias médicas curativas, maternales o por enfermedad grave del hijo menor de un año

5	Nombre Municipalidad	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
6	RUT trabajador	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
7	Dígito verificador RUT trabajador	Campo de tipo alfanumérico, de largo 1
8	Nombre trabajador	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
9	Número de licencia médica	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
10	Tipo de licencia	Campo de tipo numérico, de largo 1, cuyo valor corresponde a los siguientes: 1 Enfermedad o accidente común 3 Licencia maternal pre y post natal 4 Enfermedad grave hijo menor 1 año 7 Patología del embarazo
11	Fecha emisión licencia	Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero, de largo 8, con formato AAAAMMDD
12	Total a pagar por licencia	Campo de tipo numérico, de largo 10, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero. Corresponde a la suma de los valores por concepto de subsidio, AFP y salud
13	Número de cheque	Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.
14	Monto del cheque	Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.
15	Fecha emisión cheque	Campo de tipo numérico de largo 8, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero con formato AAAAMMDD
16	Nombre banco	Campo de tipo alfanumérico, de largo 50
17	Identificación área de trabajo de funcionario	Campo de tipo alfanumérico, de largo 25, cuya glosa debe corresponder a las siguientes: - Municipalidad - Departamento de Salud - Departamento de Educación En caso de no disponer de la información debe indicar "Municipalidad".

2. Archivo con el detalle de los subsidios por incapacidad laboral de licencias médicas curativas, maternales y enfermedad grave de hijo menor de un año, no recuperados por las Municipalidades y sus respectivos Departamentos de Educación y Salud de la Región Metropolitana.

Dicho archivo computacional deberá contener los campos, con las especificaciones técnicas que a continuación se indican:

Campo	Descripción	
1	Código aseguradora	Campo de tipo numérico de largo 3, distinto de cero.
2	Nombre aseguradora	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
3	RUT Municipalidad	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
4	Dígito verificador RUT Municipalidad	Campo de tipo alfanumérico, de largo 1
5	Nombre Municipalidad	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
6	RUT trabajador	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
7	Dígito verificador RUT trabajador	Campo de tipo alfanumérico, de largo 1
8	Nombre trabajador	Campo de tipo alfanumérico, de largo 80
9	Número de licencia médica	Campo de tipo numérico de largo 8, distinto de cero.
10	Tipo de licencia	Campo de tipo numérico, de largo 1, cuyo valor corresponde a los siguientes: 1 Enfermedad o accidente común 3 Licencia maternal pre y post natal 4 Enfermedad grave hijo menor 1 año 7 Patología del embarazo
11	Fecha emisión licencia	Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero, de largo 8, con formato AAAAMMDD
12	Total a pagar por licencia	Campo de tipo numérico, de largo 10, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero. Corresponde a la suma de los valores por concepto de subsidio, AFP y salud
13	Estado del pago de la licencia	Campo de tipo alfanumérico, de largo 35, cuya glosa debe corresponder a las siguientes: -Licencia sin solicitud de cobro -Cheque entregado y no cobrado -Cheque no entregado
14	Identificación área de trabajo de funcionario	Campo de tipo alfanumérico, de largo 25, cuya glosa debe corresponder a las siguientes: - Municipalidad - Departamento de Salud - Departamento de Educación

		En caso de no disponer de la información debe indicar "Municipalidad".
--	--	--

II. Períodos de información y plazos de envío

Los archivos antes señalados deberán confeccionarse en planillas electrónicas Excel y remitirse en dispositivos magnéticos al Jefe de la Subdivisión Auditoría e Inspección – División de Municipalidades, de acuerdo a los períodos de información y plazos que se detallan:

Período de información	Plazo de envío
Primer semestre de cada año	Último día hábil de julio de cada año
Segundo semestre de cada año	Último día hábil de enero de cada año

Compendio de Información

Capítulo X Subsidio al Empleo de la Ley N 20.338: Imparte instrucciones a las isapres respecto de la información a entregar sobre el pago de cotizaciones:

Eliminado

Capítulo X Subsidio al Empleo de la Ley N°20.338: Imparte instrucciones a las isapres respecto de la información a entregar sobre el pago de cotizaciones³⁴⁹:

Eliminado

³⁴⁹ Derogado por la Circular IF/N° 159, de 12 de octubre de 2011.

Capítulo XI Envío a las COMPIN de los antecedentes de las Licencias Médicas³⁵⁰.

A) Establece procedimiento para el envío de información sobre las Licencias Médicas reducidas y rechazadas, según Ley 20585

En virtud de lo establecido en el Artículo 3°, inciso tercero, de la Ley N° 20.585, de 2012, del Ministerio de Salud, en caso que la Institución de Salud Previsional determine la reducción o rechazo de una licencia médica, deberá hacer llegar los antecedentes que fundamentan la decisión a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, quien podrá ratificar o denegar la modificación de la licencia médica.

1. Envío de la información.

La ISAPRE deberá remitir a la COMPIN o Subcomisión, correspondiente al domicilio que el cotizante haya fijado en el contrato de salud, a través de la Plataforma Informática disponible en la página web <https://isa.milicenciamedica.cl/>, conforme al Anexo "Instructivo para usuario de ISAPRE", la siguiente información en relación a las licencias médicas reducidas y rechazadas:

- 1) Copia digitalizada por ambos lados de la licencia médica o de la licencia médica electrónica con el diagnóstico médico incluido y el fundamento de la decisión.
- 2) Copia digitalizada de los documentos y antecedentes relevantes que respalden la decisión de la contraloría médica de la ISAPRE, en caso de que éstos existan.

Para estos efectos, la Plataforma Informática considera un sistema de integración basado en la interoperabilidad a través de Web Service (WS) entre los sistemas de las ISAPRES y COMPIN. Como alternativa a éste, se dispone de una herramienta de digitación directa.

2. Periodicidad.

Los antecedentes indicados en el número 1 anterior deberán ser ingresados por las ISAPRES en la Plataforma Informática dentro del plazo de 3 días hábiles³⁵¹, contados desde la notificación al trabajador de la reducción o rechazo de la licencia médica, según instructivo contenido en Anexo.

3. Resolución COMPIN

La COMPIN o Subcomisión deberá emitir una resolución escrita dentro del plazo de 10 días hábiles no fatales, contados desde la fecha de ingreso de la licencia médica a la Plataforma Informática por parte de la ISAPRE, ratificando o denegando lo obrado por la Institución de Salud Previsional, decisión que quedará disponible en la referida Plataforma para su cumplimiento.

³⁵⁰ Capítulo modificado por Circular conjunta con la Subsecretaría de Salud Pública IF/N° 366, de 12.08.2020, con vigencia a partir del 01.09.2020. Sin perjuicio del plazo de implementación establecido en las Resoluciones Exentas IF/N°828, de 16.11.2020 e IF/N°16 de 19.01.2021. .

³⁵¹ Plazo modificado a contar del 1.1.2021.

4. Obligatoriedad de las Resoluciones de la COMPIN

Las ISAPRES deberán dar cumplimiento a lo dispuesto por la COMPIN y Subcomisiones, a todo evento, modificando el pronunciamiento en los casos que corresponda, en el plazo y condiciones que se establezcan en la resolución. El plazo se contará desde el día siguiente a la fecha en que la resolución de la COMPIN se publique en la plataforma.

B) Establece procedimiento para el envío a las COMPIN de los antecedentes sobre las licencias médicas, en conformidad con el Decreto N°3, de 1984, del Ministerio de Salud

PROCEDIMIENTO

Las isapres deberán enviar información de todas las licencias médicas de las cuales se pronuncien, mediante la plataforma destinada para tal efecto. Asimismo, la COMPIN notificará, a través de dicha plataforma, la existencia de un reclamo y solicitará a la isapre antecedentes que respalden su pronunciamiento.

1. Envío de la información.

La isapre deberá remitir a la COMPIN o Subcomisión correspondiente al domicilio que el cotizante haya fijado en el contrato de salud, a través de la plataforma informática disponible en la página web <https://isa.milicenciamedica.cl>, conforme al Anexo "Instructivo para usuarios de ISAPRE", la siguiente información:

- a) Los datos básicos de todas las licencias médicas resueltas (aprobadas, rechazadas y modificadas) en formulario papel o en forma electrónica, señalados en el Anexo sección 5.1.2.

Plazo: Dichos antecedentes deben ser ingresados por la isapre en la plataforma el día hábil siguiente de notificado el pronunciamiento al trabajador. Estos antecedentes se dispondrán en la plataforma al cotizante para identificar correctamente la licencia a reclamar, isapre y Compin correspondiente.

Los datos básicos son:

RUN cotizante, tipo de formulario, folio licencia, tipo de licencia, número de días otorgados, fecha de emisión, fecha inicio de reposo, comuna, Compin competente, RUT profesional, fecha de resolución, días autorizados, resolución isapre, diagnóstico Cie10, causal de rechazo, continuidad.

- b) Respecto de las licencias médicas de beneficiarios de isapres reclamadas en la COMPIN:
 - i) Copia digitalizada por ambos lados de la licencia médica, emitida en formulario papel o en forma electrónica, con el diagnóstico médico incluido y fundamento del pronunciamiento de la licencia médica reclamada.

- ii) Copia digitalizada de documentos y antecedentes relevantes que respalden el pronunciamiento de la contraloría médica de la isapre, en caso de tenerlos.
- iii) Copia digitalizada de la base de cálculo del subsidio de incapacidad laboral, de requerirse ésta.

Plazo: Dichos antecedentes deben ser ingresados por la isapre en la plataforma, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes a la comunicación recibida desde la Compín acerca de la presentación del reclamo de la licencia, bajo apercibimiento que, en caso que la isapre respectiva no presente los antecedentes en el plazo indicado, la Compín se pronunciará únicamente con la información disponible.

2. Resolución COMPIN.

Una vez remitidos los antecedentes indicados en el punto II.1.b precedente a través de la plataforma informática, la COMPIN o Subcomisión correspondiente al domicilio que el cotizante haya fijado en el contrato de salud, emitirá dentro del plazo de 10 (diez) días hábiles no fatales, contados desde la fecha de ingreso del reclamo de la licencia médica a la plataforma informática por parte del cotizante de la isapre, una resolución escrita, Acogiendo, Acogiendo Parcialmente o Rechazando el reclamo interpuesto por el trabajador. Dicha resolución será notificada mediante servicio web a la isapre y quedará disponible en la plataforma para su cumplimiento.

3. Obligatoriedad de las Resoluciones COMPIN.

Las isapres deberán dar cumplimiento a lo dispuesto por la COMPIN y Subcomisiones, modificando el pronunciamiento en los casos que corresponda y cuando se ordene, pagar el correspondiente subsidio, en caso de cumplir con los requisitos de dicho beneficio, en un plazo no mayor a 7 (siete) días hábiles.



ANEXO






INSTRUCTIVO PARA USUARIO DE ISAPRE

**INGRESO DE LICENCIAS MÉDICAS MODIFICADAS,
CONSULTAS DE DICTAMENES, INGRESO RESPUESTA
CONTRA RECLAMO POR DECRETO SUPREMO N°3 Y
CONSULTAS DE NOTIFICACIONES EN EL SISTEMA DE
INTEGRACIÓN ENTRE ISAPRES/COMPIN**

TABLA DE CONTENIDOS

1	DESCRIPCIÓN DE LA PLATAFORMA DE ENVÍO Y TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES DE LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.	855
2	ACCESO A LA PLATAFORMA DE ENVÍO, TRAMITACIÓN Y RECLAMOS CONTRA LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.	860
2.1	PANTALLA DE INGRESO.....	860
2.2	CONTRASEÑA	861
2.3	MENÚ DE INICIO ASOCIADOS AL ROL ISAPRE.-.....	863
•	<i>Menú (ISAPRE) Las opciones se presentan en:</i>	864
•	<i>Información del Usuario conectado</i>	865
3	PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE LICENCIAS MÉDICAS Y ANTECEDENTES.....	866
3.1	PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN	868
3.1.1	<i>Web Services envió información LM</i>	868
3.1.2	<i>Web Services Consulta de Eventos Asociados LM</i>	872
3.1.3	<i>WEB SERVICES CONSULTA DE DICTAMEN LM MODIFICADA.</i>	874
3.1.4	<i>WEB SERVICES NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN LM MODIFICADA</i>	875
3.2	WEB SERVICE DE SISTEMA	877
3.3	WEB SERVICE DE ISAPRE	881
4	OPCIÓN DE DIGITACIÓN PARA ENVÍO DE LM MODIFICADAS DE LAS ISAPRES.....	884
4.1.1	<i>Filtros Generales</i>	885
4.1.2	<i>Filtro Lista</i>	886
4.1.3	<i>Filtro por columnas</i>	886
4.1.4	<i>Agregar una LM modificada por la Isapre.</i>	886
4.1.5	<i>Sección Datos de la Licencia</i>	888
4.1.6	<i>Sección Identificación del Cotizante</i>	888
4.1.7	<i>Sección Datos Profesional</i>	889
4.1.8	<i>Sección Datos Resolución</i>	890
4.1.9	<i>Sección Documentos adjuntos (Documentos Fundantes)</i>	891
4.1.10	<i>Validación de los datos digitados</i>	894
4.1.11	<i>Editar la LM digitada</i>	895
4.1.12	<i>Eliminar la LM digitada</i>	895
4.1.13	<i>Enviar a Tramitación Contraloría</i>	895
4.2	CONSULTA DICTAMEN.....	897
4.2.1	<i>Filtros Generales</i>	898
4.2.2	<i>Filtro Lista</i>	898
4.2.3	<i>Filtro por columnas</i>	899
4.2.4	<i>Consultar LM Modificada</i> 	899
4.2.5	<i>VISUALIZAR DICTAMEN</i> 	899
5	PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS CONTRA ISAPRE Y ENVÍO DE ANTECEDENTES DE LAS LICENCIAS MÉDICAS.....	901
5.1	PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN NOTIFICACIÓN Y RESPUESTA A RECLAMO DS3	903
5.1.1	<i>Web Services para suscripción de notificaciones de ISAPRE</i>	903

5.1.2	Web Services envío información básica LM.....	904
5.1.3	Web Services para Notificación Isapre	906
5.1.4	Web Services Solicitud de Información Reclamo.....	908
5.1.5	Web Services Notificación de Dictamen Reclamo contra ISAPRE.....	910
5.1.6	Web Services Consulta estado de Tramite Reclamo contra ISAPRE.....	911
5.1.7	Web Services de registro de antecedentes adicionales de reclamo contra ISAPRE.....	913
5.1.8	Web Services consulta estado de dictamen de reclamo contra ISAPRE	915
5.2	WEB SERVICES DE SISTEMA DE RECLAMO	917
5.2.1	WEB SERVICE DE ISAPRE.....	917
5.2.2	WEB SERVICE DE COMPIN.....	921
6	FUNCIONALIDADES DE SISTEMA ISAPRE/COMPIN DS3	928
6.1	OPCIÓN DE ENVÍO DE ANTECEDENTES CONTRA RECLAMOS LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.	928
6.1.1	Filtros Generales.....	929
6.1.2	Filtro Lista.....	930
6.1.3	Filtro por columnas	930
6.1.4	Enviar a Tramitación Contraloría.....	935
6.2	CONSULTA RECLAMO DS3	936
6.2.1	Filtros Generales.....	937
6.2.2	Filtro Lista.....	938
6.2.3	Filtro por columnas	938
6.2.4	Añadir antecedentes adicionales 	938
6.2.5	Consultar LM reclamada 	938
6.2.6	VISUALIZAR DICTAMEN 	939
7	GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS.....	941
7.1	TÉRMINOS	941
7.2	ABREVIATURAS	941

1 DESCRIPCIÓN DE LA PLATAFORMA DE ENVÍO Y TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES DE LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.

Este instructivo está enmarcado en el desarrollo de un sistema de Integración entre ISAPRES/COMPIN/SC, para la tramitación de licencias médicas modificadas de Isapre y de los reclamos de cotizantes ISAPRE denominado “Sistema Integrado de LM ISAPRE”, de acuerdo al Marco Legal del DS N° 3 de 1984 y de la Ley 20.585 que señalan lo siguiente:

- Ley 20585: Sobre otorgamiento y uso de Licencias Médicas. Ministerio de Salud. Fecha de Publicación y vigencia 11/05/2012.
 - Artículo 1º. La presente ley tiene por objeto establecer regulaciones que permitan asegurar el otorgamiento, uso correcto de la licencia médica y una adecuada protección al cotizante y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, mediante la aplicación de medidas de control y fiscalización, y de sanciones respecto de las conductas fraudulentas, ilegales o abusivas relacionadas con dicho instrumento.
 - Artículo 3º (Inciso 3). En caso que la Institución de Salud Previsional determine la reducción o rechazo de una licencia médica, deberá remitir los antecedentes que fundamentan la decisión a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, quien podrá ratificar o denegar la modificación de la licencia médica.
- Decreto N°3.: APRUEBA REGLAMENTO DE AUTORIZACION DE LICENCIAS MEDICAS POR LAS COMPIN E INSTITUCIONES DE SALUD Fecha de Publicación y vigencia 04/01/1984.
 - Artículo 39°. - En caso que una ISAPRE rechace o modifique la licencia médica, el trabajador, o sus cargas familiares podrán recurrir ante la Compin que corresponda. El mismo derecho tendrá el empleador respecto de las licencias médicas que hayan autorizado las ISAPRE, cuando estime que dichas licencias no han debido otorgarse o sean otorgadas por un período superior al necesario.
 - Artículo 42.- Recibido el reclamo la Compin requerirá informe a la Isapre reclamada remitiéndole copia del reclamo. La Isapre deberá informar, a más tardar dentro de los tres primeros días hábiles siguientes al requerimiento. Transcurrido el plazo de 10 días hábiles, contados desde la fecha de presentación del reclamo, la Compin emitirá su resolución con o sin el informe de la Isapre reclamada.
 - Artículo 43°. - La Compin conocerá del reclamo en única instancia y su resolución será obligatoria para las partes. Ella se notificará al reclamante y a la ISAPRE para su cumplimiento en el plazo, condiciones y modalidades que fije la misma resolución. Copia de la resolución se enviará a la Superintendencia de Salud, para su conocimiento y efectos legales procedentes.

- Artículo 45°. - Corresponderá a la Superintendencia de Salud de acuerdo a sus atribuciones velar por la correcta aplicación por parte de las ISAPRE del presente reglamento y fiscalizar la forma como ellas hacen uso de la facultad de autorizar las licencias médicas que se someten a su trámite.
- Artículo 47°. - Los trabajadores o sus cargas de familia, que consideren que el monto del subsidio por licencia médica obtenido de la ISAPRE es inferior a lo establecido en la ley N° 18.469, podrán reclamar ante la Compín correspondiente al domicilio que el trabajador haya fijado en el contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 35 de la ley N° 18.933.
- El reclamo deberá ser presentado por escrito, detallando su naturaleza, acompañado del formulario de licencia, de la liquidación del subsidio, del contrato celebrado con la ISAPRE y de los otros antecedentes que se estimen pertinentes.
- El trabajador tendrá un plazo de quince días hábiles, contados desde la fecha del rechazo de cancelación del subsidio o de su pago insuficiente, para elevar el reclamo ante la Compín.

Las funcionalidades asociadas a los usuarios de las ISAPRES que se explican en el instructivo son las siguientes:

- Integración vía Web Service ISAPRE/Compín

El esquema de operación a implementar para la automatización del proceso de traspaso de la información de las Licencias Médicas reclamadas en COMPÍN con las ISAPRE considera la implementación y utilización de un sistema de integración basada en la interoperabilidad a través de Web Service (WS) entre los sistemas de ambas instituciones. COMPÍN publica su WS en <https://isa.milicenciamedica.cl/wsminsal/Wsminsallicmod?wsdl> para ser consumido desde la aplicación de la ISAPRE, cuyo uso tiene como objetivo principal enviar los antecedentes asociados a una licencia reclamada para que sea Acogida o Rechazada por parte del COMPÍN/SC de acuerdo con lo definido en la ley.

El uso del ws permitirá a las ISAPRE enviar la licencia médica y los antecedentes o documentos fundantes al sistema de COMPÍN donde serán distribuidos a las unidades administrativas correspondientes; consultar el estado del trámite y; consultar el dictamen y visualizar la resolución de respuesta de COMPÍN o Subcomisión, la cual incorpora Firma Electrónica Avanzada.

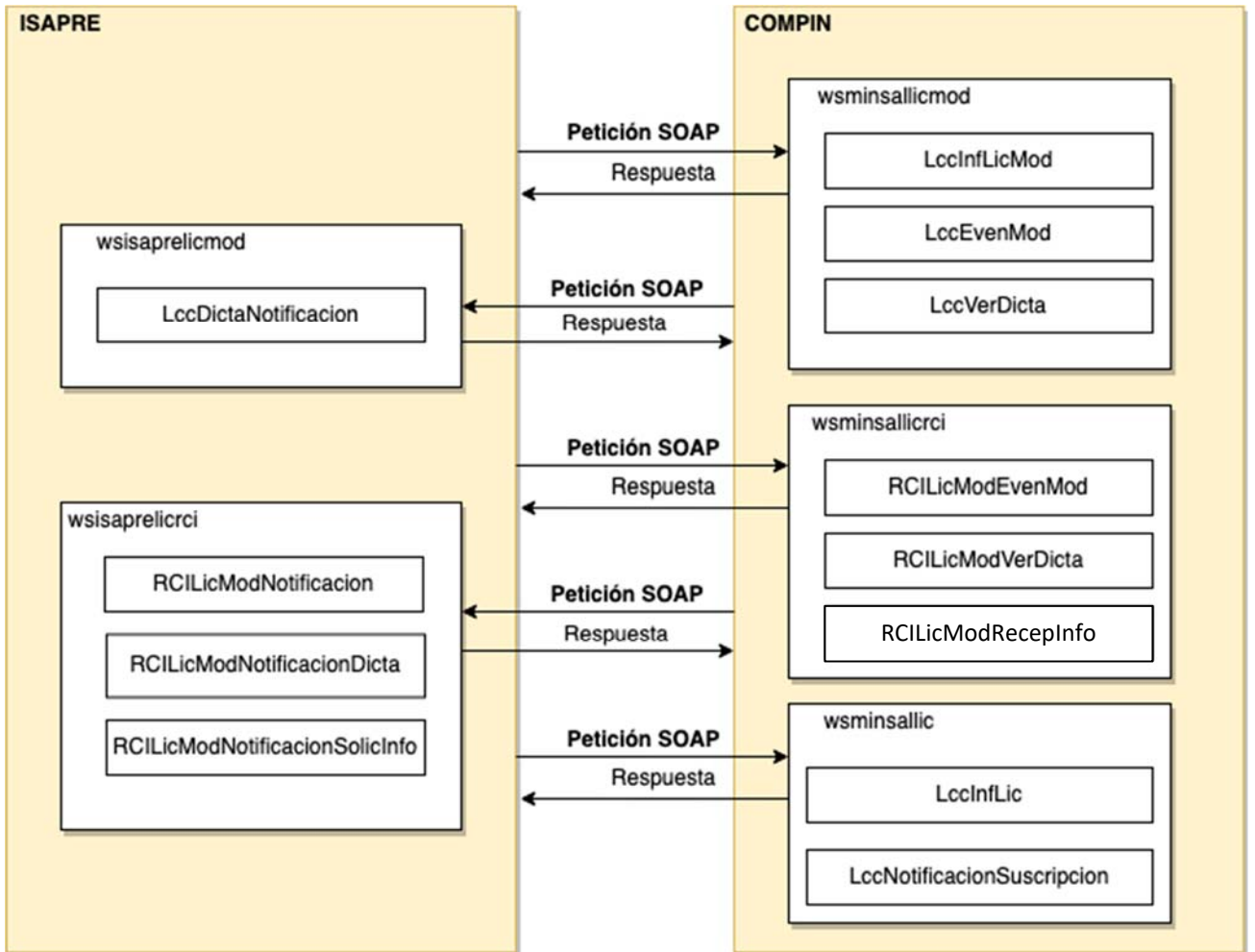
Registro de Licencia Médica	El objetivo del Web Service es informar los antecedentes básicos asociados a una Licencia Médica para ser potencialmente utilizados por el COMPIN.
Registro de Licencia Médica Modificada	El objetivo del Web Service es informar los antecedentes asociados a una licencia modificada para que sea ratificado o Denegado por parte de la COMPIN
Consulta de estado de trámite LM Modificada	El objetivo de este método publicado por Sistema ISA-201585 y consumidos por las Entidades Encargadas del Pago es informar todos los Eventos que se han registrado en la fecha de Consulta.
Consulta de detalle de dictamen LM Modificada	El objetivo de este Web Service publicado por el sistema ISA-201585 y consumido por las ISAPREs es entregar el detalle del dictamen emitido por la COMPIN/SC y el documento firmado digitalmente.
Consulta de estado de trámite de reclamo	Este esquema debe estar disponible para que la ISAPRE consulte el estado de los trámites de reclamo (RCI) y recurso de reposición (RR RCI) que tiene vinculados. Los estados visibles para las ISAPRE son “En trámite”, cualquier estado diferente a “Finalizado”.
Registro de antecedentes adicionales para reclamo	El objetivo de este Web Service publicado por el sistema ISA-20585 y consumido por las ISAPREs es entregar antecedentes adicionales a un reclamo ingresado por un cotizante.
Consulta de detalle de dictamen de reclamo	El objetivo de este Web Service publicado por el sistema ISA-201585 y consumido por las ISAPREs es entregar el detalle del dictamen de reclamos (RCI o RR RCI) emitido por la COMPIN/SC y el documento firmado digitalmente.

