



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

supersalud.cl

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....	10
Título I: Aspectos relativos a la comunicación.....	10
1. Transmisión y Seguridad de Datos	10
2. Responsables y funciones asociadas a la transferencia de información	10
3. Recepción de la Información.....	11
4. Bitácora de Recepción y Envío.....	11
Anexo: Declaración de Autorización y Responsabilidad.....	12
Título II. Operación del Sistema de Transferencia de Archivos.....	13
1. Validación Contenido Experto	13
2. Retransmisión de Archivos	14
3. Solicitudes de Prórroga	14
4. Contingencia.....	15
5. Nuevos requerimientos de información en Archivos Maestros	15
Título III: Nombre de los archivos y respaldo de la información	16
1. Nomenclatura en nombre de archivos	16
2. Respaldo de la información	17
3. Definiciones computacionales.....	17
Capítulo II Archivos Maestros	18
Título I: Contratos.....	18
1. Características Generales del Archivo Maestro.....	18
2. Estructura del Archivo Maestro.	20
3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro.....	21
4. Validadores Adicionales de Consistencia	38
Título II: Cotizantes y Cargas de Isapres.....	41
1. Características Generales del Archivo Maestro.....	41
2. Estructura del Archivo Maestro.	43
3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro.	44
4. Validadores Adicionales de Consistencia.	55
Título III: Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas.....	57
1. Información y periodicidad.....	57
2. Plazo de envío.....	57
3. Proceso de validación de la información.....	57
4. Especificaciones computacionales.....	57

Anexo: Especificaciones Computacionales y Definiciones	59
1. Características Generales del Archivo Maestro de Planes Complementarios	59
2. Estructura del Archivo Maestro de Planes Complementarios.....	61
3. Definición de campos del Archivo Maestro de Planes Complementarios	62
Título IV: Coberturas de los Planes de Salud	94
1. Información requerida.....	94
2. Proceso de validación de la información.....	94
3. Envío de la información a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales	94
Anexo: Estructura Computacional, Características y Definiciones del Archivo Maestro de Cobertura de los Planes de Salud.....	95
1. Estructura Computacional.....	95
2. Características Generales	95
3. Definiciones	97
Título V: Prestaciones de Salud.....	104
1. Información y periodicidad.....	104
2. Plazo de envío.....	104
3. Información sobre prestaciones de salud Bonificadas y Otorgadas .	104
4. Envío de la información	105
Anexo N° 1 : Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas	106
2. Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Bonificadas	108
Anexo N° 2 : Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas	128
Anexo N° 3 Especificaciones Técnicas.....	132
Título VI: Egresos Hospitalarios	133
1. Información y periodicidad.....	133
2. Plazo de envío.....	133
Anexo N° 1 Estructura Computacional del Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios	134
Anexo N° 2 Especificaciones Técnicas.....	143
Título VII: Arancel de Prestaciones de Salud	144
1. Valorización del arancel.....	144
2. Prestaciones Adicionales	144
3. Envío del arancel	145
4. Incorporación de nuevas prestaciones en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección	145
Anexo Estructura Computacional, Características, Definiciones y Validadores Adicionales del Arancel de Prestaciones de Salud.....	146

Título VIII: Información para el control y fiscalización de las GES en el Fonasa	154
Del Control y Fiscalización de las GES.....	154
Título IX: Prestaciones del Examen de Medicina Preventiva	155
1. Información requerida.....	155
2. Envío de la información	155
Anexo: Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva.....	156
Título X: Instrucciones de envío de información sobre redes de prestadores GES.....	159
1. Información de Prestadores	159
2. Proceso de la Información.....	159
3. Mantención actualizada de la información	159
Título XI: Información para el control y fiscalización de las GES en las isapres	160
I. Precio de las Garantías Explícitas en Salud en el sistema isapre	160
II. Fiscalización de las GES en las Isapres	160
Título XII: Instrucciones sobre información estadística semanal de casos GES que deben proporcionar las isapres a la Superintendencia	371
Título XIII: Compensaciones del Fondo de Compensación Solidario	372
1. Objetivo del Fondo	372
2. Respaldo de las Operaciones	372
3. Encargados de la operación del Fondo	372
Título XIV: Composición de Cartera de Cotizantes Vigentes en Isapres Cerradas	374
Título XV: Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas e información sobre prestadores CAEC	375
1. Estructura del archivo.....	375
2. Instrucciones para el envío de información sobre prestadores CAEC a la Superintendencia y obligación de designar un representante de la isapre	393
3. Instrucciones para información sobre prestadores y beneficios CAEC a los beneficiarios	394
Título XVI: Licencias Médicas y Subsidios por incapacidad laboral.....	395
I. Estructura de registro del archivo Licencias Médicas y SIL	396
II.- Definiciones del Archivo Maestro de Licencias Médicas y SIL	398
III. Estructura de registro del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones de la isapre y Reliquidaciones	425
IV. Definiciones del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones	425
Título XVII: Estadísticas de los Reclamos deducidos ante las isapres y el Fonasa por sus cotizantes y/o beneficiarios.....	434

Anexo N° 1: Clasificación y estadísticas de reclamos en isapres	434
Título XVIII: Recursos de protección interpuestos por los beneficiarios en contra de las isapres	443
Título XIX: Excedentes de cotización	444
Anexo: Archivo Maestro “Excedentes de Cotización”	445
1. Estructura Computacional	445
2. Características Generales	446
3. Definiciones	448
4. Validadores Adicionales de Consistencia	466
Título XX: Cotizaciones de Salud	468
1 Características Generales del Archivo Maestro	468
2 Estructura del Archivo Maestro.	470
3. Definición de campos y validadores técnicos del Archivo Maestro. ...	471
Capítulo III Instrucciones de carácter económico y financiero	482
Título I: Instrucciones relativas a la Ficha Económica y Financiera de Isapre (F.E.F.I.)	482
I. Disposiciones Generales	482
II. Contenido de la Ficha Económica y Financiera de Isapre	485
III. Criterios y tratamientos contables relativos al Fondo de Compensación Solidario	542
Título II: Indicadores de Patrimonio, Liquidez y Garantía	544
I.- Indicadores a cumplir	544
II.- Información necesaria para controlar el cumplimiento de los indicadores legales	545
Anexo N° 1 (formato)	554
Anexo N° 2: Definiciones de Cuentas	560
Anexo N° 3 : Estructura Computacional Archivo Maestro Informe Financiero Complementario	563
Título III. Instrucciones relativas a la Garantía	564
1. Informe para el cálculo de la garantía	564
2.- Procedimiento para pago de obligaciones con fondos de la garantía	564
3. Detalle de las obligaciones afectas a garantía	574
4. Respaldos	582
5. Información respecto a apoderados para operar con las entidades de custodia de la garantía	582
6. Información sobre estructura y antigüedad de deuda con prestadores y beneficiarios	583
7. Envío de información diaria sobre los instrumentos que componen la garantía	590
Anexo N° 1	593

Anexo N° 2: Archivo “Informe de Instrumentos de Inversión que Conforman la Garantía de Isapres”	597
Capítulo IV Información relativa al funcionamiento de las isapres	604
Título I: Información sobre hechos relevantes	604
1. Definición de “Hecho Relevante”	604
2. Hecho relevante con carácter de reservado	604
3. Procedimiento de información de los hechos relevantes	604
4. Contenido de la comunicación sobre hechos relevantes	605
5. Plazo	605
6. Obligación de informar a la Superintendencia de Salud prohibición que afecte a alguno de sus representantes	605
Anexo: Hechos relevantes obligatorios de informar	606
Título II: Información sobre agentes de ventas	607
I. Registro de agentes de ventas	607
Anexo: Ficha de Registro	609
Título III. Información a la Superintendencia, a los empleadores y afiliados sobre las agencias, sucursales u oficinas de atención de público	610
1. Información sobre modificación de datos informados respecto a oficinas de atención de público	610
2. Cierre definitivo de sucursales, agencias u oficinas de atención de público	610
3. Suspensión de atención de público en una oficina	610
4. Cambio de dirección de una oficina	610
5. Cierre de una oficina no destinada a la atención de público	610
6. Cierre temporal de sucursales, agencias u oficinas de atención de público	610
7. Sobre los funcionarios de las isapres en las oficinas	611
Título IV: Información a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales sobre variación de precios base	612
Título V: Registros de información que deben mantener las isapres	613
I. Registros relativos a la información sensible de cotizantes y beneficiarios	613
II. Información y registros relativos a la transmisión electrónica de datos	614
III: Registros de profesionales médicos	615
IV. Registro de los reclamos deducidos por cotizantes y/o beneficiarios	618
Capítulo V Instrucciones de información relativa a los Contratos de Salud Previsional	620
Título I: Archivos que las isapres deben mantener en relación a los contratos de salud.....	620
1. Archivo de cotizantes	620

2. Archivo de negativa de cobertura	621
Título II: Información a la Superintendencia respecto a la suscripción de planes grupales sin CAEC.....	621
Título III: Información relativa al término o modificación del convenio con prestador cerrado o preferente	621
Título IV: Información sobre modificación de documentos contractuales en comercialización	621
Capítulo VI Información relativa a las cotizaciones previsionales para salud.623	
Título I: Registros que deberá mantener la isapre respecto de la declaración y pago de las cotizaciones.....	623
Título II: Información referida a cotizaciones mal enteradas que corresponden a las isapres	624
1. Definiciones	624
2. Traspaso de cotizaciones.....	624
3. Respaldos	624
Título III. Excesos de cotización Eliminado	625
1. Eliminado	625
2. Eliminado	625
Anexo N° 1.....	626
Anexo N° 2.....	626
Título IV. Excedentes de cotización	627
1. Información sobre la comisión que podrán cobrar las isapres.....	627
2. Acreditación de cesantía en el evento de destinarse excedentes al pago de cotizaciones	627
3. Información al afiliado sobre saldo disponible en cuenta de excedentes	627
4. Información sobre traspaso de los excedentes a otra isapre	628
5. Información a la Superintendencia sobre la revocación de la renuncia a los excedentes de cotización	628
Título V: Obligación de las isapres de informar a la Dirección del Trabajo sobre empleadores morosos de cotizaciones de salud	629
Anexo.....	631
Capítulo VII Información que los seguros deben proporcionar o mantener a disposición de los cotizantes, beneficiarios, empleadores, usuarios y público en general	633
Título I: Información que las isapres deben proporcionar y mantener a disposición de sus beneficiarios y del público en general	633
1. Información que las isapres deben mantener a disposición de sus beneficiarios y público en general	633
2. Medios de información	633
3. Actualización de la información	633

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	635
1. Generalidades	635
2. Información que deberá mantener a disposición de afiliados y público en general, respecto a las obligaciones emanadas de los contratos de salud	635
3. Modificaciones	635
4. Medios de información	635
Título III: Información relativa a la Selección de Prestaciones Valorizadas	636
Título IV: Información relativa a la presentación de reclamos ante las isapre y el Fonasa	637
Anexo	638
Título V: Buscador de Planes	640
1.- El Buscador de Planes: una propuesta de la Asociación de Isapres de Chile A.G.	640
2.- Generalidades	640
3.- Adhesión al Buscador de Planes	640
4.- Resguardo de los derechos de los Usuarios	641
Anexo: Buscador de Planes	642
Título VI: Instrucciones sobre límite máximo imponible	729
1. Información sobre límite máximo imponible	729
2. Información que se remite a la Superintendencia	729
Título VII: Instrucciones sobre conexión al portal web de la Superintendencia de Salud	730
Título VIII: Instrucciones sobre el servicio continuo de atención telefónica	730
1. Requisitos mínimos del servicio	730
2. Información mínima que deben entregar las isapres a través del servicio	731
3. Notificaciones a través del servicio continuo de atención telefónica	733
4. Excepciones a la obligatoriedad de contar con el servicio	733
Título IX: Normas sobre instrumentos de pago pendientes de cobro	734
1. Definición	734
2. Información sobre los instrumentos de pago que no han sido presentados a cobro	734
Capítulo VIII Instrucciones sobre las obligaciones de los prestadores de salud de proporcionar información que permita dar cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud	735
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	735

1. Obligación de los prestadores de salud de informar respecto a casos asociados a un problema de salud garantizado	735
2. Mecanismo para informar.....	735
3. Solicitud de información que formulen los aseguradores a los prestadores	736
4. Incumplimiento de los prestadores.....	736
Título II: Instrucciones sobre la página electrónica de urgencia vital o secuela funcional grave relacionada a una condición de salud garantizada explícitamente	737
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	738
I. Confección de Archivos Computacionales	738
II. Períodos de información y plazos de envío	741
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:	742
Capítulo XI Envío a las COMPIN de los antecedentes de las Licencias Médicas reducidas o rechazadas.....	743
1. Envío de la información.	743
2. Resolución COMPIN	743
3. Periodicidad.	744
4. Obligatoriedad de las Resoluciones de la COMPIN	744
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.....	755

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

Título I: Aspectos relativos a la comunicación

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

1. Transmisión y Seguridad de Datos

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

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

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

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

2. Responsables y funciones asociadas a la transferencia de información

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

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

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

3. Recepción de la Información

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

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

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

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

4. Bitácora de Recepción y Envío

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

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

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

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

Anexo: Declaración de Autorización y Responsabilidad

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

En _____ a _____ de _____ de _____,

La Entidad Aseguradora, _____

RUT N° _____ Código _____

Autoriza a:

Nombre Completo _____

Cédula de Identidad N° _____

Departamento / Subdepartamento al que pertenece _____

e- mail _____ teléfono _____

Como “Administrador de Cuenta Titular”

y a:

Nombre Completo _____

Cédula de Identidad N° _____

Departamento /Subdepartamento al que pertenece _____

e- mail _____ Teléfono _____

Como “Administrador de Cuenta Suplente”

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

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

Firma del Representante de la Aseguradora

(de puño y letra)

y Timbre de la Aseguradora.

Título II. Operación del Sistema de Transferencia de Archivos

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

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

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

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

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

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

1. Validación Contenido Experto

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

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

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

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

2. Retransmisión de Archivos

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

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

3. Solicitudes de Prórroga

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Contingencia

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

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

5. Nuevos requerimientos de información en Archivos Maestros

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

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

1. Nomenclatura en nombre de archivos

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

La nomenclatura de la nueva denominación será “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	<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 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> <p>Cabe señalar, que este archivo no contendrá información acerca de los beneficiarios del contrato.</p>

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

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	<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, el día 20 del mes siguiente al que se informa.
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.

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 ³	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

³ 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 CAMPO	DEL	DEFINICIÓN
01	Período Información	de	<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 CAMPO DEL	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)⁴ 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>

⁴ 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 ⁵	<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.

⁵ 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 particular⁶</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.

⁶ 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 CAMPO DEL	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.

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.
- 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 Isapres⁷

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	<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 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	<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 a informar en el mes del mes informado.

⁷ Título y archivo reemplazado por la Circular IF/N° 159, de 12 de octubre de 2011.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Periodicidad de envío del Archivo	Mensual, el día 20 del mes siguiente al mes que se refiere la información que se envía.
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.

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 ⁸	Alfabético

⁸ 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 CAMPO	DEL	DEFINICION
01	Periodo de Información	de	<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 Aseguradora	la	<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. Campo de ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. No debe ▪ Debe informarse siempre. Debe
04	DV del RUN de la		<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
	persona Cotizante	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si al

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<p>cotizante se le ha asignado en algún momento una identificación alternativa, este campo debe registrar valor distinto de 0 (cero).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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> <p>Debe obtenerse desde la sección B del F.U.N.</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. ▪ 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> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ informarse siempre. Debe <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"> ▪ tipo alfanumérico. Campo de ▪ informarse siempre. Debe <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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No debe utilizarse carácter separador de dígitos. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre no podrá ser mayor a la fecha de cierre de la información que se envía. ▪ En caso de beneficiario Nonato deberá informarse 01011800.
13	Fecha Fallecimiento del Cotizante	<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>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tipo alfabético. Campo de ▪ posibles: F, M, X. Valores ▪ informarse siempre. Debe <p><u>Validadores Consistencia del campo:</u></p> <p>Cuando 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"> ▪ tipo numérico. Campo de ▪ posibles: 0, 1, 2, 3 ó 4. Valores ▪ 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>

N° CAMPO	NOMBRE CAMPO	DEL	DEFINICION
			<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.
17	Comuna Cotizante	del	<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 Cotizante	del	<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</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<p>informar a la Superintendencia los valores posibles son:</p> <p>0 = Cotizante 1 = Cónyuge 2 = Padre 3 = Madre 4 = Hijo 5 = Otros 6= Conviviente Civil⁹</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.

⁹ Incorporado por Circular IF N° 250, de 2015

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICION
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3, 4. y las distintas combinaciones numéricas de las categorías definidas.
21	Estado de Vigencia ¹⁰	<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> <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.

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

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”¹¹, 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.

¹¹ Incorporado por Circular IF N° 250, de 2015

Título III: Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas

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 en enero y julio de cada año.

2. Plazo de envío

Las isapres deberán enviar la información mensual, el día 20 del mes siguiente al que se informa, con la excepción de los archivos con información correspondiente a los meses de enero y febrero, los que podrán remitirse juntos hasta el día 30 de marzo de cada año¹². (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. Especificaciones computacionales

4.1 Características de los Archivos

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

4.2 Nombre de los Archivos

Deberá utilizarse el formato “sCCCAAAMMEEE”, donde:

s	: nombre del archivo comienza con carácter “s”
ccc	: Código de la Isapre
aaaa	: Año que se informa
MM	: mes que se informa

¹² Modificado por la Circular IF/N° 149, de 11 de mayo de 2011.

EEE : Extensión que identifica el archivo, según la siguiente:

Identificación	Nombre del Archivo
011	Planes de Salud
012	Tabla de Factores

Anexo: Especificaciones Computacionales y Definiciones¹³

1. Características Generales del Archivo Maestro de Planes Complementarios

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Planes Complementarios
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 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	<p>Planes complementarios vigentes y/o en comercialización durante el mes que se informa.</p> <p>El primer envío corresponde al mes de enero de 2014.</p>

¹³ Anexo modificado por la Circular IF/N° 207, de 17 de diciembre de 2013.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información.
Periodicidad de envío del Archivo	<p>Mensual, el día 20 del mes siguiente al que se informa, con la excepción de los archivos con información correspondiente a los meses de enero y febrero, los que podrán remitirse juntos hasta el día 30 de marzo de cada año.</p> <p>Los plazos que vengán en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.</p>
Fecha de cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar los planes complementarios vigentes y/o en comercialización al último día hábil del mes que se informa.

2. Estructura del Archivo Maestro de Planes Complementarios ¹⁴

CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	PERÍODO DE LA INFORMACIÓN	Numérico
02	CÓDIGO ASEGURADORA	Numérico
03	IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL PLAN	Alfanumérico
04	NOMBRE DEL PLAN	Alfanumérico
05	IDENTIFICACIÓN DE LA LÍNEA DEL PLAN	Alfanumérico
06	FECHA INICIO PLAN	Numérico
07	GRUPO OBJETIVO	Numérico
08	GRUPO SOCIOECONÓMICO	Numérico
09	COMERCIALIZACIÓN	Alfabético
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
521	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

¹⁴ Modificado por la Circular IF/N° 205, de 5 de diciembre de 2013.

31	TOPE ANUAL	Numérico
----	------------	----------

3. Definición de campos del Archivo Maestro de Planes Complementarios

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 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</p>

		<p>plan, deberá asignarle uno que permita identificarlo de manera única¹⁵.</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> <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	Corresponde al nombre de fantasía o comercial que la isapre ha asignado el plan

¹⁵ 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>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 informa¹⁶.</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.