Por su parte las ISAPRE disponibilizará sus propios WS para la recepción de notificaciones relevantes provenientes desde el COMPIN.

Notificación de Dictamen LM	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir el detalle del dictamen de una licencia médica modificada (LMM) emitido por la COMPIN/SC inmediatamente luego de ser firmado digitalmente.
Notificación a la ISAPRE sobre los reclamos presentados	El objetivo de este Web Service publicado las ISAPREs es recibir la notificación de que existe un reclamo presentado por el cotizante en COMPIN por Decreto Supremo N°3.
Notificación de Dictamen LM Reclamada.	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir el detalle del dictamen de un reclamo contra ISAPRE (RCI) o un recurso de reposición de RCI (RR RCI) emitido por la COMPIN/SC inmediatamente luego de ser firmado digitalmente.

Notificación de solicitud de Información para reclamo	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir la notificación de la solicitud de envío de antecedentes con lo que la Isapre dio sustento a la modificación de la Licencia Médica del Cotizante.
---	--

El siguiente diagrama resume la interacción entre ISAPREs y COMPIN realizadas a través de los servicios web (WS):



2 ACCESO A LA PLATAFORMA DE ENVÍO, TRAMITACIÓN Y RECLAMOS CONTRA LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.

2.1 PANTALLA DE INGRESO

La funcionalidad presenta como los usuarios de las ISAPRE acceden al Sistema LM Isapre.

La pantalla de ingreso es la siguiente:

Ministerio de Salud
SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
Departamento de Coordinación Nacional COMPIN

Acceso al sistema

INGRESE SUS CREDENCIALES

RUN sin puntos y con guión

Ingresar

¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?

Mac Iver 541, Santiago, Chile - Teléfono: (+56 2) 2 5740 100

Seguridad de la información | HTML5 | CSS 3

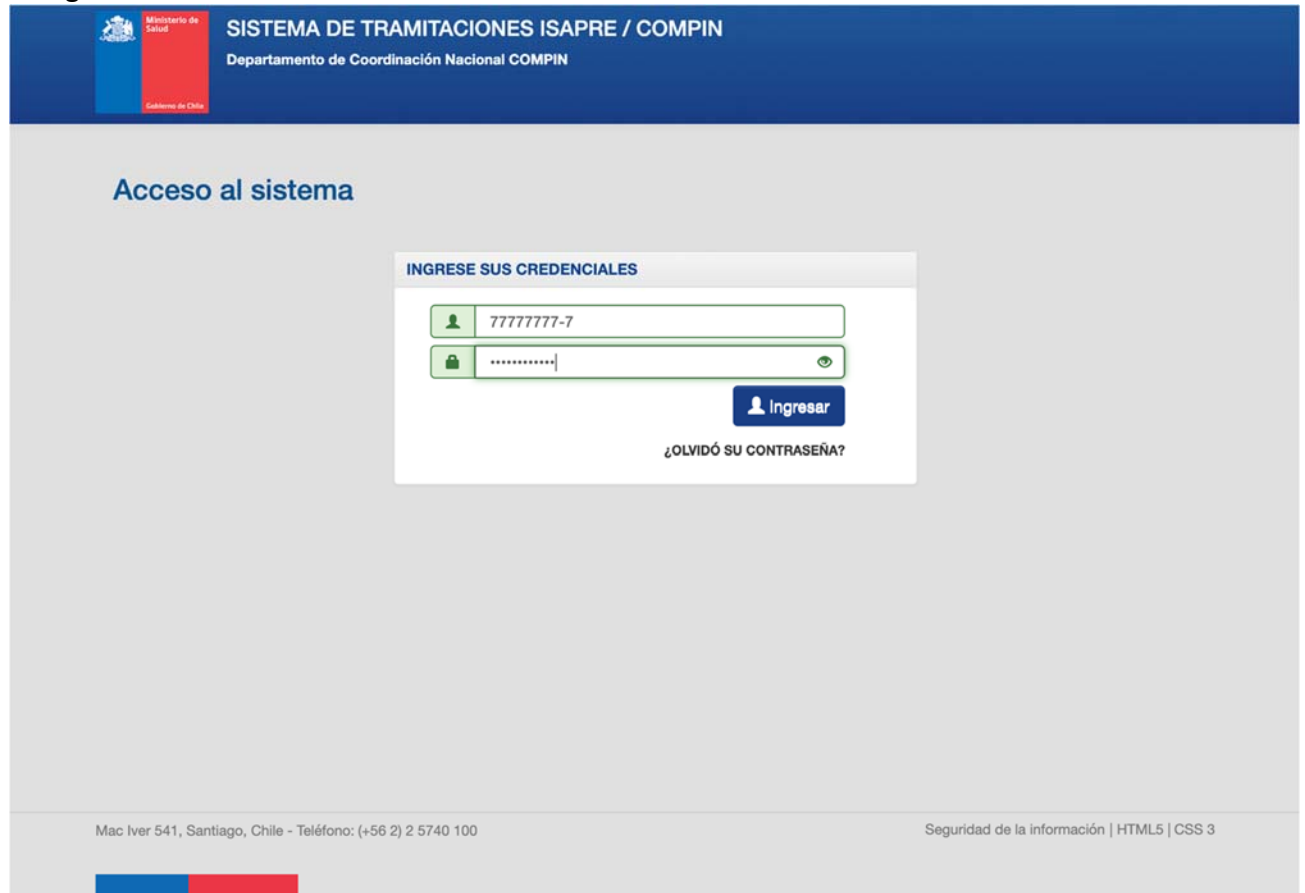
Para ingresar al sistema se debe ingresar el usuario y contraseña


 : Se ingresa el usuario del sistema.

 : Se ingresa la contraseña del sistema.

 : Opción de visualización de contraseña.

Nota: La creación de los usuarios está definido por los administradores del sistema quienes otorgarán dichas credenciales.



Botones	Descripción
	Al presionar este botón se accede al sistema una vez digitado los datos de usuario y contraseña.

Consideraciones:

2.2 CONTRASEÑA

En caso de olvidar su contraseña se debe presionar el botón ¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA? Y el sistema preguntará por la pregunta secreta:



Si la respuesta es válida el sistema LM Modificadas entrega una contraseña por pantalla sin fecha de expiración



En caso de que se requiera cambiar la contraseña (se solicitará el cambio la primera vez que se conecte a la aplicación), el sistema le mostrará una ayuda sensible con los requisitos de la nueva contraseña)



Las preguntas secretas definidas son:

- Primera Mascota
- Color Favorito
- Segundo Apellido de la madre

El botón **Guardar** registra los antecedentes ingresados dejando los antecedentes precargados en la pantalla de ingreso.

El botón **Cancelar** se vuelve a la pantalla anterior.

Si la respuesta es inválida existe la alternativa de solicitar la clave al administrador del sistema.

2.3 MENÚ DE INICIO ASOCIADOS AL ROL ISAPRE.-

Al ingresar al sistema, se mostrará la pantalla de inicio desplegando en la barra de tareas, las opciones de Menú a seleccionar conforme al rol asociado al usuario conectado (ISAPRE).

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▾

CONSALUD NEW-QA-ISAPRE SONDA

Cambiar contraseña Salir

Digitación modificación LM
Consulta Dictámenes

Envío de ant. reclamo DS3
Consulta reclamos DS3

BIENVENIDO

SISTEMA DE TRAMITACIONES

ISAPRE / COMPIN

Ministerio de Salud | Teléfono de mesa de ayuda: (+56 2)2 5740 199

En la barra de tarea, es posible distinguir 4 secciones, las cuales se describen a continuación:

- **MENÚ (ISAPRE)**



LAS OPCIONES SE PRESENTAN EN:

- **Digitación modificación LM:** Accede a la funcionalidad de ingreso manual de las LM Modificadas de las ISAPREs
- **Consulta Dictamen Modificación:** Accede a la funcionalidad para consultar el estado de trámite de las LM modificadas de las isapres.
- **Envío de Ant. Reclamo DS3:** Accede a la funcionalidad de ingreso manual del envío de antecedentes de las licencias reclamadas por los beneficiarios en las COMPIN.
- **Consulta reclamo:** Accede a la funcionalidad de consultar el histórico de notificaciones enviadas hacia la Isapre y el estado actual.

- **INFORMACIÓN DEL USUARIO CONECTADO**

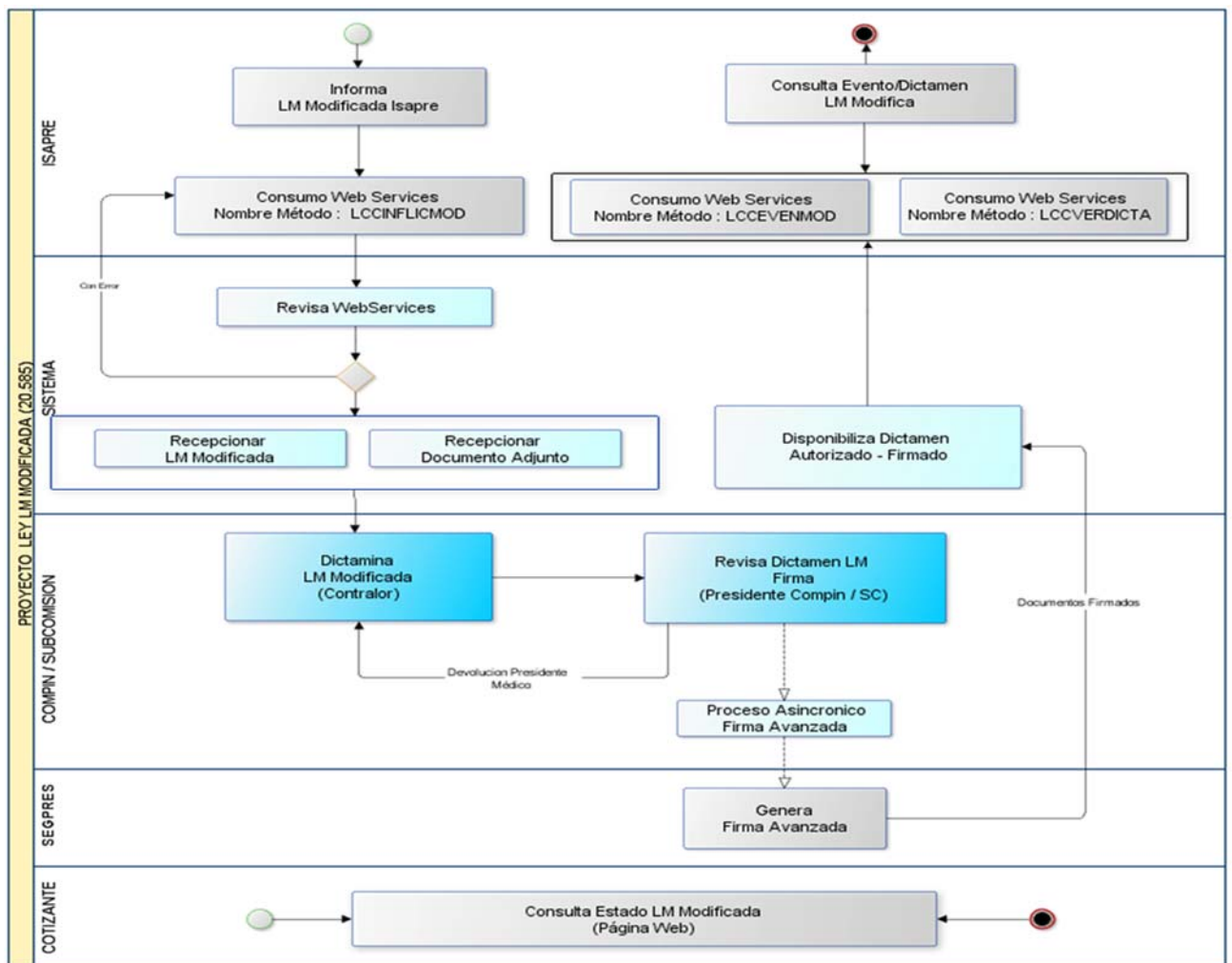
The screenshot shows the top navigation bar of the ISAPRE / COMPIN system. On the left, there is a logo for the Ministry of Health and the Government of Chile. The main header text reads "SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN" and "Departamento de Coordinación Nacional COMPIN". Below the header, the user's name "Juan Perez Soto" is displayed next to a user icon. To the right of the name are two buttons: "Cambiar contraseña" (Change password) and "Salir" (Logout). Below the navigation bar, a large grey box contains the text "BIENVENIDO SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN" and "Ministerio de Salud | Teléfono de mesa de ayuda: (+56 2)2 5740 199".

Esta sección muestra:

- El nombre del usuario ()
- Botón de cambio de contraseña () ([ver 2.1.1](#))

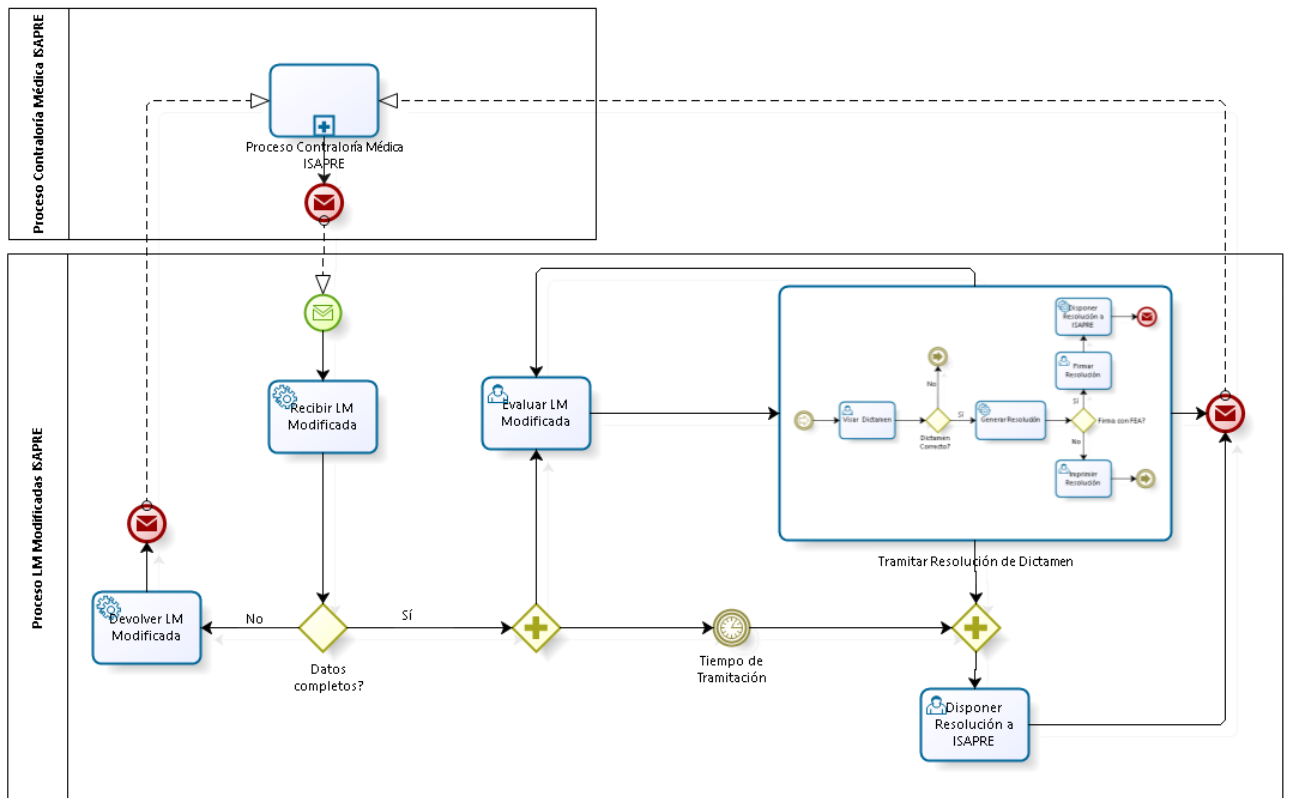
3 PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE LICENCIAS MÉDICAS Y ANTECEDENTES

Para el envío electrónico de la información que las ISAPRES deben hacer llegar a la COMPIN o Subcomisión (CPMPIN/SC) en relación a las licencias médicas reducidas o rechazadas, se definió un modelo que permite apoyar electrónicamente el proceso de revisión, resolución y entrega de los Dictámenes sobre los rechazos y reducciones de las Isapres, desde las COMPIN y las Subcomisiones, agilizando la resolución del proceso, mantener la información completa de los trámites por reducción y rechazo de licencias médicas por parte de las ISAPRES y generar reportes estructurados sobre el proceso, para la evaluación y toma de decisiones. El siguiente diagrama describe el proceso definido, en el cual se hace referencia a los elementos de integración requeridos.

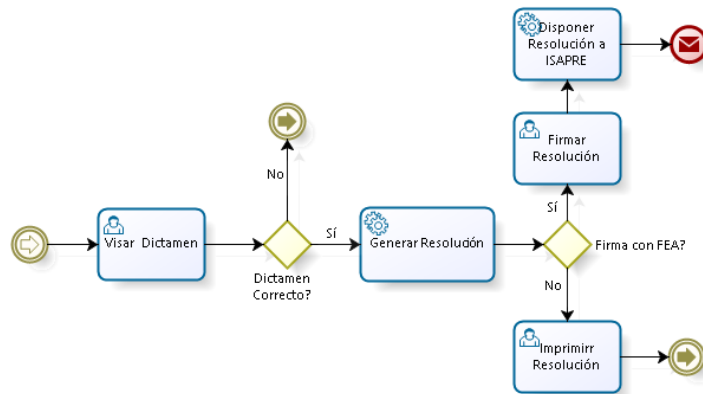


Para el proceso expuesto en el diagrama anterior se contemplan las siguientes integraciones, las cuales se describen en el presente documento:

- Proceso de intercambio de información automatizado entre ISAPRES y COMPIN.
- Generación de Trazabilidad de Licencias Médicas modificadas: Eventos, Fechas, Responsables.
- Funcionalidad para Evaluación de Licencias Unidad, Contraloría COMPIN / SC.
- Funcionalidad para Tramitación de Resolución de Dictámenes
- Funcionalidad para comunicar resoluciones a ISAPRES.
- Funcionalidad para disponibilizar Resoluciones.
- Generación de Información del Proceso



Proceso de Resolución de Licencias Médicas Modificadas por ISAPRE



Sub Proceso de Firma de Dictamen

PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN

3.1.1 WEB SERVICES ENVIÓ INFORMACIÓN LM.

Nombre Método: LCCINFLICMOD

Contenido Datos de Entrada

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Asignado por MINSAL
Clave	Char(30)	Input	Asignada por MINSAL
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio Licencia Medica
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1:Publico 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
NumCedTra	Num(10)	Input	Numero Cedula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Digito Verificador Cedula Trabajador
ApellidoPaterno	Char(120)	Input	Apellido Paterno Trabajador
ApellidoMaterno	Char(120)	Input	Apellido Materno Trabajador
NombreTrabajador	Char(150)	Input	Nombre del Trabajador
EdadTrabajador	Num(03)	Input	Edad del Trabajador
SexoTrabajador	Char(2)	Input	Los valores posibles son: 01: Hombre

			02: Mujer 03: Intersex (Indeterminado) 99: Desconocido
Mail	Char(100)	Input	Mail del Trabajador
Celular	Num(10)	Input	Numero Celular Trabajador
Fono	Num(10)	Input	Numero teléfono Fijo Trabajador
FechaEmision	Date	Input	Fecha de Emisión de la Licencia
FechaInicioReposo	Date	Input	Fecha Inicio de Reposo Otorgado
DiasOtorgados	Num(03)	Input	Días Otorgados
NumCedMed	Num(10)	Input	Numero Cedula Medico Emisor LCC
DigCedMed	Char(01)	Input	Digito Verificador Cedula Medico Emisor LCC
PaternoMedico	Char(120)	Input	Apellido Paterno Medico
MaternoMedico	Char(120)	Input	Apellido Materno Medico
NombreMedico	Char(150)	Input	Nombre del Medico
ProfMedico	Num(02)	Input	Profesión Medico 1:Medico 2:Dentista 3:Matrona
FecResoluc	Date	Input	Fecha Resolución LCC x Isapre
TipoLmeResuelta	Num(02)	Input	1:Enfermedad o accidente común 3:Licencia maternal pre y post natal 4:Enfermedad grave niño menor de 1 año 7:Patología del Embarazo
DiasAutorizados	Num(03)	Input	Días Autorizados de la licencia
FecAutdesde	Date	Input	Fecha Autorización desde
FecAutHasta	date	Input	Fecha Autorización Hasta
TipResolución	Num(02)	Input	Resolución de la Licencia de acuerdo a tabla legal 2:Rechácese 4:Redúcese
PrimeContinua	Num(02)	Input	Si la Licencia es primera o continuación 1 = Primera 2 = Continuación
CodCausaRechazo	Num(02)	Input	Causa de Rechazo según tabla legal 1:Reposo injustificado 2:Diagnóstico irrecuperable

			3:Fuera de Plazo 4:Incumplimiento reposo 5:Otro
GloCausaRechazo	Char(500)	Input	Otra Causa de Modificación o Rechazo
CodComuna	Char(05)	Input	Código Comuna Contrato del Trabajador
CodCie10	Char(10)	Input	(Opcional) Código de diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
DescDiag	Char(250)	Input	(Opcional) Descripción de diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
DctoFundante	Lista	Input	Lista de documentos fundantes

La variable DctoFundante contiene el detalle de los documentos que fundamentan la resolución por parte de la Isapre.

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
TipDcto	Num(03)	Input	Tipo Documento Fundante
DctoFund	base64Binar y	Input	Documento codificado en base64 de acuerdo a contenido con imagen del documento

Contenido de la Respuesta

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0:Sin error. 1:Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

Nota: Cuando sea consumido por la Isapre y el web services esté correctamente informado, el sistema grabará el registro de la LM Modificada con la fecha de recepción al día siguiente del consumo y en estado del evento de la tramitación de Licencia "Asignada al COMPIN/SC".