¹⁶ 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.

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. ▪ 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	<p>Corresponde al segmento de beneficiarios hacia el cual se encuentra orientado el plan complementario que se informa¹⁷.</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</p>

¹⁷ Existen grupos de consumidores con características comunes que buscan satisfacer de una manera parecida su necesidad de aseguramiento. Para estos distintos grupos de interés, las isapres diseñan productos que satisfagan de la mejor forma posible esas necesidades comunes.

		<p>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> <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.
08	GRUPO SOCIOECONÓMICO	<p>Corresponde al segmento socioeconómico hacia el cual está dirigido el plan complementario que se informa¹⁸.</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</p>

¹⁸ Los distintos grupos socioeconómicos presentan diferentes patrones de consumo atendidas sus diversas necesidades. Las isapres diseñan productos para cubrir de la mejor forma posible las diferentes necesidades de cada uno de estos grupos de interés.

		<p>5 = C3</p> <p>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. ▪ No se aceptan valores distintos a los especificados.
09	COMERCIALIZACIÓN	<p>Identifica si el plan complementario se está comercializando en el período informado.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>S = Si</p> <p>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. Es necesario considerar que el carácter número 13 representa a la Región Metropolitana.</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.
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</p>

		<p>los siguientes valores:</p> <p>G=Cobertura general para parto u honorarios médicos.</p> <p>P = Cobertura reducida para el parto.</p> <p>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.
14	PRESTACIONES RESTRINGIDAS	<p>Identifica las prestaciones o grupo de ellas que presentan una cobertura restringida en el plan complementario que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>1 = parto, neonatología y obstetricia.</p> <p>2 = psiquiatría y/o psicología.</p> <p>3 = cirugía bariátrica.</p> <p>4 = cirugía refractiva.</p> <p>5 = otras prestaciones restringidas.</p> <p>6 = sin prestaciones restringidas.</p> <p>En el caso que un plan presente restricciones</p>

		<p>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.
15	MODALIDAD DEL PRECIO	<p>Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el precio del plan complementario informado¹⁹.</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.

¹⁹ No considera la modalidad del precio de la CAEC cuando ésta se cobre en forma separada.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) sea mayor o igual a 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 un máximo de dos decimales.</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 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%).

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 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. ▪ 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 menor o igual a 2. ▪ 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 al año y mes en que la isapre comenzó a ajustar los contratos en virtud de la última adecuación del plan.</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).
19	TIPO DE ADECUACIÓN	<p>Indica el tipo de modificación aplicada al plan de salud en virtud de la adecuación informada en el campo 18 (Fecha de la Última Adecuación).</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, la isapre deberá considerar los siguientes valores:</p> <p>0 = sin adecuación.</p> <p>1 = adecuación del artículo 197 (precios base).</p>

		<p>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"> ▪ 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 cuando el valor del campo 11 (Tipo de Plan) es igual a G (Grupal).
20	VARIACIÓN DEL PRECIO BASE	<p>Informa la variación porcentual anual que la isapre proyectó para el precio base del plan informado, aunque pueda ejercer la opción de no aplicarla.</p> <p>La variación deberá expresarse en porcentaje, aproximando la cifra a un solo decimal y sin el signo porcentual. Si la variación es negativa debe anteponerse un signo menos.</p> <p>Las variaciones de precios deberán informarse en marzo de cada año, respecto de los planes individuales expresados en pesos y UF vigentes en enero, y deberán permanecer constantes en los sucesivos períodos hasta marzo del siguiente año cuando se informen las variaciones del nuevo ciclo anual de adecuación.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo numérico con un solo decimal. Se

		<p>debe utilizar el carácter punto como separador decimal. El punto no debe usarse como separador de miles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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). ▪ 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	<p>APLICACIÓN DE LA VARIACIÓN</p>	<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 isapre.</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 N en planes que hayan informado una variación superior a 2%, es decir, cuando el campo 20 (Variación del Precio Base) sea mayor a 2.
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 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><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. <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 final del plan de salud informado, el cual se obtiene luego de aplicar la variación y el reajuste contractual anual, cada uno en su caso, al precio base informado en el campo 16 (Precio Base).</p> <p>Debe informarse expresado en unidades de fomento con un máximo de 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

		<p>del Precio) sea igual a 3 (7%).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ó 2. ▪ Se acepta igual al Precio Base (campo 16) en caso que al plan no se le aplique variación ni el reajuste del precio base, es decir, cuando el campo 21 (Aplicación de la Variación del Precio) sea igual a N y el campo 22 (Reajuste Contractual Anual) sea igual a 0.
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 documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados, en particular, en el Archivo de Aranceles. ▪ Debe estar contenido en el Archivo de Aranceles vigente en el período al que corresponde la información. ▪ Se validará que el valor informado en este campo no varíe en el tiempo para cada uno de los planes que se informan.
26	MODALIDAD DEL	Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el arancel del plan de salud

	<p>ARANCEL</p>	<p>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.
<p>27</p>	<p>PORCENTAJE BONIFICACIÓN AMBULATORIAS</p>	<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</p>

		<p>que se asocia al prestador con el cual se obtiene la mayor bonificación. Debe informarse en porcentaje, sin decimales y sin el signo porcentual²⁰.</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 (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 porcentual²¹.</p> <p><u>Validadores Técnicos del Campo:</u></p>

²⁰ Por ejemplo, si el plan otorga cobertura de 80% a la mayoría de las prestaciones ambulatorias, en este campo deberá informarse el valor 80.

²¹ Por ejemplo, si el plan otorga cobertura de 100% a la mayoría de las prestaciones hospitalarias, en este campo deberá informarse el valor 100.

		<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> <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</p>

		<p>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	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 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. El primer envío corresponde al mes de enero de

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	2014.
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.

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 Factores²²

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</p>

²² **IMPORTANTE:** Es probable que una misma Tabla de Factores sea referenciada por uno o más Planes de Salud Complementarios.

		<p>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. ▪ 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 años²³.</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.

²³ 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 que corresponde cada beneficiario, conforme a su condición de cotizante o carga, sexo y edad, en la tabla de factores que se está informando.</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.

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.²⁴

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,²⁵ es decir, a más tardar último día hábil de los meses de marzo y septiembre, la isapre deberá enviar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales el archivo maestro regulado en este Título.

²⁴ 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.”

²⁵ Las mencionadas instrucciones se contienen en el Capítulo II de este Compendio.

Anexo: Estructura Computacional, Características y Definiciones del Archivo Maestro de Cobertura de los Planes de Salud ²⁶

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

²⁶ 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.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	Superintendencia <ul style="list-style-type: none"> ▪ AAAA: año que se informa ▪ MM: mes que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse "035"
Características del Archivo	<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 debe informarse la cobertura de libre elección, tanto ambulatoria como hospitalaria, asignada a cada una de las prestaciones contenidas en el Arancel Fonasa de Libre Elección, vigente a la fecha a que se refiere la información, para cada uno de los planes de salud individuales que la isapre tenga en comercialización, en términos de porcentaje y tope expresado en pesos, UF o veces el arancel asociado al plan en el Archivo Maestro de Planes de Salud.
Información contenida en los registros del Archivo	<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	Este archivo debe ser enviado semestralmente con la información referida al último día del mes de enero o julio, según corresponda.

3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	<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. <p>No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.</p>
02	Fecha de la información	<p>Corresponde al mes y año a que se refiere la información, es decir, enero o julio de cada año.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde:</p> <p>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. <p>Debe informarse siempre.</p>
03	Identificación única del plan	<p>Corresponde a la denominación que la Aseguradora ha otorgado al plan complementario informado, con el objeto de identificarlo de manera única.</p> <p>Campo alfanumérico, con mayúsculas, sin acentos, apóstrofes, puntos ni comas.</p> <p><u>Validadores Técnicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 plan, debe coincidir totalmente con la denominación que de él se haga en

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		todo documento, estructura de datos o informe requerido por esta Superintendencia o entregado a los afiliados. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>El código informado debe ser idéntico al utilizado por el Fonasa, aunque la isapre utilice códigos propios.</p> <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:</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 en Elección Atención Ambulatoria	Corresponde al porcentaje de bonificación para la prestación en modalidad Libre Elección y Atención Ambulatoria. <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

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		100. ■ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco.
06	Existencia de tope de bonificación para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Indica si la prestación presenta tope de bonificación en el plan de salud respectivo. Debe informarse con valores "S" o "N", según corresponda: S= Con Tope N= Sin Tope <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Campo de tipo alfabético ■ Debe informarse siempre, no se aceptan valores distintos a los indicados. <u>Validadores de Consistencia:</u> <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 Ambulatoria por cada registro. ■ Si el valor es "N", los campos de tope Libre Elección en Atención Ambulatoria deben venir en blanco o vacíos, salvo en las situaciones especiales mencionadas en "Información contenida en los registros del Archivo".
07	Tope en pesos para Libre Elección en Atención Ambulatoria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Ambulatoria está expresada en pesos, debe informar el monto en pesos establecido en el plan, en este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> <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. <u>Validador de Consistencia:</u> <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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
08	Tope en UF para Libre Elección en Atención Ambulatoria	<p>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> <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	<p>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> <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, 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	Corresponde al porcentaje de bonificación para la prestación en modalidad Libre Elección y Atención

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
	Hospitalaria	Hospitalaria. <u>Validadores Técnicos:</u> <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	Indica si la prestación presenta tope de bonificación en el plan de salud respectivo. Debe informarse con valores "S" o "N", según corresponda: S= Con Tope N= Sin Tope <u>Validadores Técnicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfabético ▪ Debe informarse siempre, no se aceptan valores distintos a los indicados. <u>Validadores de Consistencia:</u> <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 "Información contenida en los registros del Archivo".
12	Tope en pesos para Libre Elección en Atención Hospitalaria	Si la cobertura de Libre Elección para Atención Hospitalaria está expresada en pesos, debe informar el monto en pesos establecido en el plan, en este campo. <u>Validadores Técnicos:</u> <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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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 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.