XML de ejemplo de solicitud:

```

<s11:Envelope xmlns:s11='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <s11:Body>
    <ns1:LccInfLicModRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminalslicmod/'>
      <Codigolsapre>?999?</Codigolsapre>
      <Usuario>?999?</Usuario>
      <Clave>?XXX?</Clave>
      <NumLicencia>?999?</NumLicencia>
      <TipFormu>?999?</TipFormu>
      <NumCedTra>?999?</NumCedTra>
      <DigCedTra>?XXX?</DigCedTra>
      <ApellidoPaterno>?XXX?</ApellidoPaterno>
      <ApellidoMaterno>?XXX?</ApellidoMaterno>
      <NombreTrabajador>?XXX?</NombreTrabajador>
      <EdadTrabajador>?999?</EdadTrabajador>
      <SexoTrabajador>?999?</SexoTrabajador>
      <Mail>?XXX?</Mail>
      <Celular>?999?</Celular>
      <Fono>?999?</Fono>
      <FechaEmision>2008-12-31</FechaEmision>
      <FechaInicioReposo>2008-12-31</FechaInicioReposo>
      <DiasOtorgados>?999?</DiasOtorgados>
      <NumCedMed>?999?</NumCedMed>
      <DigCedMed>?XXX?</DigCedMed>
      <PaternoMedico>?XXX?</PaternoMedico>
      <MaternoMedico>?XXX?</MaternoMedico>
      <NombreMedico>?XXX?</NombreMedico>
      <ProfMedico>?999?</ProfMedico>
      <FecResoluc>2008-12-31</FecResoluc>
      <TipoLmeResuelta>?999?</TipoLmeResuelta>
      <DiasAutorizados>?999?</DiasAutorizados>
      <FecAutDesde>2008-12-31</FecAutDesde>
      <FecAutHasta>2008-12-31</FecAutHasta>
      <TipResolucion>?999?</TipResolucion>
    </ns1:LccInfLicModRequest>
  </s11:Body>
</s11:Envelope>

```

```

<PrimeContinua>?999?</PrimeContinua>
<CodCausaRechazo>?999?</CodCausaRechazo>
<GloCausaRechazo>?XXX?</GloCausaRechazo>
<CodComuna>?XXX?</CodComuna>
<CodCie10>?XXX?</CodCie10>
<DescDiag>?XXX?</DescDiag>
<ListaDctofundante>
  <Dctofundante>
    <TipDcto>?999?</TipDcto>
    <DctoFund>?XXX?</DctoFund>
  </Dctofundante>
</ListaDctofundante>
</ns1:LccInfLicModRequest>
</s11:Body>
</s11:Envelope>

```

3.1.2 WEB SERVICES CONSULTA DE EVENTOS ASOCIADOS LM.

Nombre Método: LCCEVENMOD

Propósito	Web Services Consulta de Eventos Asociados LM.		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por Sistema Isa20585 y consumidos por las Isapres es informar todos los Eventos que se han registrado en la fecha de Consulta para licencias modificadas.		
Web Services Consulta de Eventos Asociados LM			
Nombre Método : LCCEVENMOD			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Asignado por COMPIN/SC
Clave	Char(30)	Input	Asignada por COMPIN/SC
FecDesde	Date	Input	Fecha Desde consulta.
FecHasta	Date	Input	Fecha Hasta Consulta.
Contenido de la Respuesta			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado

			Código de estado: 0:Sin error. 1:Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado
ListaEvenLCC	Lista	Output	
La variable ListaEvenLCC contiene el listado de las los Eventos que afectaron a las Licencias Modificadas.			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
NumLicencia	Num(10)	Output	Folio LME parte Numérica
TipoFormu	Num(01)	Output	Tipo Formulario 1:Publico 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
NumCedTra	Num(10)	Output	Número Cédula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Output	Digito Verificador Cédula Trabajador
FecEve	Date	Output	Fecha del Evento
CodEvento	Num(01)	Output	Código del Evento

XML de ejemplo de solicitud:

```
<s11:Envelope xmlns:s11='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <s11:Body>
    <ns1:LccEvenModRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminalslicmod/'>
      <Codigolsapre>?999?</Codigolsapre>
      <Usuario>?999?</Usuario>
      <Clave>?XXX?</Clave>
      <FecDesde>2008-12-31</FecDesde>
      <FecHasta>2008-12-31</FecHasta>
    </ns1:LccEvenModRequest>
  </s11:Body>
</s11:Envelope>
```

3.1.3 WEB SERVICES CONSULTA DE DICTAMEN LM MODIFICADA.

Nombre Método: LCCVERDICTA

Propósito	Web Services Consulta de Dictamen LM Modificada.		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por Sistema Isa20585 y consumidos por las Isapres es informar el detalle del Dictamen emitido por la COMPIN/SC.		
<u>Web Services Consulta de Dictamen LM Modificada.</u>			
Nombre Método : LCCVERDICTA			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Asignado por COMPIN/SC
Clave	Char(30)	Input	Asignada por COMPIN/SC
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
NumCedTra	Num(10)	Input	Número cédula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito Verificador Cédula Trabajador
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1:Público 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
Contenido de la Respuesta			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0:Sin error. 1:Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado
NumCedTra	Num(10)	Output	Número Cédula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Output	Digito Verificador Cédula Trabajador
NumResol	Num(12)	Output	Número de Resolución
FecResol	Date	Output	Fecha de Resolución
CodCompin	Num(05)	Output	Código COMPIN/SC
Dictamen	Num(01)	Output	1:Ratifica

			2:Deniega 3:No se Pronuncia
FecPago	Date	Output	Plazo Máximo de Pago en caso de Deniega
DctoDictamen	base64Binary	Output	Certificado PDF del Dictamen codificado en base64

XML de ejemplo de solicitud:

```
<Envelope xmlns='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <Body>
    <ns1:LccVerDictaRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminalslicmod/'>
      <Codigolsapre?999?</Codigolsapre>
      <Usuario?999?</Usuario>
      <Clave?XXX?</Clave>
      <NumLicencia?999?</NumLicencia>
      <NumCedTra?999?</ NumCedTra >
      <DigCedTra?XXX?</ DigCedTra >
      <TipoFormu?999?</TipoFormu>
    </ns1:LccVerDictaRequest>
  </Body>
</Envelope>
```

3.1.4 WEB SERVICES NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN LM MODIFICADA.

Nombre Método: LCCDICTANOTIFICACION

Propósito	Web Services de notificación de dictamen de LM Modificada		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir el detalle del dictamen de una licencia médica modificada (LMM) emitido por la COMPIN/SC inmediatamente luego de ser firmado digitalmente.		
Web Services Notificación de Dictamen LM Modificada.			
Nombre Método: LCCDICTANOTIFICACION			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones

Token	Char(32)	Input	Identificador único de validacion de origen, asignado por el COMPIN/SC
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1:Público 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
NumCedTra	Num(10)	Input	Número Cédula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito Verificador Cédula Trabajador
NumResol	Num(12)	Input	Número de Resolución
FecResol	Date	Input	Fecha de Resolución
CodCompin	Num(05)	Input	Código COMPIN/SC
Dictamen	Num(01)	Input	1:Deniega 2:Ratifica 3:No se Pronuncia
FecPago	Date	Input	Plazo Máximo de Pago en caso de Deniega
DctoDictamen	base64Binar y	Input	Certificado PDF del Dictamen codificado en base64
Contenido de la Respuesta			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0:Sin error. 1:Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

3.2 WEB SERVICE DE SISTEMA

El Web Service disponible contiene los tres métodos descritos en las fichas anteriores. A continuación, se muestra la definición del WSDL disponible en la URL:

<https://isa.milicenciamedica.cl/wsminal/Wsminallicmod?wsdl>

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?><wsdl:definitions
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
  xmlns:tns="http://www.example.org/Wsminallicmod/"
xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
  xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" name="Wsminallicmod"
  targetNamespace="http://www.example.org/Wsminallicmod/">
<wsdl:types>
  <xsd:schema targetNamespace="http://www.example.org/Wsminallicmod/">
    <!-- LccInfLicMod -->
    <xsd:element name="LccInfLicModRequest">
      <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
          <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipFormu" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="ApellidoPaterno" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="ApellidoMaterno" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="NombreTrabajador" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="EdadTrabajador" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="SexoTrabajador" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Mail" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="Celular" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Fono" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FechaEmision" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="FechaInicioReposo" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="DiasOtorgados" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="NumCedMed" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="DigCedMed" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="PaternoMedico" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="MaternoMedico" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="NombreMedico" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="ProfMedico" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FecResoluc" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="TipoLmeResuelta" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="DiasAutorizados" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FecAutDesde" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="FecAutHasta" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="TipResolucion" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="PrimeContinua" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="CodCausaRechazo" type="xsd:int"/>
        </xsd:sequence>
      </xsd:complexType>
    </xsd:element>
  </xsd:schema>
</wsdl:types>
```

```

        <xsd:element name="GloCausaRechazo" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="CodComuna" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="ListaDctofundante" type="tns:ArrayOfListaDctofundante"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:complexType name="ArrayOfListaDctofundante">
    <xsd:sequence>
        <xsd:element minOccurs="1" maxOccurs="unbounded" name="Dctofundante"
type="tns:ListaDctofundanteEntity"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>
<xsd:complexType name="ListaDctofundanteEntity">
    <xsd:sequence>
        <xsd:element name="TipDcto" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="DctoFund" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>

<xsd:element name="LccInfLicModResponse">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>

<!-- LccEvenMod -->
<xsd:element name="LccEvenModRequest">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="FecDesde" type="xsd:date"/>
            <xsd:element name="FecHasta" type="xsd:date"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="LccEvenModResponse">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="ListaEvenLcc" type="tns:ArrayOfListaEvenLcc"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:complexType name="ArrayOfListaEvenLcc">

```

```

    <xsd:sequence>
      <xsd:element minOccurs="0" maxOccurs="unbounded" name="EvenLcc"
type="tns:ListaEvenLccEntity"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
<xsd:complexType name="ListaEvenLccEntity">
  <xsd:sequence>
    <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
    <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
    <xsd:element name="TipoTramite" type="xsd:int"/>
    <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
    <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
    <xsd:element name="FecEve" type="xsd:dateTime"/>
    <xsd:element name="CodEvento" type="xsd:int"/>
  </xsd:sequence>
</xsd:complexType>

<!-- LccVerDicta -->
<xsd:element name="LccVerDictaRequest">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="CodigoIsapre" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="LccVerDictaResponse">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="FecEnvio" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="NumResol" type="xsd:long"/>
      <xsd:element name="FecResol" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="CodCompin" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="Dictamen" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="FecPago" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="DctoDictamen" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:schema>
</wsdl:types>

```

```

<wsdl:message name="LccInfLicModRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccInfLicModRequest" name="LccInfLicModRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccInfLicModResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccInfLicModResponse" name="LccInfLicModResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:message name="LccEvenModRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccEvenModRequest" name="LccEvenModRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccEvenModResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccEvenModResponse" name="LccEvenModResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:message name="LccVerDictaRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccVerDictaRequest" name="LccVerDictaRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccVerDictaResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccVerDictaResponse" name="LccVerDictaResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:portType name="Wsminsallicmod">
  <wsdl:operation name="LccInfLicMod">
    <wsdl:documentation>Envio de antecedentes de licencias modificadas.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccInfLicModRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccInfLicModResponse" />
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="LccEvenMod">
    <wsdl:documentation>Consulta de eventos asociados a licencias modificadas.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccEvenModRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccEvenModResponse" />
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="LccVerDicta">
    <wsdl:documentation>Entrega de detalle de dictamen licencia modificada.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccVerDictaRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccVerDictaResponse" />
  </wsdl:operation>
</wsdl:portType>

<wsdl:binding name="WsminsallicmodSOAP" type="tns:Wsminsallicmod">
  <soap:binding transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
  <wsdl:operation name="LccInfLicMod">
    <soap:operation soapAction="urn:LccInfLicMod" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>

```



```

        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
</wsdl:operation>

<wsdl:operation name="LccEvenMod">
    <soap:operation soapAction="urn:LccEvenMod" style="document"/>
    <wsdl:input>
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
</wsdl:operation>

<wsdl:operation name="LccVerDicta">
    <soap:operation soapAction="urn:LccVerDicta" style="document"/>
    <wsdl:input>
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
</wsdl:operation>
</wsdl:binding>

<wsdl:service name="Wsminallicmod">
    <wsdl:port binding="tns:WsminallicmodSOAP" name="WsminallicmodSOAP">
        <soap:address location="https://test20585.minsal.cl/desarrolloTide/wsminal/Wsminallicmod" />
    </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>

```

3.3 WEB SERVICE DE ISAPRE

El web service contiene un método de los descritos en las fichas anteriores (3.1). A continuación, se muestra la definición del WSDL disponible en la URL:

<https://isa.milicenciamedica.cl/wsminal/Wsisaprelicmod?wsdl>

```

<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?><wsdl:definitions
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
    xmlns:tns="http://www.example.org/Wsisaprelicmod/"
xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
    xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" name="Wsisaprelicmod"
    targetNamespace="http://www.example.org/Wsisaprelicmod/">
<wsdl:types>
    <xsd:schema targetNamespace="http://www.example.org/Wsisaprelicmod/">
        <!-- LccDictaNotificacion -->

```

```

<xsd:element name="LccDictaNotificacionRequest">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Token" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="NumResol" type="xsd:long"/>
      <xsd:element name="FecResol" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="CodCompin" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="Dictamen" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="FecPago" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="DctoDictamen" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="FecEnvio" type="xsd:date"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="LccDictaNotificacionResponse">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:schema>
</wsdl:types>

<wsdl:message name="LccDictaNotificacionRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccDictaNotificacionRequest" name="LccDictaNotificacionRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccDictaNotificacionResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccDictaNotificacionResponse" name="LccDictaNotificacionResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:portType name="Wsisaprelicmod">
  <wsdl:operation name="LccDictaNotificacion">
    <wsdl:documentation>Notificación de dictamen de licencia médica reclamada.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccDictaNotificacionRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccDictaNotificacionResponse" />
  </wsdl:operation>
</wsdl:portType>

<wsdl:binding name="WsisaprelicmodSOAP" type="tns:Wsisaprelicmod">
  <soap:binding transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
  <wsdl:operation name="LccDictaNotificacion">
    <soap:operation soapAction="urn:LccDictaNotificacion" style="document"/>
    <wsdl:input>

```

```
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
</wsdl:operation>
</wsdl:binding>