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 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.

3. Información sobre prestaciones de salud Bonificadas y Otorgadas

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

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

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

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

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

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

La información que se requiere mediante los citados archivos, es complementaria entre sí, por lo que los datos contenidos en ellos deben ser consistentes. El criterio

general que deberá primar para el registro de datos en ellos es la fecha de bonificación de la o las prestaciones que se informen.

4. Envío de la información

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

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

Anexo N° 1 : Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas

1. Estructura Computacional

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CÓDIGO DE LA 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	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

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(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

2. Definiciones del Archivo Computacional de Prestaciones Bonificadas ²⁷

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. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora.
(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>No obstante lo anterior, durante el año 2007 (período de transición) la remisión de la información deberá efectuarse - como plazo máximo- el día 20 del mes siguiente al trimestre 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. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El valor deberá corresponder al mes y año en que se informa.
(03)	TIPO DE REGISTRO	<p>Corresponde a la categorización o clasificación de la prestación informada.</p>

²⁷ Validaciones modificadas por la Circular IF/N° 144, de 3 de febrero de 2011.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Los valores a emplear son los siguientes:</p> <p>1: Curativa 2: Examen de Medicina Preventiva 3: Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo 4: Control del niño sano (Recién Nacido hasta los seis años de edad)</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores posibles: 1, 2, 3, 4.
(04)	RUN BENEFICIARIO	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario - cotizante o carga – al que se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n).</p> <p>En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, 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. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 05 (Dígito verificador del beneficiario).
(05)	DV 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 caso de aquellos beneficiarios Nonatos, deberá informarse la letra X.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se validará su consistencia con el campo 04 (RUN beneficiario). Si el beneficiario es Nonato, este valor debe corresponder a X, de lo contrario se aplicará rutina del 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.
(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> <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.
(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</p>

ID	NOMBRE CAMPO	DEL	DEFINICIÓN
			<p>2: Carga</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2.
(09)	RUT PRESTADOR	DEL	<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, aún 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>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se validará su consistencia con el campo (10) Dígito verificador del Prestador.
(10)	DV PRESTADOR	DEL	<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. <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 15- 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 nuevas regiones al territorio nacional, motivo por el cual el código de</p>

ID	NOMBRE CAMPO	DEL	DEFINICIÓN
			<p>la región se modificará del 1 al 15.</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) 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. <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. ▪ Valores posibles: 1,2.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(14)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO PRINCIPAL (PAM)	<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. <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 PROGRAMA MÉDICO 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 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>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. <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.
(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. <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. <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.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(18)	CÓDIGO PRESTACIÓN ²⁸	<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.</p> <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. Por ejemplo: 01-01-029 Consulta médica oftalmológica especialista iris XX-YY-LLL Consulta médica oftalmológica especialista iris Debe informarse como: 01-01-003 Consulta médica especialista Las prestaciones relacionadas con el Examen de Medicina Preventiva (EMP) deberán informarse complementariamente en este archivo, empleando los códigos definidos de acuerdo a los “Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva” contenidos en el Anexo del Título IX “Prestaciones Examen de Medicina Preventiva” del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información o el que lo reemplace. Asimismo, 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”- o el que lo reemplace- del Título XI “Información para el control y

²⁸ Definición modificada por la Circular IF/N° 197, de 9 de agosto de 2013.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>fiscalización de las GES en Isapres”, del Capítulo II “Archivos Maestros”, del Compendio de Información.</p> <p>Por ejemplo:</p> <p>7D3 = Confirmación de Pacientes con DM Tipo 2</p> <p>25T2 = Implantación Marcapasos Unicameral VVI</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, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES. • Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES. • Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones contenidas en las GES o se trate de Prestaciones Dentales incluidas como Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). • Las Prestaciones Dentales vinculadas a un Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), deberán informarse agrupadas bajo los siguientes códigos, según corresponda: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> PRESTACIONES DENTALES DEFINIDAS COMO </div>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)</th> </tr> <tr> <th>Código</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2503001</td> <td>Obturación, diagnóstico y tratamiento para una pieza dental</td> </tr> <tr> <td>2503002</td> <td>Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales</td> </tr> <tr> <td>2503003</td> <td>Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales</td> </tr> <tr> <td>2503004</td> <td>Tratamiento de Endodoncia Incisivo, una pieza dental</td> </tr> <tr> <td>2503005</td> <td>Tratamiento de Endodoncia Pre Molar, una pieza dental</td> </tr> <tr> <td>2503006</td> <td>Tratamiento de Endodoncia Molar, una pieza dental</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES. Las Drogas inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES. Las prestaciones que, bonificadas por la isapre, no se encuentran bajo ninguna de las denominaciones anteriores, deberán ser informadas según la codificación que le hubiera asignado la propia Isapre. <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Campo de tipo alfanumérico. 	PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)		Código	Descripción	2503001	Obturación, diagnóstico y tratamiento para una pieza dental	2503002	Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales	2503003	Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales	2503004	Tratamiento de Endodoncia Incisivo, una pieza dental	2503005	Tratamiento de Endodoncia Pre Molar, una pieza dental	2503006	Tratamiento de Endodoncia Molar, una pieza dental
PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)																		
Código	Descripción																	
2503001	Obturación, diagnóstico y tratamiento para una pieza dental																	
2503002	Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales																	
2503003	Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales																	
2503004	Tratamiento de Endodoncia Incisivo, una pieza dental																	
2503005	Tratamiento de Endodoncia Pre Molar, una pieza dental																	
2503006	Tratamiento de Endodoncia Molar, una pieza dental																	
(19)	PERTENENCIA DEL CÓDIGO	<p>Indica si el código de la prestación bonificada pertenece al Arancel Fonasa, es propio de la isapre o ha sido definido especialmente por esta Superintendencia. Se utilizará la siguientes 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</p>																

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3.
(20)	COBERTURA/ FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Identifica si la prestación que se informa ha(n) sido o no cubierta (s) al beneficiario. Lo anterior, de acuerdo a los siguientes valores: validar 1: GES 2: CAEC 3: GES- CAEC 4: Plan Complementario (se excluye CAEC y GES-CAEC) 5: No bonificado 6: Otro (Ej. beneficios complementarios o especiales) Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1, 2, 3, 4, 5 y 6 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.
(21)	FECHA DE LA BONIFICACIÓN	Corresponde a la fecha (día, mes y año) de bonificación de la(s) prestación(es) que se informa(n), independientemente de la fecha en que se otorgó la prestación. Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: La fecha deberá corresponder al mismo período que se está informando mediante el campo (02) Fecha Información.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
(22)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	<p>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).</p> <p>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.</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico.
(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 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. ▪ 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 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

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>un beneficiario, por un prestador, sin que requiera, complementariamente, de prestaciones de días cama.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1, 2.
(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. <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. <p>Validadores de Consistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará que la suma de los valores de los campos

ID	NOMBRE CAMPO	DEL	DEFINICIÓN
			(27) Valor Bonificado y (28) Monto Copago, no sea superior al monto facturado.
(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>En el caso que la prestación no sea bonificable, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero).</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. <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. ✓ Se verificará que si el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es distinto de 5, 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. ▪ Si el campo (3) Tipo de Registro es igual 2, 3 ó 4, este campo debe ser igual a (0) cero.
(29)	BONIFICACIÓN RESTRINGIDA		Indica si la prestación fue bonificada una vez consumidos los topes establecidos en el plan de salud, corresponde a preexistencias declaradas (18 meses) o embarazo en curso,

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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.
(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> <p>1 = Plan con cobertura General 2 = Plan con cobertura Reducida</p> <p>Validadores Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles 1 y 2.
(31)	HORARIO DE OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	<p>Indica el horario en que fue bonificada la prestación que se informa.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, las isapres deberán usar los siguientes valores:</p> <p>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</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		requiere. Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores Posibles: 1,2 y 3.
(32)	MODALIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Identifica si la intervención quirúrgica, bonificada al beneficiario, se realizó en forma simultánea o sucesiva a otra en el mismo acto quirúrgico correspondiente. Para tales efectos se utilizará la siguiente codificación: 1 = Si 2 = No 3 = No Aplicable En caso que la prestación que se informe en el campo 18 (Código de Prestación), no corresponda a una intervención quirúrgica, se registrará el valor 3 (No Aplicable). En caso que se realice sólo una prestación de tipo quirúrgica al beneficiario, corresponderá informar en este campo valor 2. Corresponderá informar valor 1, para todas las prestaciones quirúrgicas que cumplan con la condición de haberse efectuado en forma simultánea o sucesiva, no importando, para efectos de este archivo, su orden. Con todo, se entenderá que una prestación es de tipo quirúrgica cuando tenga asociada una Sala de Procedimientos o un Pabellón Quirúrgico. Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles 1, 2 y 3. Validadores de Consistencia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con lo informado en el

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el campo (18) registra valores cuyos 2 primeros dígitos están entre 01 y 10 (Prestaciones No Quirúrgicas), en este campo se registrará valor 3 “No Aplicable”. ▪ Para los códigos cuyos dos primeros dígitos sean distintos del rango 01 al 10, entonces este campo podrá registra los valores 1 ó 2.
(33)	LEY DE URGENCIA VITAL	<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.

1. Validadores Adicionales de Consistencia²⁹

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

²⁹ Validaciones modificadas por la Circular IF/N° 144, de 3 de febrero de 2011.

- 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 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”.³⁰
- 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 bien los del Anexo N° 6 -o el que lo reemplace- del Título XI “Información para el control y fiscalización de las GES en Isapres”, del Capítulo II “Archivos Maestros” del Compendio de Información o los del Anexo del Título IX “Prestaciones Examen

³⁰ Párrafo reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016

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”, este campo deberá registrar alguno de los valores señalados en el Anexo N° 6 -o el que lo reemplace- del Título XI “Información para el control y fiscalización de las GES en Isapres”, del Capítulo II “Archivos Maestros”, del Compendio de Información o bien los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000.
- 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, salvo los contenidos en el Anexo N° 6 -o el que lo reemplace- del Título XI “Información para el control y fiscalización de las GES en Isapres”, del Capítulo II “Archivos Maestros”, del Compendio de Información
- 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.