<wsdl:service name="Wsisaprelicmod">
    <wsdl:port binding="tns:WsisaprelicmodSOAP" name="WsisaprelicmodSOAP">
        <soap:address location="https://test20585.minsal.cl/desarrolloTide/wsminsal/Wsisaprelicmod" />
    </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>
```

4 OPCIÓN DE DIGITACIÓN PARA ENVÍO DE LM MODIFICADAS DE LAS ISAPRES

La opción permite al usuario la digitación manual de las LM Modificadas por las isapres y el correspondiente envío de dichas licencias.

Dependerá de los filtros utilizados por el usuario, las LM que se desplieguen.

Botones	Descripción
	Permite la búsqueda de los registros, conforme a los criterios indicados en la ventana.
	Permite Limpiar los criterios de la ventana.
	Permite enviar a tramitación de contraloría de las LM Tramitadas digitada por la ISAPRE.
	Permite Agregar una nueva LM modificada por la isapre
	Esta acción permite editar la LM Modificada en los estados ingresados y validados.



Esta acción permite eliminar (física) la LM Modificada en los estados ingresados y validados.

Consideraciones:

Al ingresar a la ventana presentará las LM Modificadas digitadas en estado “Validado” ordenados desde el más antiguo hasta el más reciente. Las columnas que presentan son las siguientes:

- N° LICENCIA: Corresponde al Número de Licencia
- RUN: Corresponde al Run del Cotizante
- NOMBRE COTIZANTE: Corresponde al Nombre Completo del Cotizante
- TIPO DE LICENCIA: Corresponde al tipo de Licencia informada por LM modificada.
- FECHA INICIO: Fecha desde la licencia informada por LM.
- DIAS OTORGADOS: corresponde a los días otorgados informada por LM.
- DIAS AUTORIZADOS: corresponde a los días autorizados informada por LM.
- FECHA INGRESO: Corresponde a la fecha de digitación de la Isapre a la licencia
- ETAPA: Corresponde a las etapa de validación.
- Acciones: Esta columna presenta las acciones que tiene el usuario.

4.1.1 FILTROS GENERALES

Los filtros definidos de la ventana son los siguientes:

RUN PACIENTE

- : Permite ingresar el número de RUN del paciente.

N° LICENCIA MÉDICA

- : Permite ingresar el tipo de formulario y el número de licencia.


RANGO DE FECHAS DE INGRESO

- a : Permite ingresar el rango de fechas a revisar las licencias digitadas no enviadas a la tramitación de contraloría.

ETAPA PROCESO

- : Permite seleccionar las etapas del proceso de digitación. Los estados son los siguientes:

- Etapa Proceso Ingresado: La LM modificada se encuentra ingresada con errores o falta de datos.
- Etapa Proceso Validada: La LM modificada se encuentra ingresada validada y lista para ser despachadas a la tramitación de la contraloría de COMPIN/SC.

Los filtros se aplican cuando se presiona el botón 





4.1.2 FILTRO LISTA

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación como se muestras:

- Por Caracteres
- Por Números

LISTA DE LICENCIAS (Total de trámites: 2)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR: 199999

<input type="checkbox"/>	N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	TL	FECHA INICIO	DÍAS OTORGADOS	DÍAS AUTORIZADOS	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
<input type="checkbox"/>	1-1999901	99999999-9	ADMINISTRADOR QA-SONDA	1	04/04/2020	20	10	09/04/2020	Ingreso	 
<input type="checkbox"/>	1-1999990	88888888-8	Presidente dos COMPIN(medico) AYSEN y MAGALLANES	1	03/04/2020	15	0	09/04/2020	Validada	 

Mostrando página 1 de 1 de un total de 2 licencias

Primero Anterior 1 Siguiente Último
Enviar Agregar

4.1.3 FILTRO POR COLUMNAS

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación en las columnas de datos que lo permitan:

LISTA DE LICENCIAS (Total de trámites: 2)


MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR:

<input type="checkbox"/>	N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	TL	FECHA INICIO	DÍAS OTORGADOS	DÍAS AUTORIZADOS	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
<input type="checkbox"/>	1999990									
<input type="checkbox"/>	1-1999990	88888888-8	Presidente dos COMPIN(medico) AYSEN y MAGALLANES	1	03/04/2020	15	0	09/04/2020	Validada	 

Mostrando página 1 de 1 de un total de 1 licencias

Primero Anterior 1 Siguiente Último
Enviar Agregar

4.1.4 AGREGAR UNA LM MODIFICADA POR LA ISAPRE.

Al presionar el botón () se desplegará la ventana 'Ingreso Manual Licencias Modificadas' la cual consta de una serie de secciones que deben ser completadas por el usuario con el fin de traspasar la información de la Licencia Médica al sistema y una sección para asociar documentos digitalizados (documentos fundantes).

SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN

Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▾
CONSALUD
NEW-QA-ISAPRE SONDA
Cambiar contraseña
Salir

Ingreso Manual Licencias Modificadas

DATOS DE LA LICENCIA

TIPO	N° LICENCIA	FECHA EMISIÓN	INICIO REPOSO	DÍAS OTORGADOS
<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Desconocido"/>	<input type="text"/>
EMAIL	CELULAR	FONO	COMUNA	COMPIN/SC	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="ALGARROBO"/>	<input type="text" value="Subcomisión Valparaíso"/>	

DATOS PROFESIONAL

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PROFESIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DENTISTA"/>

DATOS RESOLUCIÓN


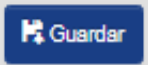
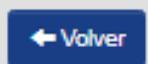

TIPO LICENCIA	DÍAS AUTORIZADOS	FECHA AUTORIZACIÓN DESDE	FECHA AUTORIZACIÓN HASTA
<input type="text" value="Enfermedad o accidente común"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO RESOLUCIÓN	PRIMERA/CONTINUA		FECHA RESOLUCIÓN
<input type="text" value="Redúcese"/>	<input type="text" value="PRIMERA"/>		<input type="text"/>
CAUSA RECHAZO	DESCRIPCIÓN CAUSA RECHAZO		
<input type="text" value="Reposo injustificado"/>	<input style="height: 40px;" type="text"/>		
	<small>Máximo 250 caracteres</small>		
CIE-10	DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO		
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="height: 40px;" type="text"/>		

DOCUMENTOS ADJUNTOS

Solo formato PDF máximo 1MB

Documento Adjunto	Nombre Archivo	Fecha creación	Acciones

Mac Iver 541, Santiago, Chile - Teléfono: (+56 2) 2 5740 100
Seguridad de la información | HTML5 | CSS 3

Botones	Descripción
	Permite Subir los adjuntos del LM Modificadas por las isapres.
	Permite Guardar y permite validar la información ingresadas por las isapres.
	Permite volver a la pantalla anterior.
	Limpiar los datos entregados.

Descripción de las secciones de la ventana:

4.1.5 SECCIÓN DATOS DE LA LICENCIA.

DATOS DE LA LICENCIA

TIPO	N° LICENCIA	FECHA EMISIÓN	INICIO REPOSO	DÍAS OTORGADOS
1 ▾	1999901	02-04-2020	04-04-2020	20

- N° LICENCIA: Ingresar el Número de Licencia. Dato obligatorio.
- FECHA EMISION: Ingresar Fecha de emisión de la licencia médica. Dato obligatorio.
- INICIO REPOSO: Ingresar Fecha de inicio de reposo. Dato obligatorio.
- DIAS OTORGADOS: ingresar los días otorgados de licencia. Dato obligatorio.

4.1.6 SECCIÓN IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD
99999999-9	QA-SONDA		ADMINISTRADOR	Hombre ▾	30
EMAIL	CELULAR	FONO	COMUNA	COMPIN/SC	
alberto.melo@sonda.com	654321547	123456789	ALGARROBO ▾	Subcomisión Valparaíso	

- N° RUN: Ingresar RUN del cotizante con LM Modificada. Dato obligatorio.
- PRIMER APELLIDO: Ingresar primer apellido del cotizante. Dato obligatorio.
- SEGUNDO APELLIDO: Ingresar segundo apellido del cotizante.
- NOMBRES: Ingresar nombres del cotizante. Dato obligatorio.
- SEXO: Seleccionar sexo del cotizante. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

SEXO

Desconocido ▼

Desconocido

Hombre

Intesex (Indeterminado)

Mujer

- EDAD: Ingresar la edad del cotizante. Dato obligatorio.
- EMAIL: Ingresar el email del cotizante.
- CELULAR: Ingresar celular del cotizante.
- FONO: Ingresar teléfono particular del cotizante.
- COMUNA: Seleccionar la Comuna del trabajador. Dato obligatorio.
- Los valores de acuerdo a tabla de parámetros INE:

AISÉN

ALGARROBO

ALHUÉ

ALTO BÍO BÍO

ALTO DEL CARMEN

ALTO HOSPICIO

ANCUD

ANDACOLLO

ANGOL

ANTÁRTICA

ANTOFAGASTA

ANTUCO

ARAUCO

ARICA

BUIN

BULNES

CABILDO

CABO DE HORNO (EX-NAVARINO)

CABRERO

CALAMA

- COMPIN/SC: Se obtiene de acuerdo a la COMPIN/SC asociada en la tabla de comuna.

4.1.7 SECCIÓN DATOS PROFESIONAL

DATOS PROFESIONAL

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PROFESIÓN
78787878-4	SONDA		NEW-QA-ISAPRE	DENTISTA ▼

- N° RUN: Ingresar RUN del profesional. Dato obligatorio.
- PRIMER APELLIDO: Ingresar primer apellido del profesional. Dato obligatorio.
- SEGUNDO APELLIDO: Ingresar segundo apellido del profesional.
- NOMBRES: Ingresar nombres del profesional. Dato obligatorio.
- PROFESION: Se debe seleccionar el tipo de profesión. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

PROFESION

- DENTISTA
- DENTISTA**
- MATRONA
- MEDICO

4.1.8 SECCIÓN DATOS RESOLUCIÓN

DATOS RESOLUCIÓN

TIPO LICENCIA Enfermedad o accidente común	DÍAS AUTORIZADOS <input type="text"/>	FECHA AUTORIZACIÓN DESDE <input type="text"/>	FECHA AUTORIZACIÓN HASTA <input type="text"/>
TIPO RESOLUCIÓN Redúcese	PRIMERA/CONTINUA PRIMERA	FECHA RESOLUCIÓN <input type="text"/>	
CAUSA RECHAZO Reposo injustificado	DESCRIPCIÓN CAUSA RECHAZO <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> <small>Máximo 250 caracteres</small>		
CIE-10 <input style="width: 100%;" type="text"/>	DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>		

- **TIPO LICENCIA:** Seleccionar el tipo de licencia. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

TIPO LICENCIA

- Enfermedad o accidente común
- Enfermedad o accidente común**
- Licencia maternal pre y post natal
- Enfermedad grave niño menor de 1 año
- Patología del embarazo

- **DIAS AUTORIZADOS:** Ingresar los días autorizados. Dato obligatorio.
- **FECHA AUTORIZACION DESDE:** ingresar la fecha desde la LM. Dato obligatorio.
- **FECHA AUTORIZACION HASTA:** Se calcula FECHA AUTORIZACION DESDE+DIAS AUTORIZADOS.
- **TIPO RESOLUCION:** Se debe seleccionar el tipo de la resolución. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

TIPO RESOLUCION

- Reducece
- Rechazase
- Reducece**

- **PRIMERA/CONTINUA:** Se debe seleccionar si la LM es primera o continua. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

PRIMERA/CONTINUA

PRIMERA
 PRIMERA
 CONTINUACION

- FECHA RESOLUCION: Ingresar la fecha de resolución de la LM. Dato obligatorio.
- CAUSA RECHAZO: Se debe seleccionar la causa de rechazo de la LM. Dato obligatorio.

Los valores de acuerdo a tabla de parámetros:

CAUSA RECHAZO

Reposo injustificado
 Reposo injustificado
 Diagnostico irrecuperable
 Fuera de plazo
 Incumplimiento reposo
 Otro

- DESCRIPCION CAUSA RECHAZO: Ingresar descripción de la causa de rechazo de LM. Dato obligatorio sólo cuando la CAUSA RECHAZO es igual al valor otro.
- CIE-10 y DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO: buscar y seleccionar el diagnóstico desde la ventana emergente que se despliega al pulsar el botón azul del campo CIE-10. Ambos datos son obligatorios.

Código de diagnóstico (CIE-10)

código DESCRIPCIÓN Buscar Limpiar

MOSTRANDO 10 REGISTROS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SELECCIONAR
Y55.5	EFECTOS ADVERSOS DE DROGAS CONTRA EL RESFRIADO COMUN	

Mostrando página 1 de 1

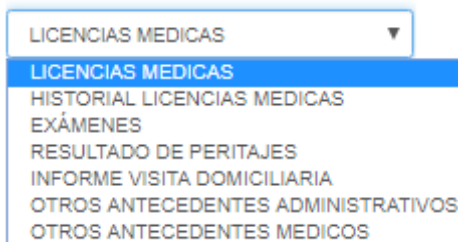
Anterior 1 Siguiete Volver

4.1.9 SECCIÓN DOCUMENTOS ADJUNTOS (DOCUMENTOS FUNDANTES)

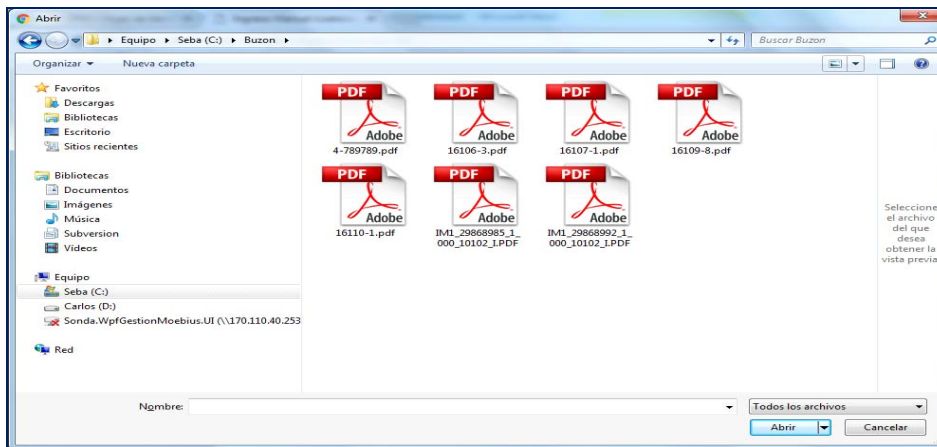
Esta sección permite adjuntar la documentación fundante de las LM modificadas por las isapres. Estos archivos deben ser del tipo PFD y el peso máximo por documento es de un 1 MB. Antes de adjuntar algún documento se debe guardar los datos de la licencia.



- **DOCUMENTOS FUNDANTES:** Se debe seleccionar los documentos fundantes. Los tipo de documentos parametrizados son:





- El botón Elegir Archivos (**Elegir archivos**) permite buscar y seleccionar en el PC el archivo adjunto de acuerdo al TIPO DOCUMENTOS FUNDANTES.




(*)Esta ventana no pertenece al sistema es del sistema operativo utilizado.

- Se elige el archivo y se presiona el botón abrir (**Abrir**) dejando el archivo temporalmente asociado a la página y se ve (**LICENCIAS MEDICAS** **Elegir archivos** IM1_29868...102_1.PDF)
- El botón subir (**Adjuntar**) permite asociar a la LM digitada el documento adjunto previamente seleccionado por el usuario de la ISAPRE.
- Lista de Documento Fundante: Esta lista va mostrando los documentos adjuntos subidos por el usuario. Dónde:

- El botón acción  permite eliminar adjunto asociado.
- El botón acción  visualizar el adjunto asociado.

4.1.10 VALIDACIÓN DE LOS DATOS DIGITADOS

Al presionar el botón guardar () se ejecutará el chequeo de la completitud del ingreso de la información presentándose en color rojo los campos obligatorios.

En el aplicativo se presenta de la siguiente manera:

SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▾ CONSALUD ▲ NEW-QA-ISAPRE SONDA [Cambiar contraseña](#) [Salir](#)

Ingreso Manual Licencias Modificadas

DATOS DE LA LICENCIA

TIPO: 1
 N° LICENCIA: 19999903
 FECHA EMISIÓN: (Ingrese fecha de emisión)
 INICIO REPOSO: (Ingrese fecha de inicio reposo)
 DÍAS OTORGADOS: (Ingrese días otorgados)

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE

N° RUN: (Ingrese RUN del cotizante, Ingrese un RUN válido)
 PRIMER APELLIDO: (Ingrese primer apellido cotizante)
 SEGUNDO APELLIDO:
 NOMBRES: (Ingrese nombre cotizante)
 SEXO: Desconocido
 EDAD: (Ingrese edad del cotizante)
 EMAIL:
 CELULAR:
 FONO:
 COMUNA: ALGARROBO
 COMPIN/SC: Subcomisión Valparaíso

DATOS PROFESIONAL

N° RUN: (Ingrese RUN del profesional, Ingrese un run valido)
 PRIMER APELLIDO: (Ingrese primer apellido de profesional)
 SEGUNDO APELLIDO:
 NOMBRES: (Ingrese nombres de profesional)
 PROFESIÓN: DENTISTA

DATOS RESOLUCIÓN

TIPO LICENCIA: Enfermedad o accidente común
 DÍAS AUTORIZADOS: (Ingrese días autorizados)
 FECHA AUTORIZACIÓN DESDE: (Ingrese fecha autorización desde)
 FECHA AUTORIZACIÓN HASTA:
 TIPO RESOLUCIÓN: Redúcese
 PRIMERA/CONTINUA: PRIMERA
 FECHA RESOLUCIÓN: (Ingrese fecha de resolución)
 CAUSA RECHAZO: Reposo injustificado
 DESCRIPCIÓN CAUSA RECHAZO: (Máximo 250 caracteres)
 CIE-10:
 DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO: (Seleccione CIE-10)

DOCUMENTOS ADJUNTOS

LICENCIAS MEDICAS [Seleccionar archivo](#) No se eligió archivo [Adjuntar](#)
 Solo formato PDF máximo 1MB

DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO	FECHA CREACIÓN	ACCIONES
EXAMENES	LM_1-19999903_3_1.pdf	09/04/2020 04:56:02	

[Volver](#) [Limpiar](#) [Guardar](#)

Mac Iver 541, Santiago, Chile - Teléfono: (+56 2) 2 5740 100 Seguridad de la información | HTML5 | CSS 3

Nota:

- El usuario puede grabar la LM modificada con campos con errores o datos incompletos y esta quedará en estado **ingresado** pudiendo ser corregida posteriormente utilizando la opción de **edición** del registro que provee el aplicativo.
- Al grabar la LM modificada por la isapre **sin errores**, esta queda en estado **validado** quedando disponible para el **envío** a la tramitación del COMPIN/SC.

4.1.11 EDITAR LA LM DIGITADA

El botón edición (✎) habilitará la ventana de ingreso y permitirá al usuario modificar y agregar datos a la LM seleccionada.

4.1.12 ELIMINAR LA LM DIGITADA

El botón (🗑️) permite al usuario eliminar la LM digitada, independiente de si se encuentra en estado 'ingresada' o 'validada'.

La acción de eliminar es **definitiva**, no se guardará registro de la LM eliminada.





4.1.13 ENVIAR A TRAMITACIÓN CONTRALORÍA.

Una vez digitadas las LM modificadas por la isapres y cuando se encuentran en estado **validado** estas pueden ser enviadas a la correspondiente contraloría de la COMPIN/SC para efecto de su revisión y dictaminación.

Para esto se debe seleccionar una, varias o todas las LM modificadas digitadas en el checkbox (☑️) como se muestra en la imagen.

LISTA DE LICENCIAS (Total de trámites: 2)

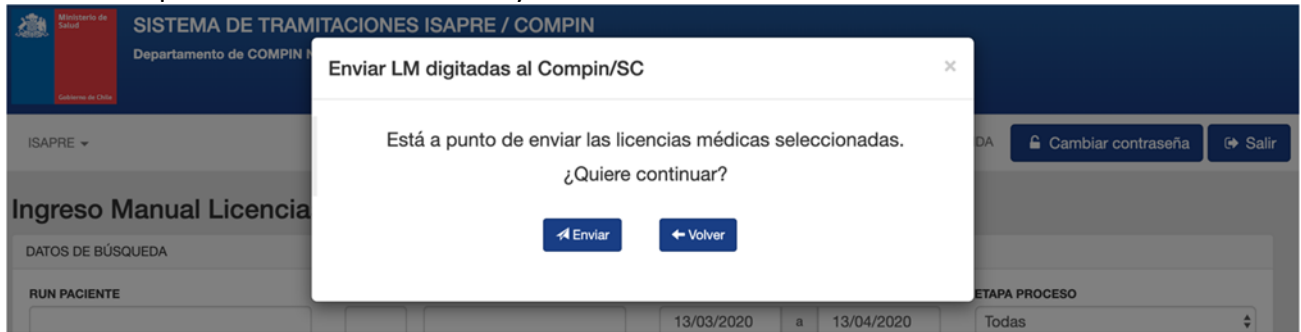
MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR:


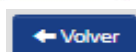
<input checked="" type="checkbox"/>	N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	TL	FECHA INICIO	DÍAS OTORGADOS	DÍAS AUTORIZADOS	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
<input type="checkbox"/>	1-1999901	99999999-9	ADMINISTRADOR QA-SONDA	1	04/04/2020	20	10	09/04/2020	Ingreso	 
<input checked="" type="checkbox"/>	1-1999990	88888888-8	Presidente dos COMPIN(medico) AYSEN y MAGALLANES	1	03/04/2020	15	0	09/04/2020	Validada	 

Mostrando página 1 de 1 de un total de 2 licencias

Primero Anterior 1 Siguiente Último
Enviar Agregar

Para el envío se presiona el botón  y el sistema solicita la confirmación de la acción.



- Si se presiona  se procede con el envío a tramitación de la LM modificada.
- Si se presiona  se vuelve a la pantalla anterior.

4.2 CONSULTA DICTAMEN.

Al ingresar a la opción de **consulta dictamen**, se presenta la ventana Lista de las LM Modificadas en la cual el usuario podrá ver y consultar el estado de tramitación.

La pantalla de Consulta de Dictámenes:

SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▾ CONSALUD NEW-QA-ISAPRE SONDA Cambiar contraseña Salir

Consulta de Dictámenes

DATOS BÚSQUEDA

RUN PACIENTE	N° LICENCIA MÉDICA	RANGO DE FECHAS DE DICTAMEN	DICTAMEN
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	13/03/2020 a 13/04/2020	Todas ▾

Buscar
Limpiar

LISTA DE LICENCIAS MÉDICAS MODIFICADAS (Total de licencias: 1713)



MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR:

N° LICENCIA	RUN PACIENTE	NOMBRE	FECHA ENVÍO	N° RESOLUCIÓN	FECHA DICTAMEN	DICTAMEN	ACCIONES
3-36593319	8592676-4	MARCELA ADRIANA FRIÁS LIZANA	02/03/2020	131-20-009434	16/03/2020	DENIEGA	
3-36604005	17421340-2	LAURA FERNANDA CATALÁN SÁNCHEZ	02/03/2020	138-20-017866	13/03/2020	RATIFICA	
3-35547882	17947739-4	JUAN RICARDO TRAIBER ZALAZAR	02/03/2020	131-20-009432	16/03/2020	RATIFICA	
2-58761412	11477529-0	PAULINA DEL CARMEN MANRIQUEZ VALDES	02/03/2020	138-20-017840	12/03/2020	RATIFICA	
4-3057494	12721583-9	GABRIELLA MORALES FIELDHOUSE	02/03/2020	131-20-009433	16/03/2020	DENIEGA	
3-36578043	9897851-8	ANTONIO DAVID ADASME RIVEROS	02/03/2020	138-20-017864	13/03/2020	RATIFICA	
2-58761797	8780367-8	MARIETTA ANGELICA MUÑOZ GOMEZ	02/03/2020	138-20-017865	13/03/2020	RATIFICA	
2-59856438	7583338-5	FRANCISCO ENRIQUE HOYL ROJAS	02/03/2020	131-20-009431	16/03/2020	RATIFICA	
4-3047263	13932334-3	CLAUDIA ALEJANDRA ARAYA CASTILLO	02/03/2020	131-20-009435	16/03/2020	RATIFICA	
3-36483447	17947739-4	JUAN RICARDO TRAIBER ZALAZAR	02/03/2020	131-20-009436	16/03/2020	RATIFICA	

Mostrando página 1 de 172 de un total de 1,713 licencias

Primero Anterior 1 2 3 4 5 ... 172 Siguiente Último

Botones	Descripción
<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #0056b3; color: white; font-weight: bold; border-radius: 3px;"> Buscar </div>	Permite la búsqueda de los registros, conforme a los criterios indicados en la ventana.
<div style="border: 1px solid #0056b3; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #0056b3; color: white; font-weight: bold; border-radius: 3px;"> Limpiar </div>	Permite Limpiar los criterios de la ventana.

	Esta acción permite Consultar la LM Modificada informada por la isapre.
	Esta acción permite visualizar el dictamen en formato PDF firmado por la COMPIN/SC.

Consideraciones:


Al ingresar a la ventana presentará las LM Modificadas de la Isapre tramitadas en un rango de un mes. Las columnas que presenta son:

- N° LICENCIA: Corresponde al Número de Licencia
- N° RUN: Corresponde al Run del Cotizante
- NOMBRE COTIZANTE: Corresponde al Nombre Completo del Cotizante
- FECHA ENVIO: Fecha que se entregó por digitación o por web services a la COMPIN/SC.
- N° RESOLUCION: Corresponde al número de la resolución.
- FECHA DICTAMEN: Fecha del dictamen del presidente de la COMPIN/SC.
- DICTAMEN: corresponde al dictamen de la LM modificada.
- Acciones: Esta columna presenta las acciones que tiene el usuario.

4.2.1 FILTROS GENERALES

Los filtros definidos de la ventana son los siguientes:

- **RUN PACIENTE**
 : Permite ingresar el número de RUN del paciente.
- **N° LICENCIA**
 : Permite ingresar el tipo de formulario y el número de licencia.
- **RANGO DE FECHAS**
 : Permite ingresar el rango de fechas a revisar las licencias digitadas no enviadas a la tramitación de contraloría.

Los filtros se aplican cuando se presiona el botón  .







4.2.2 FILTRO LISTA

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación como se muestras:

• Por Caracteres (Ejemplo RATIFICA)

LISTA DE LICENCIAS MÉDICAS MODIFICADAS (Total de licencias: 1713)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR: MARCELA

N° LICENCIA	RUN PACIENTE	NOMBRE	FECHA ENVÍO	N° RESOLUCIÓN	FECHA DICTAMEN	DICTAMEN	ACCIONES
3-36593319	8592676-4	MARCELA ADRIANA FRIAS LIZANA	02/03/2020	131-20-009434	16/03/2020	DENIEGA	 
3-36323406	15677151-1	JESSICA MARCELA ORTIZ SEPULVEDA	03/03/2020	81-20-001066	12/03/2020	DENIEGA	 
3-36629904	18341430-5	NATALIE MARCELA JIMENEZ ARCE	03/03/2020	138-20-017894	13/03/2020	DENIEGA	 

4.2.3 FILTRO POR COLUMNAS

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación en las columnas de datos que lo permitan:

LISTA DE LICENCIAS MÉDICAS MODIFICADAS (Total de licencias: 1713)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR:

N° LICENCIA	RUN PACIENTE	NOMBRE	FECHA ENVÍO	N° RESOLUCIÓN	FECHA DICTAMEN	DICTAMEN	ACCIONES
36604							
3 36604 005	17421340-2	LAURA FERNANDA CATALÁN SÁNCHEZ	02/03/2020	138-20-017866	13/03/2020	RATIFICA	 
3 36604 046	26330441-1	WILLIAM ALBERTO ARRIETA TILLERO	28/02/2020	138-20-017812	12/03/2020	DENIEGA	 

4.2.4 CONSULTAR LM MODIFICADA 


Esta acción permite visualizar los datos provistos por la isapre.

4.2.5 VISUALIZAR DICTAMEN 

La funcionalidad permite visualizar los dictámenes vía PDF.

Al presionar el botón  se presenta la ventana con el dictamen de la LM modificada por la ISAPRE.

1-40101010 X



Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

**SEREMI DE SALUD
REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO
Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez**

Resolución Exenta N° 134-17-000006
Fecha: 28/07/2017

VISTOS:
Lo dispuesto en el Art. 3° Inciso 3° Ley 20.585; en el DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, en el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y sus SEREMI aprobado por el DS N° 136/04.

CONSIDERANDO:

1°. Que la ISAPRE **FUNDACION** ha resuelto Reducir la Licencia Médica N° 1-40101010 otorgada a Don(a) _____, RUN _____, remitiendo a esta COMPIN los antecedentes que fundamentan su decisión.

2°. Que, de la revisión de los antecedentes que se han remitido a esta Comisión, se ha estimado que el pronunciamiento de la Isapre es justificado.


SE RESUELVE:

Ratificar la decisión de la ISAPRE **FUNDACION** respecto de la Licencia Médica precitada, en virtud de los fundamentos señalados por esa Institución.

Lo anterior no restringe el derecho que tiene el trabajador o sus cargas familiares para recurrir ante esta COMPIN, conforme a lo establecido en el artículo 39 del D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

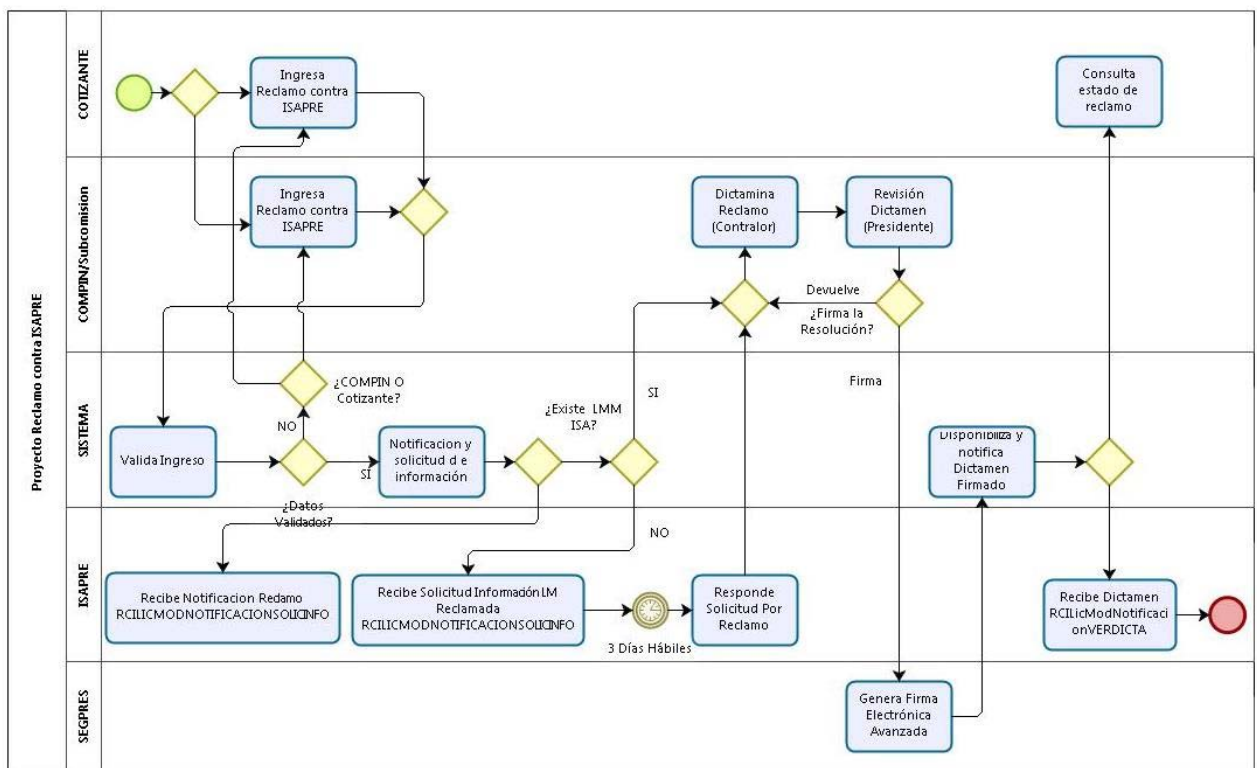
PRESIDENTE QA-SONDA
Presidente Compín



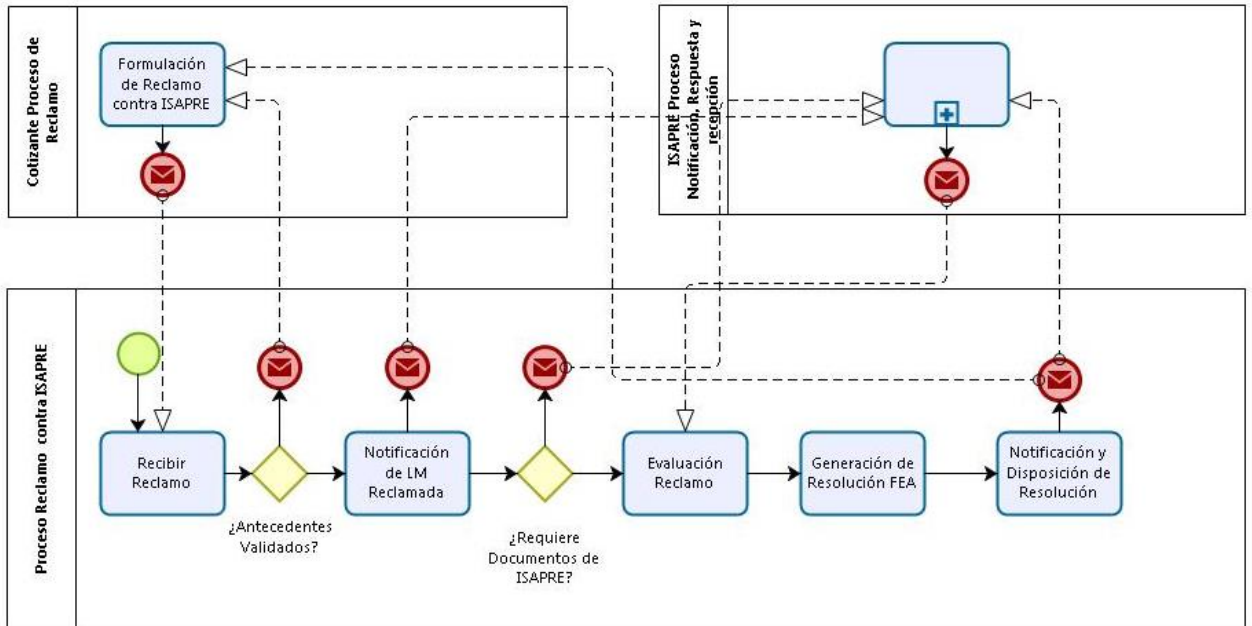
5 PROCEDIMIENTO WEB SERVICE PARA ENVÍO DE NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS CONTRA ISAPRE Y ENVÍO DE ANTECEDENTES DE LAS LICENCIAS MÉDICAS

Para el envío electrónico de la información que las ISAPRES deben hacer llegar a la COMPIN o Subcomisión (COMPIN/SC) en relación a los reclamos presentados por los cotizantes Isapre por decreto supremo N°3, en primera instancia se requiere que el cotizante genere un reclamo ya sea en oficinas presencialmente o electrónicamente en la página de **Milenciamedica.cl**, se definió un modelo que permite apoyar electrónicamente el proceso de revisión, resolución y entrega de los Dictámenes sobre las licencias medicas ISAPRE reclamadas, agilizando la resolución del proceso, mantener la información completa de los trámites por reclamo de licencias médicas de cotizantes de las ISAPRES.

El siguiente diagrama describe el proceso definido, en el cual se hace referencia a los elementos de integración requeridos.



Para el proceso expuesto en el diagrama anterior se contemplan las siguientes integraciones, las cuales se describen en el presente documento:



Proceso de Resolución de Licencias Médicas Modificadas por ISAPRE

5.1 PROCESO DE CARGA A IMPLEMENTAR ISAPRE/COMPIN NOTIFICACIÓN Y RESPUESTA A RECLAMO DS3

5.1.1 WEB SERVICES PARA SUSCRIPCIÓN DE NOTIFICACIONES DE ISAPRE

El COMPIN disponibiliza el servicio de suscripción donde cada ISAPRE que desea recibir notificaciones debe registrar la información de sus servicios web mediante el protocolo SOAP. Si la suscripción se realiza de forma correcta, la respuesta del servicio incluirá un token con el que posteriormente se podrá verificar el origen de las notificaciones enviadas por el COMPIN.

Contenido de datos de entrada:

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Nombre de usuario de isapre asignado por Compín
Clave	Char(30)	Input	Contraseña de usuario de isapre asignada por Compín
WslsapreLicModWSDL	Char(2000)	Input	URL de servicio SOAP para envío de notificaciones de LMM
WslsapreLicRciWSDL	Char(2000)	Input	URL de servicio SOAP para envío de notificaciones de RCI y RR RCI

Contenido de datos de respuesta:

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado
Token	Char(32)	Output	Identificador único que se incluirá como parámetro en las peticiones de notificación enviadas por el COMPIN

XML de ejemplo de solicitud:

```
<Envelope xmlns='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <Body>
    <ns1:LccNotificacionSuscripcionRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminallic/'>
      <Codigolsapre?999?</Codigolsapre>
    </ns1:LccNotificacionSuscripcionRequest>
  </Body>
</Envelope>
```

```

<Usuario>?999?</Usuario>
<Clave>?XXX?</Clave>
<WslsapreLicModWSDL>?XXX?</WslsapreLicModWSDL>
<WslsapreLicRciWSDL>?XXX?</WslsapreLicRciWSDL>
</ns1:LccNotificacionSuscripcionRequest>
</Body>
</Envelope>

```

5.1.2 WEB SERVICES ENVÍO INFORMACIÓN BÁSICA LM

Nombre Método: LCCINFLIC

Propósito	Web Service para el envío de información básica de una Licencia Médica.		
Descripción	El objetivo del Web Service publicado por el COMPIN y consumido por las ISAPRES es informar los datos básicos asociados a una Licencia Médica al día hábil siguiente de la notifiaccion al trabajador, ya sea notificado por la pagina web, correo electrónico o carta certificada		
<u>Web Services para ingreso de datos básicos de una LM</u>			
Nombre Método: LCCINFLIC			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Nombre de usuario de isapre asignado por COMPIN
Clave	Char(30)	Input	Contraseña de usuario de ISAPRE asignada por Compin
NumCedTra	Num(10)	Input	Número Cédula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito verificador cédula trabajador
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio Licencia Médica
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1: Público 2: Privado

			3: Electrónica I-Med 4: Electrónica MediPass
TipoLmeResuelta	Num(02)	Input	1: Enfermedad o accidente común 3: Licencia maternal pre y post natal 4: Enfermedad grave niño menor de 1 año 7: Patología del Embarazo
DiasOtorgados	Num(03)	Input	Días Otorgados
FechaEmision	Date	Input	Fecha de Emisión de la Licencia Médica
FechaInicioReposo	Date	Input	Fecha Inicio de Reposo Otorgado
CodComuna	Char(05)	Input	Código Comuna Contrato del Trabajador (Codificación INE)
NumCedMed	Num(10)	Input	Número Cedula Médico Emisor LCC
DigCedMed	Char(01)	Input	Dígito Verificador Cedula Médico Emisor LCC
FecResoluc	Date	Input	Fecha Resolución LCC por ISAPRE
DiasAutorizados	Num(03)	Input	Días Autorizados de la licencia
TipResolución	Num(02)	Input	Resolución de la Licencia de acuerdo a tabla legal 1: Autorizase 2: Rechácese 3: Ampliase 4: Redúcese
CodCie10	Char(10)	Input	Código de diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
PrimeContinua	Num(02)	Input	Si la Licencia es primera o continuación 1: Primera 2: Continuación
CodCausaRechazo	Num(02)	Input	Causa de Rechazo según tabla legal 1:Reposo injustificado 2:Diagnóstico irrecuperable 3:Fuera de Plazo 4:Incumplimiento reposo 5:Otro
SospechaLaboral	Num(01)	Input	Sospecha laboral 0: No 1: Si

Contenido Datos de Respuesta			
Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

5.1.3 WEB SERVICES PARA NOTIFICACIÓN ISAPRE

Nombre Método: RCILICMODNOTIFICACION

Propósito	Web Service para Notificar a la Isapre sobre los reclamos presentados		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado las ISAPREs es recibir la notificación de que existe un reclamo presentado por el cotizante en COMPIN por Decreto Supremo N°3.		
<u>Web Services para Notificación de reclamo presentado</u>			
Nombre Método: RCILICMODNOTIFICACION			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Token	Char(32)	Input	Identificador único de validación de origen
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio Licencia Medica
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1: Publico 2: Privado 3: Electrónica I-Med 4: Electrónica MediPass
TipoTramite	Num(01)	Input	Tipo de RCI: 1: RCI 2: RR RCI
TipoReclamo	Num(01)	Input	Identificación de tipo de reclamo: 1. Rechazo / reducción 2. Error cálculo de subsidio

			3. Rechazo / reducción. Y Error cálculo de subsidio
FechaIngreso	Date	Input	Fecha de creación del trámite
NumCedTra	Num(10)	Input	Número cedula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito verificador cedula trabajador
TipoTrabajador	Num(01)	Input	Tipo de trabajador 1: Trabajador dependiente 2: Trabajador independiente NULL
ApellidoPaterno	Char(120)	Input	Apellido Paterno Trabajador
ApellidoMaterno	Char(120)	Input	Apellido Materno
NombreTrabajador	Char(150)	Input	Nombre del Trabajador
EdadTrabajador	Num(03)	Input	Edad del Trabajador
SexoTrabajador	Char(2)	Input	Los valores posibles son: 01: Hombre 02: Mujer 03: Intersex (Indeterminado) 99: Desconocido
Mail	Char(100)	Input	Mail del Trabajador
Celular	Num(10)	Input	Numero Celular Trabajador
FechaInicioReposo	Date	Input	Fecha Inicio de Reposo Otorgado
DiasOtorgados	Num(03)	Input	Días Otorgados
FecResoluc	Date	Input	Fecha Resolución LCC por Isapre
TipoLmResuelta	Num(02)	Input	1: Enfermedad o accidente común 3: Licencia maternal pre y post natal 4: Enfermedad grave niño menor de 1 año 7: Patología del Embarazo
TipResolución	Num(02)	Input	Resolución de la Licencia de acuerdo a tabla legal 2:Rechácese 4: Redúcese
CodComuna	Char(05)	Input	Código Comuna Contrato del Trabajador (Codificación INE)
DctoFundante	Lista	Input	

La variable **DctoFundante** contiene el detalle de los documentos que fundamentan el reclamo.

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
TipDcto	Num(03)	Input	Tipo Documento Fundante 19: Licencias médicas 20: Antecedentes Médicos 21: Peritaje Médico 22: Otros antecedentes administrativos 23: Historial licencias médicas 24: Resolución de Rechazo 25: Informe visita domiciliaria 26: Documentación que acredite fuera de plazo 27: Contrato de Trabajo Actualizado 28: FUN (Contrato Isapre) 29: Certificado histórico de subsidios pagados (con diagnóstico) 30: Liquidaciones de sueldo 3 meses anteriores licencia en cuestion 31: Certificado de Cotizaciones AFP con RUN de la entidad pagadora (12 meses) 32: Certificado de Afiliación AFP 33: Certificado de pago de subsidio por incapacidad laboral
TipUsuario	Char(100)	Input	Tipo de usuario que agrego el documento: FAP COTIZANTE ISAPRE
DctoFund	base64Binary	Input	Documento codificado en base64 de acuerdo a contenido con imagen del documento.

Contenido Datos de Respuesta

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

5.1.4 WEB SERVICES SOLICITUD DE INFORMACIÓN RECLAMO.

Nombre Método: RCILICMODNOTIFICACIONESOLICINFO

Propósito	Web Services Solicitud de Información Reclamo		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir la notificación de la solicitud de envío de antecedentes con lo que la Isapre dio sustento a la modificación de la Licencia Médica del Cotizante.		
<u>Web Services Solicitud de Información Reclamo</u>			
Nombre Método: RCILICMODNOTIFICACIONESOLICINFO			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Token	Char(32)	Input	Identificador único de validación de origen
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1: Publico 2: Privado 3: Electrónica I-Med 4: Electrónica MediPass
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
TipoTramite	Num(01)	Input	Tipo de trámite 1: RCI 2: RR RCI
TipoReclamo	Num(01)	Input	Identificación de tipo de reclamo: 1. Rechazo / reducción 2. Error cálculo de subsidio 3. Rechazo / reducción. Y Error cálculo de subsidio
FecHasta	Date	Input	Plazo máximo de ingreso de nuevos antecedentes
FecIngreso	Date	Input	Fecha de ingreso de reclamo contra ISAPRE
Contenido Datos de Respuesta			
Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado:

			0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

5.1.5 WEB SERVICES NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN RECLAMO CONTRA ISAPRE

Propósito	Web Services Notificación de Dictamen LM Reclamada		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por las ISAPREs es recibir el detalle del dictamen de un reclamo contra isapre(RCI) o un recurso de reposición de RCI (RR RCI) emitido por la COMPIN/SC inmediatamente luego de ser firmado digitalmente.		
<u>Web Services Notificación de Dictamen LM Reclamada</u>			
Nombre Método: RCILICMODNOTIFICACIONDICTA			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Token	Char(32)	Input	Identificador único de validación de origen
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1: Publico 2: Privado 3: Electrónica I-Med 4: Electrónica MediPass
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
NumCedTra	Num(10)	Input	Número cedula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Digito Verificador Cedula Trabajador
TipoTramite	Num(01)	Input	Tipo de trámite 1: RCI 2: RR RCI
NumResol	Num(12)	Input	Número de la Resolución
FecResol	Date	Input	Fecha de Resolución
CodCompin	Num(05)	Input	Código Compin o Subcomisión

Dictamen	Num(01)	Input	4: Acoge 5: Acoge parcial 6: Rechaza
FecPago	Date	Input	Plazo Máximo de Pago en caso de Deniega
DctoDictamen	base64Binary	Input	Certificado PDF del Dictamen codificado en base64
FecEnvio	Date	Input	Fecha de envío o notificación de la resolución desde el Sistema ISA20585 a la ISAPRE

Contenido de la Respuesta

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

5.1.6 WEB SERVICES CONSULTA ESTADO DE TRAMITE RECLAMO CONTRA ISAPRE

Propósito	Web Services de consulta de estado de trámite		
Descripción	Este esquema debe estar disponible para que la ISAPRE consulte el estado de los trámites de reclamo (RCI) y recurso de reposición (RR RCI) que tiene vinculados. Los estados visibles para las ISAPRE son "En trámite", cualquier estado diferente a "Finalizado".		
<u>Web Services Notificación de Dictamen LM Reclamada</u>			
Nombre Método: RCILICMODEVENMOD			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Nombre de usuario de isapre asignado por Compín

Clave	Char(30)	Input	Contraseña de usuario de isapre asignada por Compin
FecDesde	Date	Input	Fecha desde consulta
FecHasta	Date	Input	Fecha hasta consulta

Contenido de la Respuesta

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código Resultado Código de estado: 0: Sin error. 1: Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado
ListaEvenLCC	Lista	Output	

La variable **ListaEvenLCC** contiene los siguientes datos

Campo	Tipo	Ent/Sal	Observaciones
NumLicencia	Num(10)	Output	Folio LME parte Numérica
TipoFormu	Num(01)	Output	Tipo Formulario 1: Publico 2: Privado 3: Electrónica I-Med 4: Electrónica MediPass
TipoTramite	Num(01)	Output	Tipo de RCI 1: RCI 2: RR RCI
NumCedTra	Num(10)	Output	Número cedula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Output	Dígito verificador cedula trabajador
FecEve	Datetime	Output	Fecha del Evento
CodEvento	Num(02)	Output	Códigos de evento: 1: Devuelta por Datos Inválidos 2: En proceso Compin 3: Dictamen Ratifica 4: Dictamen Rechaza 5: No se Pronuncia

5.1.7 WEB SERVICES DE REGISTRO DE ANTECEDENTES ADICIONALES DE RECLAMO CONTRA ISAPRE

Propósito	Registro de antecedentes adicionales para reclamo.
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por el sistema ISA-20585 y consumido por las ISAPREs es entregar antecedentes adicionales a un reclamo ingresado por un cotizante.

Web Services de Registro de Antecedentes Adicionales de RCI

Nombre Método : RCILICMODRECEPINFO

Contenido Datos de Entrada

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Asignado por COMPIN/SC
Clave	Char(30)	Input	Asignada por COMPIN/SC
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
NumCedTra	Num(10)	Input	Número cédula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito Verificador Cédula Trabajador
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1:Público 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
ListaAntAdicionales	Lista	Input	Lista de antecedentes adicionales

Cada elemento **AntAdicional** del campo **ListaAntAdicionales** incluye los campos:

Campo	Tipo	Descripción
TipDcto	Num(03)	Tipo Documento Fundante 19: Licencias médicas 20: Antecedentes Médicos 21: Peritaje Médico 22: Otros antecedentes administrativos 23: Historial licencias médicas 24: Resolución de Rechazo 25: Informe visita domiciliaria 26: Documentación que acredite fuera de plazo 27: Contrato de Trabajo Actualizado 28: FUN (Contrato Isapre) 29: Certificado histórico de subsidios pagados (con diagnóstico)

		30: Liquidaciones de sueldo 3 meses anteriores licencia en cuestion 31: Certificado de Cotizaciones AFP con RUN de la entidad pagadora (12 meses) 32: Certificado de Afiliación AFP 33: Certificado de pago de subsidio por incapacidad laboral 34: Base de cálculo que utilizó la isapre para el cálculo del SIL 35: Otro
DctoFund	base64Binary	Documento codificado en base64 de acuerdo a contenido con imagen del documento

Contenido de la Respuesta

Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código de estado: 0:Sin error. 1:Error.
GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado

XML de ejemplo de solicitud:

```

<Envelope xmlns='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <Body>
    <ns1:RCILicModSolicInfoRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminalslicrci /'>
      <Codigolsapre>?999?</Codigolsapre>
      <Usuario>?999?</Usuario>
      <Clave>?XXX?</Clave>
      <NumLicencia>?999?</NumLicencia>
      <NumCedTra>?999?</NumCedTra>
      <DigCedTra>?XXX?</DigCedTra>
      <TipoFormu>?999?</TipoFormu>
      <ListaAntAdicionales>
        <AntAdicional>
          <TipDcto>?999?</TipDcto>
          <DctoFund>?XXX?</DctoFund>
        </AntAdicional>
      </ListaAntAdicionales>
    </ns1:RCILicModSolicInfoRequest>
  </Body>
</Envelope>
    
```

```

</ns1:RCILicModSolicInfoRequest>
</Body>
</Envelope>

```

5.1.8 WEB SERVICES CONSULTA ESTADO DE DICTAMEN DE RECLAMO CONTRA ISAPRE

Propósito	Web Services Consulta de Dictamen de reclamo contra ISAPRE.		
Descripción	El objetivo de este Web Service publicado por el sistema ISA-201585 y consumido por las ISAPREs es entregar el detalle del dictamen de reclamos (RCI o RR RCI) emitido por la COMPIN/SC y el documento firmado digitalmente.		
Web Services Consulta de Dictamen de reclamo contra ISAPRE			
Nombre Método : RCILICMODVERDICTA			
Contenido Datos de Entrada			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Codigolsapre	Num(03)	Input	Código de Isapre de acuerdo a Superintendencia de Salud
Usuario	Num(10)	Input	Asignado por COMPIN/SC
Clave	Char(30)	Input	Asignada por COMPIN/SC
NumLicencia	Num(10)	Input	Folio LME parte Numérica
NumCedTra	Num(10)	Input	Número cédula trabajador
DigCedTra	Char(01)	Input	Dígito Verificador Cédula Trabajador
TipoFormu	Num(01)	Input	Tipo Formulario 1:Público 2:Privado 3:Electrónica I-Med 4:Electrónica MediPass
TipoRCI	Num(01)	Input	Tipo de RCI 1: RCI 2: RR RCI
Contenido de la Respuesta			
Campo	Tipo	Entrada/Salida	Observaciones
Estado	Num(01)	Output	Código de estado: 0:Sin error. 1:Error.

GloEstado	Char(250)	Output	Glosa Resultado
NumCedTra	Num(10)	Output	Número Cédula Trabajador
DigCedTra	Char(01)	Output	Dígito Verificador Cédula Trabajador
NumResol	Num(12)	Output	Número de Resolución
FecResol	Date	Output	Fecha de Resolución
CodCompin	Num(05)	Output	Código COMPIN/SC
Dictamen	Num(01)	Output	4: Acoge 5: Acoge parcial 6: Rechaza
FecPago	Date	Output	Plazo Máximo de Pago en caso de Deniega
DctoDictamen	base64 Binary	Output	Certificado PDF del Dictamen codificado en base64

XML de ejemplo de solicitud:

```
<Envelope xmlns='http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/'>
  <Body>
    <ns1:RCILicModVerDictaRequest xmlns:ns1='http://www.example.org/Wsminsallirci /'>
      <Codigolsapre>?999?</Codigolsapre>
      <Usuario>?999?</Usuario>
      <Clave>?XXX?</Clave>
      <NumLicencia>?999?</NumLicencia>
      <NumCedTra>?999?</NumCedTra>
      <DigCedTra>?XXX?</DigCedTra>
      <TipoFormu>?999?</TipoFormu>
      <TipoRCI>?999?</TipoRCI>
    </ns1:RCILicModVerDictaRequest>
  </Body>
</Envelope>
```

5.2 WEB SERVICES DE SISTEMA DE RECLAMO

5.2.1 WEB SERVICE DE ISAPRE

A continuación, se muestra la definición del WSDL disponible en la URL:
<https://isa.milicenciamedica.cl/wsminal/Wsisaprelicrci?wsdl>

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?><wsdl:definitions
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
  xmlns:tns="http://www.example.org/Wsisaprelicrci/"
xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
  xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" name="Wsisaprelicrci"
  targetNamespace="http://www.example.org/Wsisaprelicrci/">
<wsdl:types>
  <xsd:schema targetNamespace="http://www.example.org/Wsisaprelicrci/">
    <!-- RCILicModNotificacion -->
    <xsd:element name="RCILicModNotificacionRequest">
      <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
          <xsd:element name="Token" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="CodigoIsapre" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipFormu" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipoTramite" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipoReclamo" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FechaIngreso" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="TipoTrabajador" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="ApellidoPaterno" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="ApellidoMaterno" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="NombreTrabajador" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="EdadTrabajador" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="SexoTrabajador" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="Mail" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="Celular" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FechaInicioReposo" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="DiasOtorgados" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="FecResoluc" type="xsd:date"/>
          <xsd:element name="TipoLmResuelta" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="TipResolucion" type="xsd:int"/>
          <xsd:element name="CodComuna" type="xsd:string"/>
          <xsd:element name="Dctofundante" type="tns:ArrayOfListaDctofundante"/>
        </xsd:sequence>
      </xsd:complexType>
    </xsd:element>
    <xsd:complexType name="ArrayOfListaDctofundante">
      <xsd:sequence>
```

```

        <xsd:element minOccurs="1" maxOccurs="unbounded" name="Dctofundante"
type="tns:ListaDctofundanteEntity"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>
<xsd:complexType name="ListaDctofundanteEntity">
    <xsd:sequence>
        <xsd:element name="TipDcto" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="TipUsuario" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="DctoFund" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
</xsd:complexType>

<xsd:element name="RCILicModNotificacionResponse">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>

<!-- RCILicModNotificacionDicta -->
<xsd:element name="RCILicModNotificacionDictaRequest">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Token" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="TipoTramite" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="NumResol" type="xsd:long"/>
            <xsd:element name="FecResol" type="xsd:date"/>
            <xsd:element name="CodCompin" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Dictamen" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="FecPago" type="xsd:date"/>
            <xsd:element name="DctoDictamen" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="FecEnvio" type="xsd:date"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="RCILicModNotificacionDictaResponse">
    <xsd:complexType>
        <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
        </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
</xsd:element>

```

```

<!-- RCILicModNotificacionSolicInfo -->
<xsd:element name="RCILicModNotificacionSolicInfoRequest">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Token" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipoTramite" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipoReclamo" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="FecIngreso" type="xsd:date"/>
      <xsd:element name="FecHasta" type="xsd:date"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="RCILicModNotificacionSolicInfoResponse">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:schema>
</wsdl:types>

<wsdl:message name="RCILicModNotificacionRequest">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionRequest" name="RCILicModNotificacionRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModNotificacionResponse">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionResponse" name="RCILicModNotificacionResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:message name="RCILicModNotificacionDictaRequest">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionDictaRequest"
name="RCILicModNotificacionDictaRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModNotificacionDictaResponse">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionDictaResponse"
name="RCILicModNotificacionDictaResponse"/>
</wsdl:message>

<wsdl:message name="RCILicModNotificacionSolicInfoRequest">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionSolicInfoRequest"
name="RCILicModNotificacionSolicInfoRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModNotificacionSolicInfoResponse">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModNotificacionSolicInfoResponse"
name="RCILicModNotificacionSolicInfoResponse"/>

```

```

</wsdl:message>

<wsdl:portType name="Wsisaprelicrci">
  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacion">
    <wsdl:documentation>Notificación a la Isapre sobre los reclamos presentados</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:RCILicModNotificacionRequest" />
    <wsdl:output message="tns:RCILicModNotificacionResponse" />
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacionDicta">
    <wsdl:documentation>Notificación de dictamen de licencia médica reclamada.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:RCILicModNotificacionDictaRequest" />
    <wsdl:output message="tns:RCILicModNotificacionDictaResponse" />
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacionSolicInfo">
    <wsdl:documentation>Notificación de solicitud de Información para reclamo</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:RCILicModNotificacionSolicInfoRequest" />
    <wsdl:output message="tns:RCILicModNotificacionSolicInfoResponse" />
  </wsdl:operation>
</wsdl:portType>

<wsdl:binding name="WsisaprelicrciSOAP" type="tns:Wsisaprelicrci">
  <soap:binding transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacion">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModNotificacion" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacionDicta">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModNotificacionDicta" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="RCILicModNotificacionSolicInfo">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModNotificacionSolicInfo" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>