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

Anexo N° 2 : Archivo Maestro de Prestaciones Otorgadas

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	<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 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>

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. ▪ 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, 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

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>decimal o guión.</p> <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"> ▪ 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> <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

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>de cada ciclo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 sCCCCAAAPP.XXX, donde para cada archivo se tiene lo siguiente:

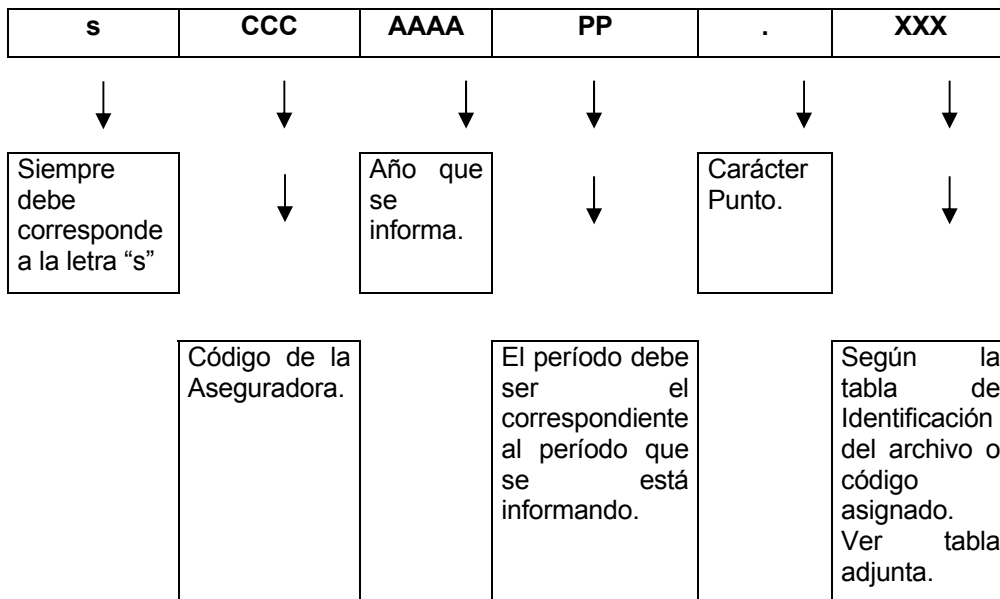


Tabla de identificación y codificación de archivos	
Archivo	Identificación del archivo
Prestaciones Bonificadas	031
Prestaciones Otorgadas	032

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 vengán 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.
(03)	RUN BENEFICIARIO	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario - cotizante</p>

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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).
(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

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
(08)	RUT DEL PRESTADOR	<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.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores de Consistencia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 09 (DV del Prestador).
(09)	DV DEL PRESTADOR	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del prestador (campo 08) aplicando la rutina denominada Módulo 11. Validadores Técnicos: <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. Validadores de Consistencia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se validará su consistencia con el campo 08 (RUT del Prestador)
(10)	COMUNA DEL PRESTADOR	Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el prestador donde se produjo el ingreso y posterior egreso de la hospitalización del beneficiario. En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). Validadores Técnicos: <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.
(11)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO (PAM)	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico asociado al egreso hospitalario que se informa. Tratándose de egresos hospitalarios asociados a varios programas médicos, se informará en este campo el folio del PAM en que se hayan registrado las prestaciones de Días Cama. Validadores Técnicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico, sin punto, coma

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

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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> <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.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		Validadores de Consistencia: <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 AL EGRESO	Indica el estado del paciente al egreso, en cuanto a su condición vital. Los valores posibles son : 1: Vivo 2: Muerto 3: Sin información Validadores Técnicos: <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.
(18)	NÚMERO DE DÍAS HOSPITALIZACIÓN	Corresponde al número de días que el beneficiario permaneció hospitalizado. 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.

ID	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		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:

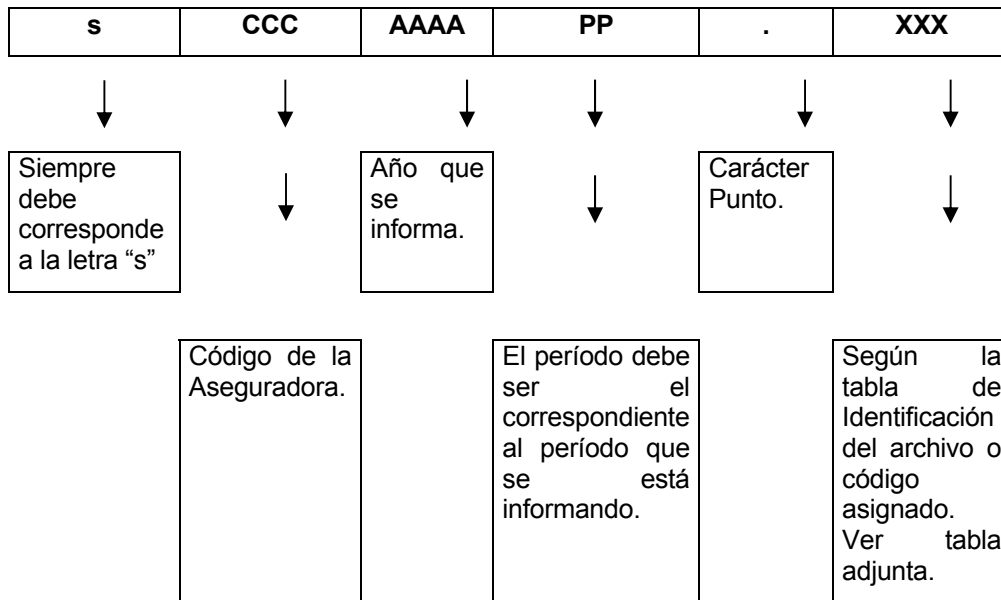


Tabla de identificación y codificación de archivos	
Archivo	Identificación del archivo
Egresos Hospitalarios	005

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.³¹

1. Valorización 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.

2. Prestaciones Adicionales³²

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 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.

³¹ Frase reemplazada por Circular IF/N° 256 de 2016.

³² Número reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

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.³³

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 isapre³⁴

La isapre no puede eliminar prestaciones de su arancel.

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

³³ Párrafo intercalado por Circular IF/N° 256 de 2016.

³⁴ Número agregado por Circular IF/N° 256 de 2016.

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

1. Estructura Computacional³⁵

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

³⁵ Recuadro reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

2. Características Generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Arancel de Prestaciones de Salud.
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 ▪ 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> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El nombre identificador del arancel informado

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		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	Corresponde al mes y año a partir del cual entra en vigencia la versión del arancel que se está informando. Para efectos de informar, se deberá utilizar el formato MMAAAA, donde: MM=mes y AAAA=año. <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. <u>Validador de Consistencia:</u> <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	Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el arancel que se informa. Debe informarse con valores 1 o 2, según corresponda, donde: 1 = UF 2 = \$ <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <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.
06 ³⁶	Código de Prestación	Corresponde al código que identifica a la prestación de salud señalada en el arancel

³⁶ Campo reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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. <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>

Nº CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		0000001 = Derecho de Pabellón 1 0000002 = Derecho de Pabellón 2 0000014 = Derecho de Pabellón 14. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfanumérico. • Debe informarse siempre. <u>Validador de Consistencia con otros archivos:</u> <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 ³⁷	
09	Derecho de Pabellón	Corresponde al pabellón que tiene asociado el código de la prestación que se informa en el campo 06 (Código de Prestación). Si la prestación informada no considera derecho de pabellón o sala de procedimiento, este campo debe informarse con valor cero. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. <u>Validador de Consistencia con otros campos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa, sólo se aceptarán valores entre 1 y 14.
10	Denominación de la Prestación	Corresponde a la glosa que se encuentra asociada al código de la prestación que se informa. Para prestaciones contenidas en el Arancel del Fonasa, la denominación de la prestación que se informe debe corresponder a la indicada en dicho arancel.

³⁷ Campos eliminados por Circular IF/Nº 256 de 2016.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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 ³⁸	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> <p>Para las prestaciones incluidas en el Arancel del Fonasa, sólo se aceptará el valor 1.</p>
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

³⁸ Campo reemplazado por Circular IF/N° 256 de 2016.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>expresado en pesos, el valor de la prestación debe informarse sin puntos o comas (cifra entera).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Fonasa³⁹

Del Control y Fiscalización de las GES

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 facilitar a esta Superintendencia, el acceso y obtención de la información que comprende el Sistema de Gestión Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) donde se registran 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 Fonsa 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.

Finalmente, el Fondo Nacional de Salud deberá designar uno o más encargados -de corresponder- relacionados con la administración del SIGGES y el repositorio Data- Mart, a modo de efectuar las consultas del caso, si ello fuese necesario.

³⁹ Título modificado por la Circular IF/N° 268, de 17 de junio de 2016.

Título IX: Prestaciones del Examen de Medicina Preventiva^{40 41}

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.

⁴⁰ 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.

⁴¹ Modificado por la Circular IF/N° 187, de 2 de mayo de 2013.

Anexo: Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva⁴²

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 de infección por VIH en sangre, previa información sobre la prevención y tratamiento del VIH y con consejería post test	0306369
	Sífilis, Prevención en Embarazadas	VDRL o RPR en sangre	0306342
	Infección Urinaria, Prevención en Embarazadas	Urocultivo	0306311
	Sobrepeso y Obesidad, Prevención en Embarazadas	Medición de peso y talla	0108124
	Hipertensión Arterial, Prevención en Embarazadas	Medición estandarizada de Presión Arterial	0108112
	Bebedor Problema, Prevención en Embarazadas	Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el uso de Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada	0108111
	Tabaquismo, Prevención en Embarazadas	Aplicación del instrumento Estrategia 5A's	0108113
Recién Nacidos	Fenilcetonuria, Prevención en Recién Nacidos	Determinación de Fenilalanina en sangre	0302336
	Hipotiroidismo Congénito, Prevención en Recién Nacidos	TSH en sangre	0303324
	Displasia del desarrollo de caderas, Prevención en	Maniobra de Ortolani	0108106

⁴² Modificado por la Circular IF/N° 187, de 2 de mayo de 2013.

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

GRUPOS ETARIOS Y CICLO VITAL	PROBLEMA DE SALUD A PREVENIR	DESCRIPCIÓN EXAMEN	CÓDIGO EXAMEN
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 prestadores 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.

1. Información de Prestadores

Cada isapre deberá informar los prestadores referidos accediendo a la aplicación informática denominada “Información de Prestadores Convenidos”, contenida en la red privada “extranet” de la Superintendencia de Salud, para cuyo acceso deberá utilizar el nombre de usuario y la clave asignada a cada isapre.

La información deberá enviarse en conformidad a la estructura y contenido del “Manual de ayuda Sistema de Prestadores Convenidos”, publicado en el portal institucional.

2. Proceso de la Información

Con la finalidad de contribuir a la calidad de la información que deberá proporcionarse, cada isapre deberá ajustarse a la información solicitada en cada campo de la aplicación computacional denominada “Información de Prestadores Convenidos”.

Una vez recibida la información en el portal institucional, este Organismo aplicará los controles que estime procedentes y representará las inconsistencias y/o errores para su regularización, no obstante la aplicación de las sanciones que procedan.

3. Mantención actualizada de la información

Las isapres deberán mantener actualizada la aplicación informática denominada “Información de Prestadores Convenidos” contenida en la red Extranet de la Superintendencia de Salud, ingresando, modificando o eliminando el convenio con el prestador respectivo, a más tardar, el día hábil anterior a aquél en que entre en vigencia la respectiva modificación, de acuerdo a las instrucciones pertinentes contenidas en el Anexo Técnico, denominado “Manual de ayuda Sistema de Prestadores Convenidos”, publicado en el portal institucional.

En el caso de los prestadores convenidos para el otorgamiento de las prestaciones con Garantías Explícitas en Salud (GES), la información remitida deberá corresponder a las prestaciones definidas en el Decreto Supremo que establece las garantías vigentes a la fecha que se informa.

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

1. Información a los beneficiarios y las beneficiarias

Las isapres deberán disponer de todas las medidas de difusión que estén a su alcance para informar correcta y oportunamente a sus beneficiarios y beneficiarias sobre la incorporación de nuevas condiciones de salud (cada vez que se modifique el decreto supremo vigente sobre la materia), los procedimientos definidos para acceder a los beneficios de la Ley N° 19.966 y el precio que cobrarán por las GES.

2. Información a la Intendencia de Fondos

Las isapres deberán informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud las medidas de difusión y medios que utilizará para dar cumplimiento a las instrucciones sobre información a las personas beneficiarias acerca de las Condiciones de Salud Garantizadas, el Examen de Medicina Preventiva y metas de cobertura, los procedimientos definidos para acceder a los beneficios de la Ley N° 19.966, el plazo excepcional para desahuciar el contrato a que se refiere el artículo 209 del DFL N° 1 y las redes convenidas para el otorgamiento de las prestaciones GES.

Dichas medidas podrán consistir en la designación de un área o persona encargada de supervigilar el cumplimiento de las garantías establecidas en la ley, la elaboración de afiches informativos, avisos en medios de comunicación social, call center preparado para dar respuesta a consultas referidas a esta materia, coordinación con los prestadores de la red para entregar información, sitios web institucionales, información en sucursales u otras medidas con el fin antes señalado.

II. Fiscalización de las GES en las Isapres⁴³

Las Instituciones de Salud Previsional deberán confeccionar Archivos Maestros, en conformidad a los criterios definidos por esta Superintendencia, como mecanismo 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

En atención al alcance definido, se requerirá la confección de los archivos que se mencionan a continuación, con la finalidad de propender al mejoramiento y confiabilidad de la información que sirve de base para el análisis, control y fiscalización que esta Superintendencia debe realizar en virtud de la citada Ley N°19.966.

⁴³ Número modificado por la Circular IF/N° 193, de 22 de febrero de 2013.

Las 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 les asigna en cuanto a las Garantías Explícitas en Salud. Asimismo, deberán estar en condiciones de entregar antecedentes de respaldo que acrediten los datos que se informan.

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

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

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

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

- .1.3. **Detalle de Casos GES para Garantía de Protección Financiera e información relativa a la Garantía de Calidad.** ⁴⁴

Contiene el detalle de las prestaciones o grupo de prestaciones derivadas de un problema de salud garantizado y su respectivo copago, hayan sido cubiertas o no por las GES.

Del mismo modo, este archivo incluye información concerniente a los Prestadores Institucionales que otorgan las prestaciones incluidas en las Garantías Explícitas en Salud, permitiendo establecer la identificación del Prestador Individual, su pertenencia a la Red de Prestadores GES, el número de registro de acreditación -de encontrarse registrado- entre otros antecedentes.

Este archivo contendrá los datos del mes que se informa y su envío será mensual.

2. Llenado de los archivos

⁴⁴ Modificado por la Circular IF/N°231, de 06 de octubre de 2014

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.

Se debe señalar además, que estos archivos consideran la posibilidad de informar casos especiales como por ejemplo, los previstos en el artículo 18 del Decreto Supremo N°4 de los Ministerios de Salud y Hacienda, de 2013, esto es, representar aquellas situaciones en que los beneficiarios a la fecha de vigencia del referido decreto, se encuentren recibiendo prestaciones en conformidad al Decreto Supremo N°1 de 2010.

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.

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 sCCCCAAAAMM.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 (anteriores al 1° de julio de 2013).</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. N°1/2010 a la fecha de vigencia del D.S N°4/2013-situación considerada en el artículo 18 del referido Decreto N°4.</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.

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.
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>

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 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. <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).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
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 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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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> <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).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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> <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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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> <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</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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 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> <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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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>La excepción a lo anterior la constituyen los problemas de salud relacionados con la Prematurez, para los cuales se deberá utilizar la siguiente codificación:</p> <p>241 = Prevención del Parto Prematuro 242 = Retinopatía del Prematuro 243 = Displasia Broncopulmonar del Prematuro 244 = Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro</p> <p>Estos valores se incluyen en el Anexo N°4 de esta Circular.</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. ▪ 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</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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 afin.</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 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>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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 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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
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 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>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>1 = Patología o problema de salud del beneficiario no incluido en las GES.</p> <p>2 = El Tipo de Intervención Sanitaria, Prestación o Grupo de Prestaciones que el beneficiario requiere no está(n) garantizada(s).</p> <p>3 = Beneficiario no cumple condiciones definidas en la Garantía de Acceso del problema de salud por el cual solicita las GES.</p> <p>4 = Beneficiario no cumple criterios de inclusión específicos del problema de salud por el cual solicita las GES.</p> <p>5 = El solicitante no completó la entrega de documentos y/o antecedentes requeridos para la evaluación de la solicitud.</p> <p>6 = Otra causal.</p> <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> <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>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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 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</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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") 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).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
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 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>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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> <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”).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
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 en los casos en que la aseguradora ha resuelto 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 Beneficiario) registra valor "R", este campo deberá informarse con valor 1, 2 ó 3. ▪ Si el campo 30 registra valor "A", "P" o "X", este campo deberá informarse con valor 0 (cero). ▪ Si el campo 22 (Resolución de la Aseguradora) registra valor "R", este campo deberá informarse con valor 0 (cero).
32	Identificación Única GES	<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>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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> <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</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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). ▪ 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>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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> <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</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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.
36	Causal de Cierre del Caso GES ⁴⁵	<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).⁴⁶</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>

⁴⁵ Modificado por la Circular IF/N°231, de 06 de octubre de 2014

⁴⁶ Decreto 45 del MINSAL, fecha promulgación: 26.07.2013; fecha publicación 22.11.2013

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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

- 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 período 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

1. Estructura Computacional

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

2. Características Generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Detalle de Casos GES para Garantía de Oportunidad

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
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 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	<p>Las prestaciones, grupos de prestaciones o eventos administrativos que hayan sido efectivamente otorgados a un beneficiario y que sean hitos que marcan el inicio o término del plazo establecido en alguna de las garantías de oportunidad asociadas al problema de salud por el cual el beneficiario se atiende. Las garantías de oportunidad sobre las cuales se requiere para este archivo que el asegurador informe los hitos y sus fechas y horas de otorgamiento, se circunscriben a las identificadas en el Anexo N° 5.</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</p>

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	<p>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 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 de aquellas Solicitudes de Acceso a las GES</u> 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.</p>

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

3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	<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 o 5A si correspondiere.</u></p> <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>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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”.
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”</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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. ▪ 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	Corresponde a la codificación asignada a los sucesos referidos

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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> <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>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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. <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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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> <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>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<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 E INFORMACIÓN RELATIVA A LA GARANTÍA DE CALIDAD ⁴⁷

1. Estructura Computacional

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Período de información	Numérico
03	Identificación Única GES	Alfanumérico
04	Problema de Salud	Numérico
05	Tipo de Intervención Sanitaria	Alfabético
06	Código Grupo de Prestaciones GES	Numérico
07	Código de Prestación Unitaria	Alfanumérico
08	Tipo de Bonificación	Numérico
09	Copago de la prestación	Numérico
10	Forma de enterar el copago	Numérico
11	Número de Bono de Atención o Documento Comprobante de Ingreso	Alfanumérico
12	Número de Reembolso	Alfanumérico
13	Fecha Emisión del Bono/Reembolso/ o Documento Comprobante de Ingreso	Numérico
14	Fecha Inicio Periodicidad del Grupo de Prestaciones	Numérico
15	Fecha Término Periodicidad del Grupo de Prestaciones	Numérico
16	Frecuencia de la Prestación Unitaria	Numérico
17	RUT Prestador Institucional	Numérico
18	DV del RUT del Prestador Institucional	Alfanumérico
19	N° de Registro del Prestador Acreditado	Alfanumérico
20	Nombre del Prestador Institucional	Alfabético
21	Comuna del Prestador Institucional	Numérico
22	Región del Prestador Institucional	Numérico
23	Condición de otorgamiento de la prestación	Numérico