```



```

    <soap:body use="literal" />
  </wsdl:output>
</wsdl:operation>
</wsdl:binding>

<wsdl:service name="Wsisaprelicrci">
  <wsdl:port binding="tns:WsisaprelicrciSOAP" name="WsisaprelicrciSOAP">
    <soap:address location="http://localhost/wsminsal/Wsisaprelicrci" />
  </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>

```

5.2.2 WEB SERVICE DE COMPIN

A continuación, se muestra la definición del WSDL disponible en la URL:
<https://isa.milenciamedica.cl/wsminsal/Wsminsallic?wsdl>

```

<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?><wsdl:definitions
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
  xmlns:tns="http://www.example.org/Wsminsallic/" xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
  xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" name="Wsminsallic"
  targetNamespace="http://www.example.org/Wsminsallic/">
  <wsdl:types>
    <xsd:schema targetNamespace="http://www.example.org/Wsminsallic/">
      <!-- LccNotificacionSuscripcion -->
      <xsd:element name="LccNotificacionSuscripcionRequest">
        <xsd:complexType>
          <xsd:sequence>
            <xsd:element name="CodigoIsapre" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="WsisapreLicModWSDL" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="WsisapreLicRciWSDL" type="xsd:string"/>
          </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
      </xsd:element>
      <xsd:element name="LccNotificacionSuscripcionResponse">
        <xsd:complexType>
          <xsd:sequence>
            <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
            <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
            <xsd:element name="Token" type="xsd:string"/>
          </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
      </xsd:element>
      <!-- LccInfLic -->
      <xsd:element name="LccInfLicRequest">
        <xsd:complexType>

```

```

<xsd:sequence>
  <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
  <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
  <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="TipFormu" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="TipoLmeResuelta" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="DiasOtorgados" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="FechaEmision" type="xsd:date"/>
  <xsd:element name="FechaInicioReposo" type="xsd:date"/>
  <xsd:element name="CodComuna" type="xsd:string"/>
  <xsd:element name="NumCedMed" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="DigCedMed" type="xsd:string"/>
  <xsd:element name="FecResoluc" type="xsd:date"/>
  <xsd:element name="DiasAutorizados" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="TipResolucion" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="CodCie10" type="xsd:string"/>
  <xsd:element name="PrimeContinua" type="xsd:int"/>
  <xsd:element name="CodCausaRechazo" type="xsd:int"/>
</xsd:sequence>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="LccInfLicResponse">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:schema>
</wsdl:types>
<wsdl:message name="LccNotificacionSuscripcionRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccNotificacionSuscripcionRequest"
name="LccNotificacionSuscripcionRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccNotificacionSuscripcionResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccNotificacionSuscripcionResponse"
name="LccNotificacionSuscripcionResponse"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccInfLicRequest">
  <wsdl:part element="tns:LccInfLicRequest" name="LccInfLicRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="LccInfLicResponse">
  <wsdl:part element="tns:LccInfLicResponse" name="LccInfLicResponse"/>
</wsdl:message>
<wsdl:portType name="Wsminsallic">
  <wsdl:operation name="LccNotificacionSuscripcion">

```

```

    <wsdl:documentation>Suscripción a notificaciones relacionadas con licencias
    médicas.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccNotificacionSuscripcionRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccNotificacionSuscripcionResponse" />
  </wsdl:operation>
  <wsdl:operation name="LccInfLic">
    <wsdl:documentation>Envío de antecedentes de licencias modificadas.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:LccInfLicRequest" />
    <wsdl:output message="tns:LccInfLicResponse" />
  </wsdl:operation>
</wsdl:portType>
<wsdl:binding name="WsminsallicSOAP" type="tns:Wsminsallic">
  <soap:binding transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
  <wsdl:operation name="LccNotificacionSuscripcion">
    <soap:operation soapAction="urn:LccNotificacionSuscripcion" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>
  <wsdl:operation name="LccInfLic">
    <soap:operation soapAction="urn:LccInfLic" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>
</wsdl:binding>
<wsdl:service name="Wsminsallic">
  <wsdl:port binding="tns:WsminsallicSOAP" name="WsminsallicSOAP">
    <soap:address location="http://localhost/wsminsal/Wsminsallic" />
  </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>

```

A continuación, se muestra la definición del WSDL disponible en la URL:
<https://isa.milicenciamedica.cl/wsminsal/Wsminsallicrci?wsdl>

```

<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?><wsdl:definitions
xmlns:soap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
  xmlns:tns="http://www.example.org/Wsminsallicrci/"
xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
  xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" name="Wsminsallicrci"
  targetNamespace="http://www.example.org/Wsminsallicrci/">
<wsdl:types>

```

```

<xsd:schema targetNamespace="http://www.example.org/Wsminalslicrci/">
  <!-- RCLicModEvenMod -->
  <xsd:element name="RCLicModEvenModRequest">
    <xsd:complexType>
      <xsd:sequence>
        <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="FecDesde" type="xsd:date"/>
        <xsd:element name="FecHasta" type="xsd:date"/>
      </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
  </xsd:element>
  <xsd:element name="RCLicModEvenModResponse">
    <xsd:complexType>
      <xsd:sequence>
        <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="ListaEvenLcc" type="tns:ArrayOfListaEvenLcc"/>
      </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
  </xsd:element>
  <xsd:complexType name="ArrayOfListaEvenLcc">
    <xsd:sequence>
      <xsd:element minOccurs="0" maxOccurs="unbounded" name="EvenLcc"
type="tns:ListaEvenLccEntity"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
  <xsd:complexType name="ListaEvenLccEntity">
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="TipoRCI" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="FecEve" type="xsd:dateTime"/>
      <xsd:element name="CodEvento" type="xsd:int"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
  <!-- RCLicModVerDicta -->
  <xsd:element name="RCLicModVerDictaRequest">
    <xsd:complexType>
      <xsd:sequence>
        <xsd:element name="Codigolsapre" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="TipoRCI" type="xsd:int"/>
      </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
  </xsd:element>

```

```

    </xsd:complexType>
  </xsd:element>
  <xsd:element name="RCILicModVerDictaResponse">
    <xsd:complexType>
      <xsd:sequence>
        <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="FecEnvio" type="xsd:date"/>
        <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="NumResol" type="xsd:long"/>
        <xsd:element name="FecResol" type="xsd:date"/>
        <xsd:element name="CodCompin" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="Dictamen" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="FecPago" type="xsd:date"/>
        <xsd:element name="DctoDictamen" type="xsd:string"/>
      </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
  </xsd:element>
  <!-- RCILicModSolicInfo -->
  <xsd:element name="RCILicModSolicInfoRequest">
    <xsd:complexType>
      <xsd:sequence>
        <xsd:element name="CodigoIsapre" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="Usuario" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="Clave" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="NumLicencia" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="NumCedTra" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="DigCedTra" type="xsd:string"/>
        <xsd:element name="TipoFormu" type="xsd:int"/>
        <xsd:element name="ListaAntAdicionales" type="tns:ArrayOfListaAntAdicionales"/>
      </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
  </xsd:element>
  <xsd:complexType name="ArrayOfListaAntAdicionales">
    <xsd:sequence>
      <xsd:element minOccurs="1" maxOccurs="unbounded" name="AntAdicional"
type="tns:AntAdicionalEntity"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
  <xsd:complexType name="AntAdicionalEntity">
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="TipDcto" type="xsd:int"/>
      <xsd:element name="DctoFund" type="xsd:string"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
  <xsd:element name="RCILicModSolicInfoResponse">
    <xsd:complexType>
      <xsd:sequence>
        <xsd:element name="Estado" type="xsd:int"/>

```

```

        <xsd:element name="GloEstado" type="xsd:string"/>
      </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
  </xsd:element>
</xsd:schema>
</wsdl:types>
<wsdl:message name="RCILicModEvenModRequest">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModEvenModRequest" name="RCILicModEvenModRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModEvenModResponse">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModEvenModResponse" name="RCILicModEvenModResponse"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModVerDictaRequest">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModVerDictaRequest" name="RCILicModVerDictaRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModVerDictaResponse">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModVerDictaResponse" name="RCILicModVerDictaResponse"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModSolicInfoRequest">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModSolicInfoRequest" name="RCILicModSolicInfoRequest"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="RCILicModSolicInfoResponse">
  <wsdl:part element="tns:RCILicModSolicInfoResponse" name="RCILicModSolicInfoResponse"/>
</wsdl:message>
<wsdl:portType name="Wsminsallirci">
  <wsdl:operation name="RCILicModEvenMod">
    <wsdl:documentation>Consulta de estado de tramitación RCI.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:RCILicModEvenModRequest" />
    <wsdl:output message="tns:RCILicModEvenModResponse" />
  </wsdl:operation>

  <wsdl:operation name="RCILicModVerDicta">
    <wsdl:documentation>Entrega de detalle de dictamen reclamo.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:RCILicModVerDictaRequest" />
    <wsdl:output message="tns:RCILicModVerDictaResponse" />
  </wsdl:operation>
  <wsdl:operation name="RCILicModSolicInfo">
    <wsdl:documentation>Registro de antecedentes adicionales de RCI.</wsdl:documentation>
    <wsdl:input message="tns:RCILicModSolicInfoRequest" />
    <wsdl:output message="tns:RCILicModSolicInfoResponse" />
  </wsdl:operation>
</wsdl:portType>
<wsdl:binding name="WsminsallirciSOAP" type="tns:Wsminsallirci">
  <soap:binding transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
  <wsdl:operation name="RCILicModEvenMod">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModEvenMod" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>

```

```
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
</wsdl:operation>
<wsdl:operation name="RCILicModVerDicta">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModVerDicta" style="document"/>
    <wsdl:input>
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
</wsdl:operation>
<wsdl:operation name="RCILicModSolicInfo">
    <soap:operation soapAction="urn:RCILicModSolicInfo" style="document"/>
    <wsdl:input>
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
        <soap:body use="literal" />
    </wsdl:output>
</wsdl:operation>
</wsdl:binding>
<wsdl:service name="Wsminsallirci">
    <wsdl:port binding="tns:WsminsallirciSOAP" name="WsminsallirciSOAP">
        <soap:address location="http://localhost/wsminsal/Wsminsallirci" />
    </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>
```

6 FUNCIONALIDADES DE SISTEMA ISAPRE/COMPIN DS3

6.1 OPCIÓN DE ENVÍO DE ANTECEDENTES CONTRA RECLAMOS LICENCIAS MÉDICAS ISAPRE.

La opción permite al usuario el ingreso de antecedentes con los cuales se determinó la modificación de la Licencia.

Dependerá de los filtros utilizados por el usuario, las LM que se desplieguen.

SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▾ BANMEDICA Francisco Llanquipichun Garcia Cambiar contraseña Salir

Envío manual de antecedentes RCI

DATOS BÚSQUEDA

RUN PACIENTE: N° LICENCIA MÉDICA: RANGO DE FECHAS DE INGRESO: 14/03/2016 a 14/04/2020 ETAPA PROCESO: Todas

LISTA DE LICENCIAS RECLAMADAS (Total de trámites: 2)



MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR:

<input type="checkbox"/>	N° LICENCIA	RUN COTIZANTE	NOMBRE	TL	FECHA INICIO	DÍA OTO.	DÍA AUT.	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	Todas	
<input type="checkbox"/>	1-10101004	17280266-4	GENARO SANTIS SANTIS	1	01/08/2017	20	10	26/03/2020	NOTIFICADA SOLICITUD ANTECEDENTES	<input type="button" value="✎"/> <input type="button" value="↻"/>
<input type="checkbox"/>	2-53355593	12465772-5	GREYSI ALEJANDRA ARAMBARRI VENEGAS	1	13/04/2017	21	7		VALIDADA	<input type="button" value="✎"/> <input type="button" value="↻"/>

Mostrando página 1 de 1 de un total de 2 licencias

Primero Anterior 1 Siguiente Último

Botones	Descripción
<input type="button" value="Buscar"/>	Permite la búsqueda de los registros, conforme a los criterios indicados en la ventana.
<input type="button" value="Limpiar"/>	Permite Limpiar los criterios de la ventana.
<input type="button" value="Enviar selección"/>	Permite enviar a tramitación de contraloría de las LM Tramitadas contestadas por la isapre.

	Esta acción permite editar el reclamo en los estados notificado y validada.
	Esta acción permite eliminar (física) el reclamo en el estados validados y lo deja nuevamente en el estado notificado.

Consideraciones:

Al ingresar a la ventana presentará las LM reclamadas por el cotizante Isapre en COMPIN en estado “Notificado” ordenados desde el más antiguo hasta el más reciente. Las columnas que presentan son las siguientes:

- N° LICENCIA: Corresponde al Número de Licencia
- RUN: Corresponde al Run del Cotizante
- NOMBRE COTIZANTE: Corresponde al Nombre Completo del Cotizante
- TIPO DE LICENCIA: Corresponde al tipo de Licencia informada por el cotizante al ingresar reclamo.
- FECHA INICIO: Fecha desde la licencia informada por LM.
- DIAS OTORGADOS: corresponde a los días otorgados informada por LM.
- DIAS AUTORIZADOS: corresponde a los días autorizados informada por LM.
- FECHA INGRESO: Corresponde a la fecha de notificación por de COMPIN a la Isapre
- ETAPA: Corresponde a la etapa de validación.
- Acciones: Esta columna presenta las acciones que tiene el usuario.

6.1.1 FILTROS GENERALES

Los filtros definidos de la ventana son los siguientes:

- RUN PACIENTE
 : Permite ingresar el Rut del cotizante
- N° LICENCIA
 : Permite ingresar el tipo de formulario y el número de licencia.
- RANGO DE FECHA DE NOTIFICACIÓN
 a : Permite ingresar el rango de fechas a revisar las notificadas no enviadas a COMPIN.

ETAPA PROCESO

- Validada : Permite seleccionar las etapas del proceso. Los estados son los siguientes:
 - Etapa Proceso Notificada: La LM reclamada se encuentra notificada.
 - Etapa Proceso Validada: La LM reclamada se encuentra notificada con antecedentes adjuntos (los que determinó la modificación de la Isapre), validada por la Isapre y lista para ser despachadas a la COMPIN/SC.

Los filtros se aplican cuando se presiona el botón Q Buscar.

6.1.2 FILTRO LISTA

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación como se muestras:

- Por Caracteres (Ejemplo Juan)
- Por Números (Ejemplo 111)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS

BUSCAR: GENARO

<input type="checkbox"/>	N° LICENCIA	RUN COTIZANTE	NOMBRE	TL	FECHA INICIO	DÍA OTO.	DÍA AUT.	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	Todas	
<input type="checkbox"/>	1-10101004	17280266-4	GENARO SANTIS SANTIS	1	01/08/2017	20	10	26/03/2020	NOTIFICADA SOLICITUD ANTECEDENTES	

6.1.3 FILTRO POR COLUMNAS

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación en las columnas de datos que lo permitan:

MOSTRANDO 10 LICENCIAS

BUSCAR:

<input type="checkbox"/>	N° LICENCIA	RUN COTIZANTE	NOMBRE	TL	FECHA INICIO	DÍA OTO.	DÍA AUT.	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	72	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	Todas	
<input type="checkbox"/>	1-10101004	72 0266-4	GENARO SANTIS SANTIS	1	01/08/2017	20	10	26/03/2020	NOTIFICADA SOLICITUD ANTECEDENTES	
<input type="checkbox"/>	2-53355593	12465 72 -5	GREYSI ALEJANDRA ARAMBARRI VENEGAS	1	13/04/2017	21	7		VALIDADA	

Respuesta con ingreso manual RCI

DATOS DE LA LICENCIA MÉDICA

N° LICENCIA	FECHA EMISIÓN	INICIO REPOSO	DÍAS OTORGADOS	TIPO LM	TIPO TRÁMITE
2-53355593	13/04/2017	13/04/2017	21		RCI

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD
12465772-5	Arambarri	Venegas	Greysi Alejandra	Mujer	44
COMUNA		COMPIN/SC			
ARICA		Compín Arica Parinacota			

DOCUMENTOS FUNDANTES

MOSTRANDO 10 DOCUMENTOS BUSCAR:

DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN
HISTORIAL LICENCIAS MEDICAS	HLM-2-53355593-2-59dfd4f729a96.pdf	12/10/2017 09:46:53
LICENCIAS MEDICAS	PDF-2-53355593-1-59dfd4f72a4f3.pdf	12/10/2017 09:46:53

Anterior **1** Siguiente

INGRESO DE DOCUMENTOS ADJUNTOS

Seleccione un tipo de documento Seleccionar archivo No se eligió archivo [Adjuntar](#)

Documentos sólo en formato PDF máximo 1MB

DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN	ACCIONES
Certificado de Afiliación AFP	LM_2-53355593_29_1.pdf	14/04/2020 01:27:54	

[Validar](#) [Cancelar](#)

Botones	Descripción
	Permite Subir los adjuntos de LM Isapre reclamada.
	Permite volver a la pantalla anterior.
	Valida por el usuario Isapre, que los documentos adjuntos están correctos

Descripción de las secciones de la ventana:

Sección Datos de la Licencia.

DATOS DE LA LICENCIA MÉDICA

N° LICENCIA	FECHA EMISIÓN	INICIO REPOSO	DÍAS OTORGADOS	TIPO LM	TIPO TRÁMITE
2-53355593	13/04/2017	13/04/2017	21		RCI

N° LICENCIA: Indica el Número de Licencia.

FECHA DE RESOLUCION ISAPRE: Indica Fecha de resolución de la licencia médica en la Isapre.

INICIO REPOSO: Indica la Fecha de inicio de reposo de la LM.

DIAS OTORGADOS: Indica los días otorgados de licencia.

TIPO DE LM: Indica el tipo de LM informado por el cotizante Isapre

Sección Identificación del Cotizante

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE					
N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD
12465772-5	Arambarri	Venegas	Greysi Alejandra	Mujer	44
COMUNA	COMPIN/SC				
ARICA	Compín Arica Parinacota				

N° RUN: Ingresar RUN del cotizante con LM reclamada.

PRIMER APELLIDO: Primer apellido del cotizante.

SEGUNDO APELLIDO: Segundo apellido del cotizante.

NOMBRES: Nombres del cotizante. Dato obligatorio.

SEXO: Indica sexo del cotizante.

EDAD: Edad del cotizante.

COMUNA: Comuna del trabajador.

COMPIN/SC: Se obtiene de acuerdo a la COMPIN/SC asociada en la tabla de comuna ingresada del reclamo.

sección Documentos fundantes

En esta sección se listan los antecedentes de la Licencia Médica Modificada y los correspondientes al reclamo realizado por el cotizante.

DOCUMENTOS FUNDANTES		
MOSTRANDO 10 DOCUMENTOS	BUSCAR: <input type="text"/>	
DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN
HISTORIAL LICENCIAS MEDICAS	HLM-2-53355593-2-59dfd4f729a96.pdf	12/10/2017 09:46:53
LICENCIAS MEDICAS	PDF-2-53355593-1-59dfd4f72a4f3.pdf	12/10/2017 09:46:53

Anterior **1** Siguiente

Sección Documentos adjuntos

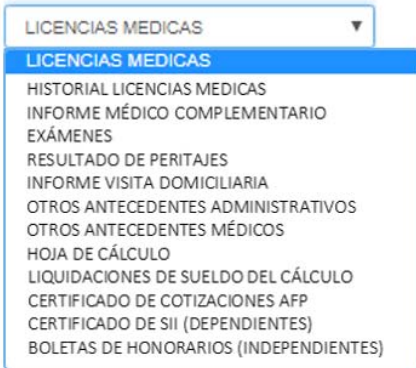
Esta sección permite adjuntar la documentación fundante de las LM Isapre reclamada.

Estos archivos deben ser del tipo PDF y el peso máximo por documento es de 1 MB.

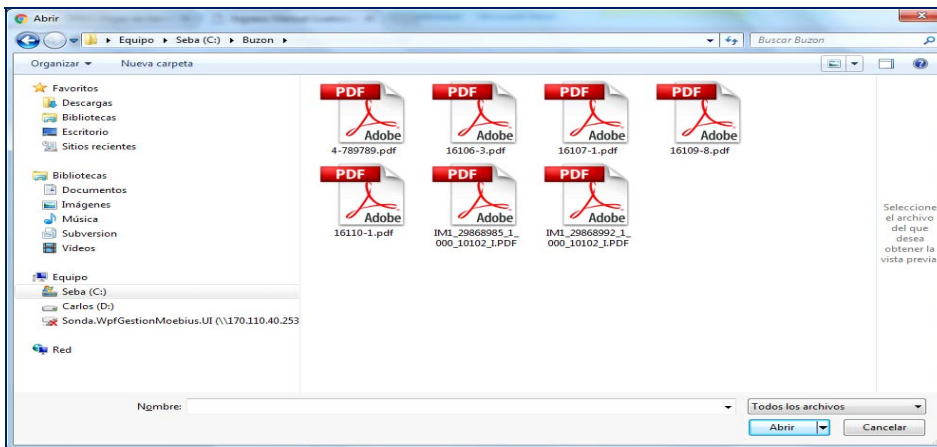
INGRESO DE DOCUMENTOS ADJUNTOS			
Seleccione un tipo de documento	<input type="text" value="Seleccionar archivo No se eligió archivo"/> <input type="button" value="Adjuntar"/>		
Documentos sólo en formato PDF máximo 1MB			
DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN	ACCIONES
Certificado de Afiliación AFP	LM_2-53355593_29_1.pdf	14/04/2020 01:27:54	 

DOCUMENTOS FUNDANTES: Se debe seleccionar los documentos fundantes.

Los tipos de documentos parametrizados son:



El botón Elegir Archivos () permite buscar y seleccionar en el PC el archivo adjunto de acuerdo al TIPO DOCUMENTOS FUNDANTES.



(*)Esta ventana no pertenece al sistema es del sistema operativo utilizado.

Se elige el archivo y se presiona el botón abrir () dejando el archivo temporalmente asociado a la página. El resultado es el siguiente:





El botón adjuntar permite asociar a la LM digitada el documento adjunto previamente seleccionado por el usuario de la Isapre.

Lista de Documento Fundante: Esta lista va mostrando los documentos adjuntos subidos por el usuario.


DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN	ACCIONES
Certificado de Afiliación AFP	LM_2-53355593_29_1.pdf	14/04/2020 01:27:54	 

Dónde:


El botón acción  permite eliminar adjunto asociado.

El botón acción  visualizar el adjunto asociado.

Editar la LM Validada/Notificada

El botón edición  habilitará la ventana que permitirá al usuario agregar documentos a la LM seleccionada.

Eliminar la LM Validada

El botón  permite al usuario eliminar la LM validada, independiente de si se encuentra en estado 'validada' debe volver a Notificada.

Nota: No se guardará registro de la LM eliminada.

6.1.4 ENVIAR A TRAMITACIÓN CONTRALORÍA.

Una vez adjuntos los documentos fundantes por la isapres y cuando se encuentran en estado **validado** estas pueden ser enviadas a la correspondiente contraloría de la COMPIN/SC para efecto de su revisión y dictaminación.

Para esto se debe seleccionar una, varias o todas las LM reclamadas en el checkbox (☐) como se muestra en la imagen.