⁴⁷ Parte del archivo modificado por la Circular IF/N°231, de 06 de octubre de 2014

24	Pertenencia del Prestador Institucional a la Red GES	Alfabético
25	Tipo de Prestador Institucional	Numérico
26	RUT Prestador Individual	Numérico
27	DV del RUT del Prestador Individual	Alfanumérico

2. Características Generales

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Detalle de Casos GES para Garantía de Protección Financiera e información relativa a la Garantía de Calidad.
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 "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	<p>Contendrá:</p> <p>-Las prestaciones y/o grupos de prestaciones derivados de un problema de salud garantizado y sus respectivos copagos. Por cada prestación o grupo de prestaciones deberá indicarse, entre otros, el tipo de bonificación otorgada por la aseguradora (GES, GES-CAEC, Plan Complementario o No Bonificado), el copago efectuado por la persona beneficiaria y el documento vinculado al mismo (bono, reembolso u otro), y las respectivas fechas asociadas a éste.</p> <p>-Información sobre Prestadores Institucionales que otorgan las prestaciones incluidas en las Garantías Explícitas en Salud, permitiendo establecer la identificación del Prestador Individual, su pertenencia a la Red de Prestadores GES, el número de registro de acreditación, entre otros antecedentes, por cada prestación que se informa.</p>
Información contenida en los	Cada registro del Archivo corresponderá a una

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
registros del Archivo	prestación o un grupo de prestaciones derivado de un problema de salud garantizado en asociación con el prestador que la otorga.
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 contemplados en el artículo 18 del D.S. N°4/2013 como situación especial, así como también aquellos casos cuya información fue recibida extemporáneamente por la isapre.
Tipo de Archivo	Este archivo contendrá únicamente los datos del mes al cual se refiera la información. Excepcionalmente se podrán agregar datos de períodos anteriores al que corresponde enviar, siempre que no hubieran sido remitidos anteriormente a la Superintendencia.
Periodicidad de envío	Mensual

3. Definiciones

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	<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 de prestaciones o grupos de prestaciones del mes al cual se refiera la información. Excepcionalmente se podrán agregar datos de períodos anteriores al que corresponde enviar como por ejemplo, los provenientes de casos relacionados con la situación especial contemplada en el artículo 18 del D.S. N°4/2013- siempre que no hubieran sido remitidos anteriormente a la Superintendencia. En cualquiera de estos casos el valor que se informe en este campo será el mismo para todo el archivo.</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 un caso GES.</p> <p>Corresponderá registrar las identificaciones asociadas a solicitudes de acceso aprobadas</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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	<p>Se refiere a la codificación de la etapa diagnóstico, tratamiento o seguimiento, asociada al código del grupo de prestaciones que se informa.</p> <p>En caso que el registro se refiera a una prestación no cubierta por las GES, 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 (Tipo de Bonificación) registra valor 3 al 5, este campo deberá registrar "X".
06	Código Grupo de Prestaciones GES	<p>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 en el D.S. N°1/2010 para informar -si correspondiere- situaciones especiales o de excepción como por ejemplo, la señalada en el artículo 18 del D.S. N°4/2013.</p> <p>En caso que el registro se refiera a una</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>prestación no cubierta por las GES, corresponderá informar 0 (cero).</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° 6. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 08 (Tipo de Bonificación) registra valor 3 al 5, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
07	Código de Prestación Unitaria	<p>Se refiere a la codificación de la prestación unitaria que se informa, derivada de un problema de salud garantizado.</p> <p>La aseguradora deberá tener las siguientes consideraciones a efectos de informar a esta Superintendencia:</p> <p style="padding-left: 40px;">Prestaciones Garantizadas</p> <p>En el caso de las prestaciones garantizadas, la aseguradora informará en este campo aquellas prestaciones unitarias que poseen codificación en 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, utilizando la codificación que éste tiene.</p> <p>Adicionalmente la aseguradora considerará los siguientes criterios, respecto de aquellas prestaciones garantizadas, que no registren codificación en el citado documento:</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

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>5000000.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>De verificarse casos en rezago correspondientes al D.S. N°1/2010, cuyos grupos de prestaciones tengan periodicidad por control, se deberán detallar las prestaciones unitarias por las que la persona beneficiaria ha efectuado copago.</p>
		<p>Prestaciones No Garantizadas</p> <p>Las prestaciones que no estén cubiertas por las GES (GES-CAEC, Plan Complementario, No Bonificadas) se informarán según la codificación del Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección (MLE) que se encuentre vigente a la fecha de la bonificación. En caso que dichas prestaciones no se encuentren codificadas en este arancel, se utilizará la codificación que le hubiera asignado la aseguradora.</p> <p>Si el registro se refiere a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto" del campo 10 de este Anexo), corresponderá informar en este campo un 0 (cero).</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Debe informarse siempre.
08	Tipo de Bonificación	Identifica si la prestación o grupo de prestaciones que se informa ha sido o no cubierta al beneficiario. En caso que haya sido cubierta,

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>indica qué tipo de bonificación le fue aplicada.</p> <p>Para efectos de informar a esta Superintendencia se utilizarán los valores definidos para el mismo campo en el Archivo de Prestaciones Bonificadas, a excepción de los códigos 2 y 6 que no tienen relación con este archivo:</p> <p>1: GES 3: GES- CAEC 4: Plan Complementario (se excluye CAEC y GES CAEC) 5: No bonificado</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valores posibles: 1, 3, 4 y 5. • Debe informarse siempre.
09	Copago de la prestación	<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.

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.
10	Forma de enterar el copago	<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> <ul style="list-style-type: none"> • 1: "Único". Corresponderá registrar este valor cuando la aseguradora recaude el copago por medio de un único bono o reembolso por el Grupo de Prestaciones, que se informa. • 2: "Parcial". Se registrará este valor cuando la aseguradora recaude el copago del Grupo de Prestaciones que se informa, emitiendo más de un bono o reembolso. De igual manera, corresponderá registrar este valor si la

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>aseguradora emite varios bonos o reembolsos por un grupo de prestaciones, recaudando de una sola vez el copago definido para dicho grupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>En caso que el registro se refiera a una prestación no cubierta por las GES, corresponderá informar 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 y 3. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 08 (Tipo de Bonificación) registra valor 1, entonces corresponderá informar en éste campo los valores 1, 2 ó 3. • Si el campo 08 registra valores entre el 3 al 5, este campo deberá contener valor 0 (cero).
11	Número de Bono de Atención o Documento Comprobante de Ingreso	<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>Si el registro que se informa se refiere a una prestación unitaria que no fue bonificada por la aseguradora, y ésta la registra sin emitir un bono u otro documento comprobante de ingreso, en este campo deberá registrarse valor 0 (cero). Si por el contrario, la aseguradora emite un bono u otro documento comprobante de ingreso, en este campo deberá informar el folio que le asigne a dicho documento.</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. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 12 (Número de Reembolso) registra valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar un 0 (cero). • Si el campo 12 registra valor 0 (cero) y el campo 08 (Tipo de Bonificación) registra valor distinto de 5, este campo deberá contener valor distinto de 0 (cero).
12	Número de Reembolso	<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> <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>Si el registro que se informa se refiere a una prestación unitaria que no fue bonificada por la aseguradora, en este campo deberá registrarse valor 0 (cero).</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 campo 11 (Número de Bono de Atención o Documento Comprobante de Ingreso) registra valor distinto de 0 (cero), este campo deberá registrar un 0 (cero). • Si el campo 11 registra valor 0 (cero) y el campo 08 (Tipo de Bonificación) registra valor distinto de 5, este campo deberá contener valor distinto de 0 (cero).
13	Fecha Emisión del Bono/Reembolso/Documento Comprobante de Ingreso	<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</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Superintendencia se deberá utilizar el formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año.</p> <p>Si el registro que se informa se refiere a una prestación unitaria que no fue bonificada por la aseguradora y ésta la registra sin emitir un bono, reembolso u otro documento, en este campo deberá registrarse valor 01011800 (cero). Si por el contrario, la aseguradora emite un bono, reembolso u otro documento, en este campo deberá informar la fecha de su emisión.</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"> • Se validará su consistencia con el campo 02 (Fecha de Información), en cuanto a los dígitos correspondientes a MM y AAAA. Los correspondientes a este campo no podrán ser mayores a lo informado en el campo 02. • Si el campo 08 (Tipo de Bonificación) registra valor 5, el campo 11 (Número de Bono de Atención o Documento Comprobante de Ingreso) registra valor 0 (cero) y el campo 12 (Número de Reembolso) registra valor 0 (cero), este campo deberá registrar un 01011800.
14	Fecha Inicio Periodicidad del Grupo de Prestaciones	<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 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 campo son parte de un mismo grupo de prestaciones.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Si el grupo de prestaciones que se informa posee periodicidad “cada vez”, o si el registro se refiere a una prestación no cubierta por las GES, se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo.</p> <p>De verificarse casos en rezago correspondientes al D.S. N°1/2010, cuyos grupos de prestaciones poseen periodicidad por control se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo.</p> <p>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><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 los casos en que el valor de este campo sea distinto a 01011800, deberá ser mayor a 01072005. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 08 (Tipo de Bonificación) registra valores entre el 3 al 5, este campo deberá contener valor 01011800 (cero).
15	Fecha Término Periodicidad del Grupo de Prestaciones	<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.