LISTA DE LICENCIAS RECLAMADAS (Total de trámites: 2)

MOSTRANDO 10 LICENCIAS BUSCAR:

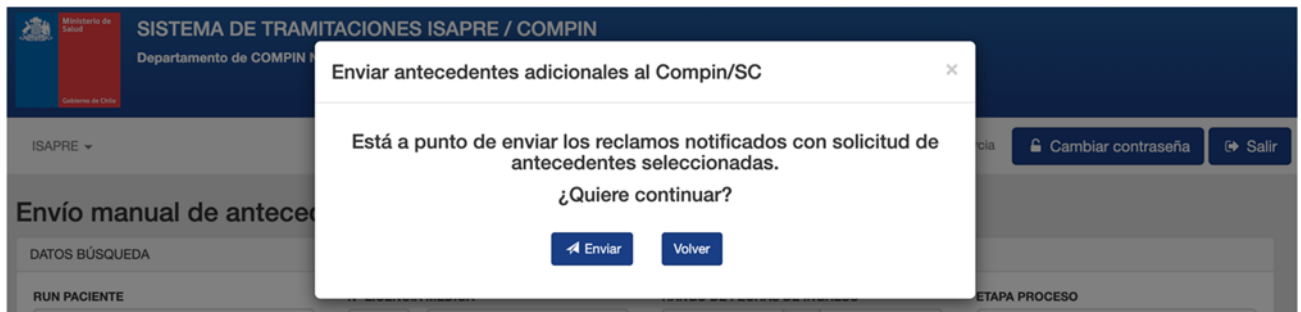
<input checked="" type="checkbox"/>	N° LICENCIA	RUN COTIZANTE	NOMBRE	TL	FECHA INICIO	DÍA OTO.	DÍA AUT.	FECHA INGRESO	ETAPA	ACCIONES
<input type="checkbox"/>	1-10101004	17280266-4	GENARO SANTIS SANTIS	1	01/08/2017	20	10	26/03/2020	NOTIFICADA SOLICITUD ANTECEDENTES	✎ 🔄
<input checked="" type="checkbox"/>	2-53355593	12465772-5	GREYSI ALEJANDRA ARAMBARRI VENEGAS	1	13/04/2017	21	7		VALIDADA	✎ 🔄

Mostrando página 1 de 1 de un total de 2 licencias

Primero Anterior 1 Siguiente Último

[↩ Enviar selección](#)

Para el envío se presiona el botón [↩ Enviar selección](#) y el sistema pregunta para su confirmación.




- Si se presiona [↩ Enviar](#) se procede con el envío a tramitación de la LM reclamada.
- Si se presiona [Volver](#) se vuelve a la pantalla anterior.

Nota: Si la Isapre no envía la documentación en el plazo normativo, COMPIN se pronunciará en base a los antecedentes entregados por el cotizante, por lo tanto, la LM reclamada desaparecerá de la bandeja de "Respuesta con ingreso manual reclamo contra Isapre" y solo podrá ser consultada en la bandeja de consulta reclamos DS3.

6.2 CONSULTA RECLAMO DS3

Al ingresar a la opción de **consulta reclamo DS3**, se presenta la ventana Lista de las LM Reclamadas en la cual el usuario podrá ver y consultar el estado de tramitación.

La pantalla de Ingreso Manual Licencias Reclamadas:


SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
 Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▾
CONSALUD
NEW-QA-ISAPRE SONDA
Cambiar contraseña
Salir

Consulta de reclamos notificados

DATOS BÚSQUEDA

RUN PACIENTE <input type="text"/>	N° LICENCIA MÉDICA <input type="text"/>	RANGO DE FECHAS DE INGRESO 13/03/2020 a 13/04/2020	ETAPA PROCESO Todas ▾
TIPO TRÁMITE Todos ▾			

Buscar
Limpiar

LISTA DE RECLAMOS (Total de reclamos: 7)




MOSTRANDO 10 RECLAMOS BUSCAR:

N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	FECHA NOTIF. COMPIN	FECHA RESP. ISAPRE	LM CON SOL. DOCS.	ETAPA	DIC. COMPIN	N° RESOLUCIÓN	DICTAMEN	ACCIONES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Todas ▾	Todas ▾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3-8387292839	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	06/04/2020	SI	FINALIZADA	06/04/2020	12120001171	RECHAZA	🔍 👁 🔗
1-8373663631	78787878-4	NEW-QA-ISAPRE SONDA TIDE	06/04/2020	08/04/2020	SI	ENVIADA (Trámite)				🔍 👁 🔗
1-837366363	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	06/04/2020	NO	ENVIADA (Trámite)				🔍 👁 🔗
3-5555980999	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	08/04/2020	SI	ENVIADA (Trámite)				🔍 👁 🔗
3-7685849303	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	06/04/2020	SI	ENVIADA (Trámite)				🔍 👁 🔗
1-1999999910	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	06/04/2020	NO	FINALIZADA	06/04/2020	5120001672	RECHAZA	🔍 👁 🔗
1-1999999912	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	08/04/2020	08/04/2020	NO	FINALIZADA	08/04/2020	5120001674	RECHAZA	🔍 👁 🔗

Mostrando página 1 de 1 de un total de 7 reclamos

Primero Anterior 1 Siguiente Último

Botones	Descripción
<div style="border: 1px solid #004a87; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #004a87; color: white; border-radius: 3px;"> 🔍 Buscar </div>	Permite la búsqueda de los registros, conforme a los criterios indicados en la ventana.

	Esta acción permite añadir antecedentes adicionales al reclamo cuando está disponible.
	Esta acción permite visualizar el reclamo asociado.
	Esta acción permite visualizar el dictamen del reclamo cuando está disponible.

Consideraciones:


Al ingresar a la ventana presentará las LM Reclamadas de la Isapre tramitadas en un rango de un mes. Las columnas que presenta son:

- N° LICENCIA: Corresponde al Número de Licencia
- N° RUN: Corresponde al Run del Cotizante
- NOMBRE COTIZANTE: Corresponde al Nombre Completo del Cotizante
- FECHA NOTIF: Fecha que está disponible la notificación por parte de COMPIN o por web services de la COMPIN/SC.
- FECHA ENVIO ANT.: Fecha en que la Isapre envió los antecedentes a COMPIN/SC.
- FECHA DICT. COMPIN: Fecha del dictamen del presidente de la COMPIN/SC para el Reclamo.
- N° RESOLUCION: Corresponde al número de la resolución generada.
- DICTAMEN COMPIN: corresponde al dictamen de la LM reclamada.
- Acciones: Esta columna presenta las acciones que tiene el usuario.

6.2.1 FILTROS GENERALES

Los filtros definidos de la ventana son los siguientes:

- **RUN PACIENTE**
 : Permite ingresar el Rut del cotizante
- **N° LICENCIA**
 : Permite ingresar el tipo de formulario y el número de licencia.
- **RANGO DE FECHAS DE NOTIFICACIÓN**
 a : Permite ingresar el rango de fechas a revisar las LM notificadas enviadas a la Isapre.

Los filtros se aplican cuando se presiona el botón .

6.2.2 FILTRO LISTA

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación como se muestras:

LISTA DE RECLAMOS (Total de reclamos: 7)

MOSTRANDO 10 RECLAMOS BUSCAR: ISAPRE




N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	FECHA NOTIF. COMPIN	FECHA RESP. ISAPRE	LM CON SOL. DOCS.	ETAPA	DIC. COMPIN	N° RESOLUCIÓN	DICTAMEN	ACCIONES
1-8373663631	78787878-4	NEW-QA ISAPRE SONDA TIDE	06/04/2020	08/04/2020	SI	ENVIADA (Trámite)				  

6.2.3 FILTRO POR COLUMNAS

El filtro permite realizar búsqueda directa en los datos por aproximación en las columnas de datos que lo permitan:

LISTA DE RECLAMOS (Total de reclamos: 7)

MOSTRANDO 10 RECLAMOS BUSCAR:

N° LICENCIA	RUN	NOMBRE COTIZANTE	FECHA NOTIF. COMPIN	FECHA RESP. ISAPRE	LM CON SOL. DOCS.	ETAPA	DIC. COMPIN	N° RESOLUCIÓN	DICTAMEN	ACCIONES
					Todas	Finalizada				
3-8387292839	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	06/04/2020	SI	FINALIZADA	06/04/2020	12120001171	RECHAZA	  
1-1999999910	88888888-8	PRESIDENTE DOS COMPIN(MEDICO) AYSEN Y MAGALLANES	06/04/2020	06/04/2020	NO	FINALIZADA	06/04/2020	5120001672	RECHAZA	  

6.2.4 AÑADIR ANTECEDENTES ADICIONALES

Esta acción permite añadir antecedentes adicionales cuando esté disponible.

6.2.5 CONSULTAR LM RECLAMADA

Esta acción permite visualizar los datos provistos por la ISAPRE.

SISTEMA DE TRAMITACIONES ISAPRE / COMPIN
Departamento de COMPIN Nacional

ISAPRE ▾

CONSALUD NEW-QA-ISAPRE SONDA
Cambiar contraseña
Salir

Consulta de reclamo DS3

DATOS DE LA LICENCIA MÉDICA

N° LICENCIA	FECHA EMISIÓN	INICIO REPOSO	DÍAS OTORGADOS	TIPO LM	TIPO TRÁMITE
1-1999999910	01/03/2020	29/02/2020	10		RCI

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

N° RUN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD
88888888-8	AYSEN y MAGALLAN		Presidente dos COMPIN(medico)	Hombre	40
COMUNA		COMPIN/SC			
ALGARROBO		Subcomisión Valparaíso			

DATOS DE CONTRALORÍA

DICTAMEN	FUNDAMENTO
RECHAZA	REC1-XX1

DOCUMENTOS FUNDANTES

MOSTRANDO DOCUMENTOS
 BUSCAR:

DOCUMENTO ADJUNTO	NOMBRE ARCHIVO DOCUMENTO	FECHA CREACIÓN	USUARIO	ACCIÓN
Antecedentes Médicos	AME-1-1999999910-20200406202306.pdf	06/04/2020 04:23:06	Cotizante	
Documentación que acredite fuera de plazo	DFP-1-1999999910-20200406202447.png	06/04/2020 04:24:47	Cotizante	
LICENCIAS MEDICAS	LM_1-1999999910_1_1.pdf	06/04/2020 03:57:54	-	
RESULTADO DE PERITAJES	LM_1-1999999910_4_1.pdf	06/04/2020 03:58:11	-	
Resolución de Rechazo	RDR-1-1999999910-20200406202245.pdf	06/04/2020 04:22:45	Cotizante	

Anterior 1 Siguiente


[← Volver](#)

6.2.6 VISUALIZAR DICTAMEN

La funcionalidad permite visualizar los dictámenes vía PDF si está disponible.

Al presionar el botón se presenta la ventana con el dictamen del reclamo contra ISAPRE.

1-40101010 X



SEREMI DE SALUD
REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO
Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

Resolución Exenta N° 134-17-000006
Fecha: 28/07/2017

VISTOS:

Lo dispuesto en el Art. 3° Inciso 3° Ley 20.585; en el DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, en el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y sus SEREMI aprobado por el DS N° 136/04.

CONSIDERANDO:

1°. Que la ISAPRE **FUNDACION** ha resuelto **Reducir** la Licencia Médica N° **1-40101010** otorgada a Don(a) _____, RUN _____ remitiendo a esta COMPIN los antecedentes que fundamentan su decisión.

2°. Que, de la revisión de los antecedentes que se han remitido a esta Comisión, se ha estimado que el pronunciamiento de la Isapre es justificado.


SE RESUELVE:

Ratificar la decisión de la ISAPRE **FUNDACION** respecto de la Licencia Médica precitada, en virtud de los fundamentos señalados por esa Institución.

Lo anterior no restringe el derecho que tiene el trabajador o sus cargas familiares para recurrir ante esta COMPIN, conforme a lo establecido en el artículo 39 del D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

PRESIDENTE QA-SONDA
Presidente Compín



7 GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS

7.1 TÉRMINOS

Concepto	Descripción
Usuario	Corresponde al RUN del usuario que se conectará al sistema
Clave	Contraseña del usuario
Token	Identificador único

7.2 ABREVIATURAS

Concepto	Descripción
LM	Licencia Médica
RCI	Reclamo contra ISAPRE
RR RCI	Recurso de reposición de RCI
DS3	Decreto Supremo N° 3
MB	Mega Byte
FEA	Firma Electrónica Avanzada
FAM	Firma Manual
SOAP	Simple Object Access Protocol

Capítulo XII Información a remitir por las Isapres al Instituto de Previsión Social relativa a los subsidios por incapacidad laboral pagados a los trabajadores independientes

1. En el mes de enero de cada año, el Instituto de Previsión Social deberá remitir a las isapres, o poner a disposición de éstas a través de una casilla electrónica con protocolo FTP el archivo de consulta conteniendo la nómina de los trabajadores independientes afectos al D.L. N° 3.500, de 1980, tanto obligados como no obligados a cotizar, que tenían causantes de asignación familiar y/o maternal reconocidos por todo o parte del año anterior, con trámite de reconocimiento realizado hasta el 31 de diciembre de dicho año. La nómina deberá contener el RUN y los nombres y apellidos de los trabajadores beneficiarios.
2. Las isapres, a más tardar el último día hábil del mes de febrero de cada año, deberán responder la consulta formulada por el IPS, indicando en el archivo de respuesta el monto de los subsidios pagados al beneficiario en el año antecedente al de la consulta.

El archivo de respuesta deberá contener la siguiente información:

- RUN del beneficiario
- Monto total de los subsidios líquidos por incapacidad laboral pagados por la isapre al trabajador durante el año calendario antecedente al del envío de la nómina. Para tal efecto, el monto de los subsidios líquidos deberá ser informado en forma reajustada al 31 de diciembre del año anterior a la fecha del envío, para lo cual deberá aplicar el porcentaje de variación experimentada por el Índice de Precios al Consumidor entre el último día del mes que antecede al mes del subsidio y el último día del mes de noviembre del año calendario anterior a la fecha de envío de la información. Si el trabajador hubiere percibido más de un subsidio líquido en el año calendario, se informará la suma de todos ellos previamente reajustados.

La información deberá remitirse oficialmente al IPS mediante un CD o transmisión electrónica de datos, haciendo uso de la aplicación que para el efecto dispondrá dicho Instituto.

3. Las isapres deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar que la información sea recibida por el IPS dentro del plazo establecido en la presente Circular.
4. A más tardar el 15 de marzo de cada año, el IPS deberá remitir al SII mediante transmisión electrónica de datos, la nómina de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 2° del D.S. N° 26, de 2011, ya citado, con la información de los subsidios pagados por las isapres a dichos trabajadores independientes obligados a cotizar.
5. La información que reciba el IPS para los efectos indicados estará sujeta a las normas sobre confidencialidad de datos establecida en la Ley N°19.628, de manera que todos sus funcionarios que tomen conocimiento de ella en el desempeño de sus cargos estarán obligados a la reserva de dicha información y sujeto a las sanciones que procedan en caso de infracción a dicha normativa.
6. El IPS deberá informar oportunamente a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de incumplimiento de estas instrucciones por parte de las isapres.
7. Para efectos de facilitar las comunicaciones entre las entidades de que trata esta Circular, cada una de ellas deberá designar un coordinador, para lo cual en el plazo de 5 días hábiles contados a partir de la fecha de esta Circular, cada isapre deberá comunicar al IPS y a la Superintendencia

de Seguridad Social el nombre, cargo, teléfono y correo electrónico de la persona designada para tal efecto. Asimismo, el IPS deberá informar el nombre y correo electrónico de su coordinador a las referidas entidades.

Cualquier consulta en relación a esta Circular deberá efectuarse a la Superintendencia de Seguridad Social al correo electrónico gagonzalez@suseso.gov.cl.

Capítulo XIII Instrucciones a los prestadores de salud sobre la forma y plazos en que deben informar a sus pacientes sobre su posible condición de enfermo terminal, su derecho al beneficio de la Ley N°21.309, y la entrega de los antecedentes de respaldo que permitan acceder al beneficio³⁵²

Título I. Procedimiento de Información y Certificación de enfermedad terminal de la Ley N°21.309³⁵³

En cumplimiento del mandato legal impuesto a las Superintendencias de Pensiones y de Salud para la correcta implementación de las normas permanentes de la Ley N°21.309, se dictan las siguientes instrucciones que obligan a los prestadores institucionales -sean estos públicos o privados- y a los prestadores individuales del país.

1.- REGLAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA PERMANENTE DE LA LEY N°21.309 QUE RIGE A CONTAR DEL 1 DE JULIO DE 2021.

1) Información que deben entregar los prestadores de salud al posible enfermo terminal.

A partir del 1 de julio de 2021, toda vez que los prestadores de salud constaten que una persona a quien se le ha diagnosticado una enfermedad o condición patológica grave, de carácter progresivo e irreversible, no tiene tratamiento específico curativo o alguno que permita modificar su sobrevivencia, o bien, que los recursos terapéuticos utilizados para su tratamiento han dejado de ser eficaces, y su expectativa de vida es inferior a doce meses, deberán entregarle la siguiente información:

- Su posible condición de enfermo terminal;
- Su derecho a solicitar en su AFP que inicie el proceso de certificación de su condición de enfermo terminal, por cualquiera de las vías presenciales o virtuales que esa entidad tenga disponibles, para acceder al beneficio previsional que establece la Ley N°21.309;
- Que se le extenderá un certificado médico para tales efectos.
- Que con la solicitud del beneficio autoriza el tratamiento de sus datos sensibles por las diferentes entidades involucradas en el procedimiento.

2) Oportunidad y forma en que los prestadores de salud deben entregar la información referida al posible enfermo terminal.

³⁵² Capítulo incorporado por Circular conjunta con la Superintendencia de Pensiones IF/N° 382, de 24.06.2021, con vigencia a partir del 01.07.2021. Publicada en el Diario Oficial el 05.07.2021.

³⁵³ Frase incorporada por Circular conjunta con la Superintendencia de Pensiones IF/N° 404, de 04.04.2022, con vigencia a partir de 19.04.2022, fecha de su publicación en el Diario Oficial el 05.07.2021.

Dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la entrada en vigencia de la Ley, si se trata de un paciente que su condición de enfermo terminal ya ha sido identificada a esa fecha y no ha sido informado de dicha condición con antelación, el prestador institucional o su médico tratante deberá citarlo a una entrevista presencial o remota para entregarle la información mencionada en el punto 1) precedente. La entrevista tendrá lugar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la citación y podrá ser realizada en forma presencial o virtual, según corresponda.

Si la condición de enfermo terminal es determinada por el prestador de salud a partir del 1 de julio de 2021, en el contexto de una consulta médica, la información se deberá entregar en esa misma oportunidad o, en su defecto, si tal constatación se realiza sin que el paciente esté presente, se lo citará a entrevista presencial o remota, según corresponda, en el plazo señalado para la entrega de la información.

Si durante la notificación de la citación, hay un contacto personal con el paciente y éste le solicita al prestador que le entregue inmediatamente la información, ya sea telefónicamente o por video llamada, se prescindirá de la citación a entrevista, entregando en ese mismo acto la información mencionada en el punto 1) y el certificado (emitido con el formato establecido en el Anexo de la presente instrucción) se le entregará o remitirá, dentro del plazo definido para ello, por la vía que el paciente estime pertinente, en forma presencial o por vía electrónica. Sin perjuicio del mecanismo elegido por el paciente, una copia del certificado siempre le deberá ser remitido mediante correo electrónico registrado en el mismo certificado.

Tanto para notificar la citación, como para efectuar la entrevista virtual, se podrá utilizar cualquier medio electrónico idóneo (teléfono, correo electrónico, etc.), con suficiencia para el debido respaldo de su ejecución y para entregar la información de que trata la norma. Cada una de las acciones ejecutadas debe ser acreditada por los medios acordes al mecanismo que se está utilizando y registrada en la ficha clínica del paciente.

De no ser posible contactar al paciente a través de los medios señalados, se le deberá enviar una citación por carta certificada, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la constatación de esa imposibilidad.

Si el paciente no concurre a la citación en la fecha prevista, deberá cursarse una nueva citación, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a esa fecha, fijando la comparecencia para dentro de tres (3) días hábiles. Si la nueva citación debe efectuarse por carta certificada, el prestador contará con un plazo de cinco (5) días hábiles para el envío de la misma y fijará un plazo de comparecencia dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la remisión de la carta.

Si el paciente no concurre a la segunda citación sin haber justificado debidamente su ausencia, cesará la obligación impuesta al prestador. El envío de las dos citaciones al paciente y la no comparecencia de éste, deberá constar fehacientemente en su ficha clínica, sin embargo, si el paciente se comunica posteriormente con el prestador, este último tendrá la obligación de citarlo para entregar la información en referencia.

Si el paciente manifiesta su negativa o renuencia a recibir información sobre su estado de salud, deberá dejarse constancia de ello en la ficha clínica del paciente.

3) Oportunidad y forma en que los prestadores de salud deben entregar al paciente el certificado médico para adjuntar a la solicitud de certificación de su condición de enfermo terminal.

Proporcionada al paciente la información mencionada en el punto 1) precedente, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes, se extenderá por el médico tratante al paciente un certificado con información completa y suficiente sobre su condición de salud. El certificado, a su vez, deberá

ser suscrito por el director médico, o su equivalente, del prestador institucional de salud respectivo, dando cuenta que el paciente está siendo o se ha atendido en los últimos dos años por las afecciones indicadas en el mismo.

Finalmente, el certificado será puesto a disposición del paciente o a quién éste designe para tal efecto, en forma presencial o por vía electrónica, según su elección, para luego ser presentado ante la AFP respectiva. Sin perjuicio del mecanismo elegido por el paciente, una copia del certificado siempre le deberá ser remitido mediante correo electrónico.

4) Procedimiento de emisión y llenado de los certificados por el médico tratante del paciente.

Las Administradoras deberán poner a disposición de los médicos e instituciones de salud una plataforma web para la emisión y llenado de los certificados médicos.

Para generar el certificado, el médico tratante deberá ingresar a la plataforma, URL: <https://certificadosET.portalafp.cl>, validando su identidad a través del número de serie de su cédula de identidad. Por su parte, la plataforma validará que se encuentre inscrito en el Registro de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud. El ingreso a la plataforma, con las referidas validaciones, se considerará como una firma electrónica simple por parte del médico tratante.

Luego de completada la información correspondiente el médico tratante procederá de acuerdo a las siguientes opciones:

a. A partir del 1 de julio de 2021 y hasta el 30 de junio de 2022:

El médico tratante deberá emitir el certificado en la plataforma. Posteriormente deberá imprimirlo, firmarlo, timbrarlo y entregarlo al paciente en forma física o por medio de correo electrónico, según éste lo requiera.

b. A partir del 1 de julio del 2022:

El médico tratante deberá seleccionar en la misma plataforma, el establecimiento de salud público o privado, donde el paciente haya estado hospitalizado y/o que tenga registro de las atenciones recibidas en los últimos dos años por las afecciones indicadas en el certificado. Una vez seleccionado el prestador institucional de salud público o privado que corresponda, el certificado quedará a disposición de la persona designada por dicha institución.

c. Durante el periodo de transición (hasta el 30 de junio de 2022):

El médico tratante podrá proceder de ambas maneras, de acuerdo con la posibilidad de que el prestador institucional de salud se encuentre ingresado en el sistema.

Sin perjuicio del mecanismo elegido por el paciente, una copia del certificado siempre le deberá ser remitido al correo electrónico consignado en dicho certificado.

5) Procedimiento de firma y llenado de los certificados por parte del prestador institucional de salud pública o privado.

El director médico o su equivalente del prestador institucional de salud público o privado en el cual el o la paciente está siendo o se ha atendido en los últimos dos años por las afecciones indicadas en el certificado, deberá completar los datos que correspondan, firmar, timbrar y, finalmente, entregarlo al paciente o a quien éste designe para ello. En un plazo no superior a 2 días hábiles desde la recepción del mismo, independiente de la vía de ingreso.

Se deben tomar todas las medidas de difusión dentro de la Institución para facilitar el procedimiento al paciente o a sus familiares (call center, consultas web, atención de informaciones).

Para esos efectos el prestador institucional de salud público o privado deberá enrolarse e incorporarse a la plataforma web. Al respecto, se debe distinguir:

a. A partir del 1 de julio de 2021 y hasta el 30 de junio de 2022:

El prestador institucional de salud público o privado mientras no se encuentre enrolado e incorporado a la plataforma web, deberá recibir el certificado emitido por el médico tratante en forma física, completar los datos que le correspondan, firmar y timbrar por el director médico o su equivalente y, finalmente, entregarlo al paciente o a quien éste designe para ello.

b. A partir del 1 de julio del 2022:

El prestador institucional, quien deberá estar enrolado e ingresado como tal en la plataforma web, procederá a completar los campos que correspondan en el certificado, para que luego sea impreso, firmado y timbrado por el director médico, o su equivalente y finalmente, entregarlo al paciente o a quien él designe para ello, en forma física o por medios electrónicos.

Sin perjuicio del mecanismo elegido por el paciente, una copia del certificado siempre le deberá ser remitido al correo electrónico, consignado en dicho certificado.

6) Requerimiento de antecedentes adicionales formulados por el Consejo Médico a los prestadores de salud.

El Consejo Médico, a que se refiere el artículo 70 bis de la Ley 21.309, a efecto de resolver sobre la solicitud de certificación de la condición de enfermo terminal de un paciente, podrá solicitar antecedentes adicionales a las Instituciones de Salud Públicas o Privadas, por lo que se requiere que dichos establecimientos designen a una persona encargada de responder, cuya identidad deberá ser informada a la Superintendencia de Salud, con copia a los Consejos Médicos al correo consejos.medicos@spensiones.cl, en un plazo de cinco (5) días hábiles, contado desde la fecha de publicación de la presente instrucción. Se deberá informar, con una antelación de 3 días hábiles, cualquier cambio en esa designación.

Para estos efectos, las administradoras le solicitarán al paciente la autorización para que el Consejo Médico pueda acceder a todos los antecedentes clínicos contenidos en su ficha clínica.

El funcionario designado por el prestador institucional de salud, desde la recepción del requerimiento, tendrá dos (2) días hábiles para enviar la información solicitada al correo electrónico consejos.medicos@spensiones.cl habilitado por los Consejos para este efecto.

2.- CONSTANCIA DE LAS GESTIONES REALIZADAS

Los prestadores de salud, tanto institucionales como individuales, deberán estar siempre en condiciones de acreditar la realización de cada una de las diligencias efectuadas en cumplimiento de la presente normativa.

3.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las controversias que se susciten por la ejecución de los procedimientos contenidos en la presente instrucción serán resueltas por la Superintendencia de Pensiones.

ANEXO 1

CERTIFICADO MÉDICO PARA CERTIFICACIÓN ENFERMO TERMINAL

NOTA: si necesita más espacio sólo escriba en el casillero que automáticamente se ampliará. Las secciones A, B1, D, F, G, H e I son obligatorias, las otras secciones se deben llenar según la patología principal.

FECHA DE EMISIÓN:

A. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA EVALUADA (a llenar en todos los casos)			
Nombre completo			
RUN		Edad	
Previsión	FONASA	Isapre	
Teléfono casa		Teléfono celular	
Domicilio			
Correo electrónico			

B1. HISTORIA CLÍNICA (a llenar en todos los casos)	
Diagnóstico atingente a la solicitud	
Fecha diagnóstico atingente a la solicitud	
Condición actual y evolución últimos tres meses (descripción breve)	
Fundamentos y aspectos clínicos que apoyan el pronóstico de vida menor a un año	

B2. HISTORIA CLÍNICA ONCOLÓGICA (si corresponde) (si hay dos tumores primarios, emitir informe en relación al cáncer más avanzado y de peor pronóstico).					
Localización tumor primario (incluida leucemia y mieloma)					
Fecha y resultado biopsia (se recomienda adjuntar)					
Metástasis	Pulmonar		Hepática		Cerebral
	Ósea		Otro (especificar)		
Se adjunta último Informe de Comité Oncológico (se recomienda adjuntar siempre)					
Unidad Cuidados Paliativos (fecha ingreso, nombre, fecha último control)					

ÍTEM C. SE LLENAN DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO ATINGENTE A LA SOLICITUD, IDENTIFICADO EN EL ÍTEM B

(Completar con los antecedentes disponibles, si no se cuenta con ellos no completar el campo)

C1. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN ONCOLÓGICOS (si corresponde)	
Albúmina sérica	g/dL
Pérdida de peso (últimos 6 meses)	%
Disnea persistente	sí/no
Delirium (según CAM)	+/-
Disfagia persistente	sí/no
Necesidad de cuidados complejos/intensos continuados.	sí/no
ECOG	0 a 4

C2. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN BRONCOPULMONARES (si corresponde)	
Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones.	sí/no
MMRC	0 a 4
Confinado a domicilio con limitación de marcha.	sí/no
Índice de Barthel	pts

IMC	kg/m ²
Presión pulmonar	mmhg
Criterios espirométricos de función pulmonar (con BD):	
- CVF	%
- VEF1	%
DLCO ajustado	%
Necesidad de oxigenoterapia crónica.	sí/no
Saturación en reposo	%
Saturación en ejercicio	%
Test de marcha 6 minutos	mts
Deterioro funcional (últimos 6 meses)	sí/no
Exacerbaciones de manejo ambulatorio (último año).	N°
Hospitalizaciones no planificadas (últimos 6 meses).	N°
Hospitalizaciones en UTI/UCI por exacerbaciones (último año).	N°
Aumento de la demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones de enfermería, otros).	sí/no
Hemoptisis recurrente	sí/no
PCO2 en gases arteriales.	sí/no

C3. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN CARDIOLÓGICOS (si corresponde)	
Capacidad funcional actual	I a IV
Fracción eyección ventrículo izquierdo	%
Arritmias ventriculares malignas	sí/no
Hospitalizaciones por IC (último año).	N°
Atenciones en servicio de urgencia por IC (último año).	N°
Test de marcha 6 minutos	mts
IMC	kg/m ²
Velocidad de filtración glomerular (VFG)	ml/min

C4. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN NEUROLÓGICOS (si corresponde)	
Enfermedad neurológica vascular o traumática:	

Durante la fase aguda y subaguda (hasta 3 meses post-ACV o TEC): estado vegetativo persistente, de mínima conciencia, enclaustramiento, tetraplejía con compromiso respiratorio secular.	sí/no
Durante la fase crónica (más de 3 meses post-ACV o TEC): complicaciones médicas severas que llevan a un deterioro de la función neurológica (especificar cuáles).	sí/no (en caso de sí: especificar)
Enfermedad neurológica degenerativa:	
Disfagia progresiva	sí/no
Pérdida de peso (últimos 3 meses)	%
Gastrostomía	sí/no
Neumonía por aspiración recurrente	sí/no
Disnea o insuficiencia respiratoria con apoyo ventilatorio	sí/no
Hospitalizaciones por patologías severas intercurrentes relacionadas con patología de base (último año).	N°
Demencia	sí/no (en caso de sí: GDS- FAST)
Índice de Barthel	pts

C5. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN HEPATOLÓGICOS (si corresponde)	
Cirrosis avanzada	sí/no
Ascitis refractaria	sí/no
Síndrome hepatorenal	sí/no
Hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento.	sí/no
Carcinoma hepatocelular en D.	sí/no
Enfermedad extrahepática (pulmonar, cardíaca) grave o invalidante.	sí/no
Malignidad extrahepática	sí/no
Enfermedad neurológica grave.	sí/no
Presión arterial pulmonar	mmHg
Infección activa extrahepática grave.	sí/no
VIH-SIDA no controlado	sí/no/no realizado
Adicción activa a drogas y alcohol.	sí/no
Apoyo familiar y social.	sí/no
Capacidad para comprender y seguir el tratamiento.	sí/no
Edema cerebral incontrolable o falla multiorgánica en falla hepática fulminante.	sí/no

Pérdida de peso (últimos 6 meses).	%
Clasificación Child-Pugh	pts
MELD-Na	pts
Bilirrubina	mg/dL
Creatinina	mg/dL
INR	
Score de Lille	pts
Peritonitis bacteriana espontánea	sí/no

C6. INDICADORES CLÍNICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN NEFROLÓGICOS (si corresponde)	
Demencia	sí/no (en caso de sí: GDS- FAST)
Clasificación Child-Pugh	pts
Insuficiencia cardíaca congestiva	Clase
Cáncer avanzado	sí/no
Índice de Barthel	pts
Índice de Karnofsky	%

C7. GERIATRÍA (si corresponde) (obligatorio para personas de 80 años y más)				
Síntomas actuales (persistentes)				
Asintomático		Anorexia	Digestivo	Disnea
Dolor		Otro (especificar)		
Úlceras por decúbito persistentes				sí/no (en caso de sí: estadio)
Afgia				sí/no
Albúmina sérica				g/dL
Pérdida de peso (últimos 6 meses)				%
Infecciones con repercusión sistémica de repetición				N°
Delirium (según CAM)				+/-
Demencia				sí/no (en caso de sí: GDS- FAST y etiología)
Depresión				sí/no (en caso de sí: leve, moderada o severa)
Índice de Barthel				pts

Escala visual de fragilidad	
Funcionalidad basal (previo diagnóstico terminal)	
Funcionalidad hace 6 meses (si corresponde)	
Funcionalidad actual	
¿Ha habido alguna expresión de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa del paciente, la familia, o los miembros del equipo?	sí/no
Hospitalizaciones no planificadas (últimos 6 meses).	sí/no (en caso de sí: N° y fecha)
Ingresado a Programa Dependencia Severa	sí/no (en caso de sí: frecuencia necesaria)

D. ANTECEDENTES MÓRBIDOS (a llenar en todos los casos)							
HTA		Diabetes		Cardiopatía		Cáncer	
Enfermedad neurológica		Enfermedad renal		Insuficiencia hepática		VIH	
Cifoesciosis severa		EPOC		ACV		Demencia	
Hipotiroidismo		Depresión		Asma			
Otro (especificar)							

E1. TRATAMIENTOS RECIBIDOS ONCOLÓGICOS (si corresponde)					
Terapia	Druga/ localización	Línea tto	¿Tratamiento completo?	Fecha	Establecimiento
Quimioterapia y/o inmunoterapia					

Hormonoterapia					
Terapia molecular					
Radioterapia /Radioterapia paliativa					
Tratamiento de cuidados paliativos (opioides y otros)					
Tratamiento antineoplásico actual				(última dosis)	
Procedimientos quirúrgicos y/o semi invasivos efectuados					

E2. TRATAMIENTOS RECIBIDOS (medicamento u otro tratamiento continuo) (a llenar en todos los casos)

Droga o Procedimiento	Dosis	Fecha de inicio	Establecimiento

F. EXÁMENES REALIZADOS (indique exámenes relevantes realizados dentro de los últimos 6 meses para apoyar el pronóstico: laboratorio, imágenes o funcionales) (a llenar en todos los casos)

Examen	Fecha	Resultados/observaciones

G. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (a llenar en todos los casos)

Nombre	
--------	--

Especialidad		RUN	
Correo electrónico			

Firma y timbre médico tratante

LA INSTITUCIÓN QUE FIRMA ACREDITA QUE EL PACIENTE ANTES INDIVIDUALIZADO ESTÁ SIENDO O SE HA ATENDIDO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS POR LAS AFECCIONES INDICADAS EN EL PRESENTE INFORME.

H. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE RECIBE LAS ATENCIONES (a llenar en todos los casos)	
Nombre	
Dirección (especificar comuna y región)	
Identificación persona encargada de entregar información:	
Nombre	
Cargo	
Correo electrónico	
Teléfono	

I. IDENTIFICACIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO O SU DELEGADO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (a llenar en todos los casos)	
Nombre	
RUN	

Firma y timbre director médico o delegado del Establecimiento de Salud	Timbre del Establecimiento de Salud

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN A CONSEJO MÉDICO O A CONSEJO MÉDICO DE APELACIÓN PARA REVISIÓN DE FICHA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Quien suscribe, en conocimiento de los derechos que me confiere la Ley 19.628 sobre la protección de datos personales y sensibles, con ocasión de mi solicitud de pensión y calificación de certificación como enfermo terminal que se encuentra en trámite según lo establecido en la Ley N°21.309, autoriza al Consejo Médico y al Consejo Médico de Apelación (en el caso de un eventual reclamo) para que soliciten antecedentes y/o accedan a la revisión de mis fichas clínicas ambulatorias y/u hospitalarias de los prestadores de salud públicos y privados en que me he atendido, extrayendo la información relevante que sea de utilidad para el único fin de fundamentar debidamente la certificación de enfermos terminal.

Para la efectividad de esta autorización, el Consejo Médico y el Consejo Médico de Apelación, podrán solicitar el envío de los antecedentes necesarios contenidos en las referidas fichas clínicas directamente a las Instituciones de Salud Públicas o Privadas, de acuerdo a lo instruido en esta Norma Conjunta entre esta Superintendencia de Pensiones y la Superintendencia de Salud y/o encargar la revisión de los antecedentes antes aludidos a los siguientes profesionales:

- Médicos integrantes del Consejo Médico o del Consejo Médico de Apelación.
- Profesionales inscritos en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo para los Consejos Médicos de la Ley 21.309.

Esta autorización rige a contar de esta fecha y hasta la data en que la certificación como enfermo terminal por el Consejo Médico o por el Consejo Médico de Apelación, se encuentre ejecutoriada.

Nombre completo:	
Céd. Identidad N°	Firma o huella digital:
Fecha:	

Título II. Procedimiento de enrolamiento de los establecimientos de salud a la plataforma para la emisión de certificados médicos de enfermos terminales en el marco del articulado permanente de la ley 21.309³⁵⁴

1. GLOSARIO

Plataforma web o virtual: Espacio de internet que permite la ejecución de la aplicación diseñada y administrada por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) para la emisión de los certificados médicos de enfermos terminales, en el marco de la Ley 21.309.

Enrolamiento: Proceso mediante el cual un establecimiento de salud, a través de las personas que estos designen como encargadas para la tramitación de los certificados médicos de enfermos terminales, se inscribe en la Plataforma citada precedentemente con el objetivo de habilitarse para la emisión de certificados por medios remotos o virtuales.

Administrador de la Plataforma: Equipo designado por las AFP en su conjunto, encargado de revisar si los antecedentes ingresados en la Plataforma cumplen con los requisitos de admisibilidad de la solicitud de enrolamiento y, además, entrega el soporte técnico a los diferentes usuarios de la plataforma, en caso de dificultades de operabilidad.

Administrador(a) Institucional (Titular y Suplente): Son las personas designadas como encargadas de tramitar por parte del Establecimiento de Salud, el enrolamiento, en defecto del Director(a), y los certificados médicos de enfermos terminales emitidos a pacientes de su institución en el marco de la Ley N°21.309. Este(a) encargado(a) puede ser la misma persona que responde los requerimientos de antecedentes adicionales formulados por el Consejo Médico.

Director(a) Médico(a) o su equivalente: Director(a) es la persona que ejerce como jefe(a) superior(a) del Servicio, Hospital o Clínica para todos los efectos legales y administrativos, teniendo su representación judicial y extrajudicial.

Validar: Proceso de revisión al que se someten los antecedentes y datos ingresados a la plataforma, para verificar su consistencia.

2. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE ENROLAMIENTO

2.1. Generalidades:

Los Establecimientos de Salud deben acceder al sitio web “certificadosET.portalafp.cl” para completar el formulario denominado “SOLICITUD DE ENROLAMIENTO DE INSTITUCIONES DE SALUD A LA PLATAFORMA DE CALIFICACIÓN DE ENFERMOS TERMINALES”, con el fin de registrar a la institución de salud respectiva y a sus encargados en la plataforma virtual de certificados. El enrolamiento debe ser solicitado por el(la) Director(a) Médico(a) o su equivalente del establecimiento. Es obligatorio, para la aprobación de la solicitud, adjuntar el respaldo que acredite la calidad de Director(a) Médico(a) de la institución.

³⁵⁴ Título incorporado por Circular conjunta con la Superintendencia de Pensiones IF/N° 404, de 04.04.2022, con vigencia a partir de 19.04.2022, fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Una vez ingresada la solicitud, el administrador de la plataforma validará que cumpla con todos los requisitos establecidos por la Superintendencia de Pensiones.

2.2. Requisitos de la “Solicitud de Enrolamiento en Plataforma de Emisión de Certificados de Enfermos Terminales ley 21.309”, incluida en el Anexo de estas instrucciones:

a. La solicitud de enrolamiento debe contener la totalidad de los datos solicitados y, además, se debe adjuntar el documento que acredite el cargo de Director(a) Médico(a), en el formato exigido para su incorporación a la plataforma.

b. En el caso del establecimiento de salud se validará que la solicitud contenga:

- El nombre completo del establecimiento, RUT, sucursal (si corresponde), dirección, comuna y región.

c. En el caso del(a) Director(a) Médico(a) o su equivalente del establecimiento de salud, se validará que la solicitud contenga:

- El nombre completo, RUN y correo electrónico institucional del(a) Director(a) Médico(a).
- El correo electrónico inscrito siempre debe ser institucional, no se aceptarán correos personales.
- Se validará que los datos ingresados del(a) Director(a) Médico(a) sean consistentes con el documento que acredite su cargo (documento emitido por RRHH de la respectiva institución, o la resolución de nombramiento, que acredite su calidad de Director(a) Médico(a) o su equivalente del establecimiento de salud público o privado).
- Se validará que el documento que acredita la calidad de Director(a) Médico(a) cuente con la firma y timbre del respectivo establecimiento de salud.

d. En el caso de los(as) Administradores(as) Titular y Suplente se validará que la solicitud contenga:

- El nombre completo, RUN, cargo, teléfono y correo electrónico institucional.
- El correo electrónico inscrito siempre debe ser institucional.
- Se validará que todos los datos se encuentren completos para ambos(as) administradores(as), es decir, Titular y Suplente.

2.3. Acceso a la plataforma:

La “Solicitud de enrolamiento Instituciones de Salud” se pondrá a disposición a través de la plataforma web de emisión de certificados de enfermos terminales. Para ello se deben completar los siguientes 6 pasos:

Paso 1: La persona designada por el establecimiento de salud debe ingresar a la URL certificadosET.portalafp.cl

Paso 2: A continuación, debe seleccionar la opción “Solicitud de enrolamiento Instituciones de Salud”.

Paso 3: Luego, se completan los datos requeridos en el formulario web denominado “SOLICITUD DE ENROLAMIENTO DE INSTITUCIONES DE SALUD A LA PLATAFORMA DE CALIFICACIÓN DE ENFERMOS TERMINALES”. Las secciones a llenar son las siguientes:

- Identificación del establecimiento de salud.
- Identificación del Director(a) Médico(a) -o su equivalente- del establecimiento de salud.
- Adjuntar documento, en formato “pdf”, de acreditación del cargo de Director(a) Médico(a).
- Identificación de la persona nombrada como usuario(a) Administrador(a) Titular.
- Identificación de la persona nombrada como usuario(a) Administrador(a) Suplente.

Paso 4: Una vez completados los datos, se ingresa la solicitud de enrolamiento, presionando el botón “Enviar solicitud”.

Paso 5: A continuación, el sistema validará que los datos del formulario se encuentren completos:

- Si existen datos incorrectos se alertará al usuario para que los corrija.
- Si todos los campos se encuentran completos, se procede a ingresar la solicitud y se enviará, al correo electrónico del(a) Director(a) Médico(a) y Administradores(as) (Titular y Suplente), una notificación con la confirmación de la recepción de la solicitud de enrolamiento, en un plazo máximo de 1 día hábil.

Paso 6: El administrador de la plataforma, a los 2 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud, notificará vía correo electrónico a la institución el resultado de la solicitud de enrolamiento, la cual puede ser **Rechazada** o **Aprobada**:

- En caso de ser **Rechazada** la solicitud, se indicará el motivo del rechazo y el establecimiento de salud deberá suscribir una nueva solicitud de enrolamiento.
- En caso de ser **Aprobada** la solicitud, se les enviará al(a) Director(a) Médico(a) y a los(as) Administradores(as) de la institución de salud registrados en la “SOLICITUD DE ENROLAMIENTO DE INSTITUCIONES DE SALUD A LA PLATAFORMA DE CALIFICACIÓN DE ENFERMOS TERMINALES”, un correo electrónico indicando la aceptación de la solicitud y sus datos de acceso a la plataforma de certificados de enfermos terminales.

Una vez que se encuentre Aprobada la solicitud de enrolamiento, la institución de salud se encontrará habilitada para emitir “Certificados de Enfermos Terminales”, a través de la plataforma, previo cumplimiento del siguiente Paso 7.

Paso 7: El(la) Director(a) Médico(a) y los(as) Administradores(as) titular y suplente de la institución de salud, deberán ingresar a la plataforma y generar una nueva contraseña.

2.4. Causales de rechazo de una solicitud de enrolamiento para los establecimientos de salud

a. Los datos solicitados de identificación del Establecimiento de Salud se encuentran incompletos o incorrectos.

b. Los datos solicitados de identificación del(a) Director(a) Médico(a) o su equivalente y de los(as) Administradores(as), titular y suplente, se encuentran incompletos o erróneos.

c. Los Correos electrónicos ingresados tanto del(a) Director(a) Médico(a) o su equivalente y/o de los(as) Administradores(as) titular y suplente, son correos electrónicos personales o se repiten entre ellos. Cada participante debe tener su propio correo (seguridad para el envío de los usuarios y claves personales).

d. El documento ingresado para acreditar el cargo de Director(a) Médico(a) o su equivalente, tiene datos inconsistentes (no coinciden con los datos ingresados de la institución o Director(a) Médico(a)) o tiene datos incompletos (no viene con los timbres y firmas respectivas).

e. El documento ingresado para acreditar el cargo de Director(a) Médico(a) o su equivalente no es emitido por la Unidad de Recursos Humanos de la institución o no corresponde a una resolución de nombramiento titular o interino. No se aceptarán documentos informales firmados por jefes directos.

2.5. Designación de Administrador(a) Institucional (Titular y Suplente):

Las instituciones de salud públicas o privadas deberán designar a un(a) administrador(a) institucional y a su suplente, encargado(a) de iniciar el procedimiento de enrolamiento, en defecto del(a) Director(a) Médico(a), y de tramitar los certificados médicos de enfermos terminales emitidos a pacientes de su institución en el marco de la Ley N°21.309. Esta función será compatible con la de encargado(a) ante el Consejo Médico, que establece la Circular IF/N°382 y la Norma de Carácter General N°284, ambas de julio de 2021, pudiendo ejercerla la misma persona.

El(la) Administrador(a) Institucional deberá realizar las siguientes funciones:

- Revisar diariamente en la plataforma los certificados emitidos por los médicos(as) tratantes y derivados a su establecimiento de salud.
- Revisar cada certificado y completar los campos preestablecidos en la misma plataforma.
- Descargar y/o imprimir los certificados ya completos.
- Tramitar la firma ya sea manual o electrónica del(a) Director(a) Médico(a) o su equivalente
- Subir el certificado en formato "pdf" a la aplicación.
- Entregar el certificado al paciente que lo requiera o que no cuente con correo electrónico, dejando una copia de éste en la ficha clínica.

Los usuarios autorizados para acceder a la plataforma no podrán utilizar la información de las personas beneficiarias que solicitan la emisión de un certificado, sino únicamente para los fines que la motivan, de conformidad a lo establecido en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada.

3.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las controversias que se susciten por la ejecución del procedimiento contenido en la presente instrucción serán resueltas por la Superintendencia de Pensiones.

ANEXO

**SOLICITUD DE ENROLAMIENTO EN PLATAFORMA DE EMISIÓN DE CERTIFICADOS DE ENFERMOS
TERMINALES LEY 21.309³⁵⁵**

Fecha de ingreso solicitud: (entregada por sistema)

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
Nombre del Establecimiento	
RUT	
Sucursal (si corresponde)	
Dirección	
Comuna	
Región	
IDENTIFICACIÓN DEL(A) DIRECTOR(A) MÉDICO(A) O SU EQUIVALENTE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
Nombre completo	
RUN	
Correo electrónico institucional	
DOCUMENTACIÓN ACREDITACIÓN DIRECTOR(A) MÉDICO(A)	
Adjuntar documento (*)	Subir documento en formato PDF

Por el presente documento, solicito crear como usuario(a) administrador(a) titular y administrador(a) suplente del sistema para la emisión de certificados para la Ley 21.309 a las siguientes personas:

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA NOMBRADA COMO USUARIO(A) ADMINISTRADOR(A) TITULAR:			
Nombre completo			
RUN		Cargo	

³⁵⁵ Anexo incorporado por Circular conjunta con la Superintendencia de Pensiones IF/N° 404, de 04.04.2022, con vigencia a partir de 19.04.2022, fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Correo electrónico institucional		Teléfono	
IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA NOMBRADA COMO USUARIO(A) ADMINISTRADOR(A) SUPLENTE:			
Nombre completo			
RUN		Cargo	
Correo electrónico institucional		Teléfono	