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 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 “cada vez”, o si el registro se refiere a una prestación no cubierta por las GES, se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo. <p>De verificarse casos en rezago correspondientes al D.S. N°1/2010, cuyos grupos de prestaciones poseen periodicidad por control se deberá registrar el valor 01011800 (cero) en este campo</p> <p>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><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 los casos en que el valor de este campo sea distinto a 01011800, deberá ser mayor a 01072005. • Debe informarse siempre <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 08 (Tipo de Bonificación) registra valores entre el 3 al 5, este campo deberá contener valor 01011800 (cero).

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
16	Frecuencia de la Prestación Unitaria	<p>Corresponde al número de prestaciones o grupos de prestaciones asociado al registro informado.</p> <p>En caso que el registro se refiera a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar en este campo un 0 (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. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se validará su consistencia con el campo 07 (Código de Prestación Unitaria) y el campo 10 (Forma de enterar el copago). Si el campo 07 registra valor 0 (cero) y el campo 10 registra valor 3, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
17	RUT Prestador Institucional	<p>Corresponde al RUT del Prestador Institucional* asociado a la prestación o grupo de prestaciones que se informa.</p> <p>* Incluye las sociedades médicas</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 un 0 (cero).</p> <p>Asimismo, si el registro se refiera a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar en este campo un 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 Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se validará su consistencia con el campo 07 (Código de Prestación Unitaria) y el campo 10 (Forma de enterar el copago). Si el campo 07 registra valor 0 (cero) y el campo 10 registra valor 3, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
18	DV del RUT del Prestador Institucional	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador Institucional (campo 17) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</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 el valor "X".</p> <p>Asimismo, en caso que el registro se refiera a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar 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 Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se validará su consistencia con el campo 17 (RUT Prestador Institucional). Si el campo 17 registra valor distinto de 0 (cero), se validará este campo por medio de la rutina Módulo 11. • En caso que el campo 17 presente valor 0 (cero), este campo deberá registrar valor "X".
19	N° de Registro del Prestador Acreditado	Corresponde al identificador que la Superintendencia de Salud asignó al Prestador

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Institucional como resultado del proceso de acreditación.</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 un 0 (cero).</p> <p>Asimismo, si el prestador no se encuentra acreditado o si el registro del archivo maestro se refiere a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), deberá informarse valor 0 (cero).</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"> • Se validará su consistencia con los registros de la Superintendencia para el prestador que se informa en el campo 17 (RUT Prestador Institucional). • Si en el campo 17 se informa valor 0 (cero), este campo deberá registrar el mismo valor. • Se validará su consistencia con el campo 07 (Código de Prestación Unitaria) y el campo 10 (Forma de enterar el copago). Si el campo 07 registra valor 0 (cero) y el campo 10 registra valor 3, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
20	Nombre del Prestador Institucional	<p>Corresponde al nombre o razón social asociada al RUT del Prestador Institucional 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>En caso que la prestación o grupo de prestaciones no esté asociada a un Prestador Institucional (es decir, sólo a un Prestador</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>Individual), deberá consignarse en este campo "No Aplica".</p> <p>Asimismo, si el registro se refiere a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar en este campo "No Aplica".</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"> • Se validará su consistencia con el campo 17 (RUT Prestador Institucional). Si el campo 17 registra valor 0 (cero), este campo deberá registrar "No Aplica".
21	Comuna del Prestador Institucional	<p>Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el Prestador Institucional asociado a la prestación o grupo de prestaciones 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 un 0 (cero).</p> <p>Asimismo, si la aseguradora no cuenta con este dato o el registro del archivo maestro se refiere a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), 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 Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 17 (RUT Prestador Institucional)

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>registra valor 0 (cero), este campo deberá registrar el mismo valor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 17 registra valor distinto de 0 (cero), se validará que la comuna pertenezca a la región informada en el campo 22 (Región del Prestador Institucional).
22	Región del Prestador Institucional	<p>Corresponde al código de la región en que se encuentra el Prestador Institucional asociado a la prestación o grupo de prestaciones 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 un 0 (cero).</p> <p>Asimismo, si la aseguradora no cuenta con este dato o el registro del archivo maestro se refiera a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), 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 Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el campo 17 (RUT Prestador Institucional) registra valor 0 (cero), este campo deberá registrar el mismo valor.
23	Condición de otorgamiento de la prestación	<p>Identifica si la prestación o grupo de prestaciones que se informa fue otorgado al beneficiario en el contexto de una atención médica que implique riesgo vital o secuela funcional grave (urgencia o emergencia).</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia, la aseguradora deberá usar los siguientes valores:</p> <p>0: No aplica</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>1: Urgencia Vital fuera de la red 2: Urgencia Vital dentro de la red 3: No Urgencia Vital</p> <p>En caso que el registro se refiera a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar en este campo el valor 0 ("No Aplica").</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valores Posibles: 0, 1, 2 y 3. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se validará su consistencia con el campo 07 (Código de Prestación Unitaria) y el campo 10 (Forma de enterar el copago). Si el campo 07 registra valor 0 (cero) y el campo 10 registra valor 3, este campo deberá registrar valor 0 (cero).
24	Pertenencia del Prestador Institucional a la Red GES	<p>Indica si el Prestador Institucional asociado a la prestación o grupo de prestaciones que se informa, pertenece o no a la Red GES informada a la Superintendencia de Salud.</p> <p>Deberá informarse "S" si el prestador pertenece a la red y "N" cuando no sea parte de la red.</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 una "X" ("No Aplica").</p> <p>Asimismo, si el registro se refiere a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar en este campo el valor "X" ("No Aplica").</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo alfabético.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> • Valores Posibles: S, N, X. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se validará su consistencia con el campo 07 (Código de Prestación Unitaria) y el campo 10 (Forma de enterar el copago). Si el campo 07 registra valor 0 (cero) y el campo 10 registra valor 3, este campo deberá registrar valor "X" (No Aplica).
25	Tipo de Prestador Institucional	<p>Identifica la característica del Prestador Institucional que otorgó u otorgará las atenciones de salud que se informan, en cuanto a si pertenece al Sistema Público de Salud o al Sistema Privado.</p> <p>Para efectos de informar a la Superintendencia se deberán usar los siguientes valores:</p> <p>0: No Aplica</p> <p>1: Prestador Institucional perteneciente al Sistema Público de Salud</p> <p>2: Prestador Institucional perteneciente al Sistema Privado de Salud</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 un 0 (cero).</p> <p>Asimismo, si el registro se refiere a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar en este campo el valor 0 ("No Aplica").</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de tipo numérico. • Valores Posibles: 0, 1 ó 2. • Debe informarse siempre. <p><u>Validadores Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se validará su consistencia con el campo 07 (Código de Prestación Unitaria) y el campo

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>10 (Forma de enterar el copago). Si el campo 07 registra valor 0 (cero) y el campo 10 registra valor 3, este campo deberá registrar valor 0 (cero).</p>
26	RUT Prestador Individual ⁴⁸	<p>Corresponde al RUT del Prestador individual que otorgó u otorgará la prestación o grupo de prestaciones que se informa.</p> <p>Si se tratase del otorgamiento de prestaciones tales como exámenes de laboratorios, diálisis, imágenes, biopsias u otro tipo de procedimientos, se deberá informar en este campo, el RUT del profesional responsable del informe del procedimiento médico.</p> <p>En caso que el registro informado se refiera a prestaciones o grupos de prestaciones no asociadas a un Prestador Individual (Ej: medicamentos, insumos, materiales clínicos, día cama, derecho de pabellón, etc.), deberá informarse el valor 0 (cero).</p> <p>Asimismo, en caso que el registro se refiera a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar en este campo un 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"> • Se validará su consistencia con el campo 07 (Código de Prestación Unitaria) y el campo 10 (Forma de enterar el copago). Si el campo 07 registra valor 0 (cero) y el campo 10 registra valor 3, este campo deberá registrar valor 0 (cero).

⁴⁸ Definición reemplazada por la Circular IF/N° 198, de 13 de agosto de 2013.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
27	DV del RUT del Prestador Individual	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador individual (campo 26) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p>En caso que el registro informado se refiera a prestaciones o grupos de prestaciones no asociadas a un Prestador Individual (Ej: medicamentos, insumos, materiales clínicos, etc.), deberá informarse el valor "X".</p> <p>Asimismo, en caso que el registro se refiera a un documento por medio del cual se recauda el copago, <u>distinto de bono de atención o reembolso</u> (Forma de enterar el copago "Mixto"), corresponderá informar 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 Consistencia con otros campos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se validará su consistencia con el campo 26 (RUT Prestador Individual). Si el campo 26 registra valor distinto de 0 (cero), se validará este campo por medio de la rutina Módulo 11. En caso que el campo 26 presente valor 0 (cero), este campo deberá registrar valor X.

4. Validadores Adicionales de Consistencia

Consistencia General del Archivo

- Cada registro del archivo se referirá a una prestación asociada a la Identificación Única GES que se informa.

Se entenderá por prestación la combinación entre:

- Los campos 04, 05, 06, 07 y 11 (Problema de Salud, Tipo de Intervención Sanitaria, Código Grupo de Prestaciones GES, Código de Prestación Unitaria y N° de Bono de Atención o Documento Comprobante de Ingreso, respectivamente), o

- Los campos 04, 05, 06, 07 y 12 (Problema de Salud, Tipo de Intervención Sanitaria, Código Grupo de Prestaciones GES, Código de Prestación Unitaria y N° de Reembolso, respectivamente).

Esta definición se aplicará sobre los registros que consignen valores distintos de 5 para el campo 08 (Tipo de Bonificación).

- Para cada registro del archivo que se refiera a prestaciones garantizadas, es decir, en que el campo 08 (Tipo de Bonificación) tiene valor 1, se validará la consistencia entre los campos 04, 05 y 06 (Problema de Salud, Tipo de Intervención Sanitaria y Grupo de Prestaciones GES), según lo definido en el Anexo N° 6 .
- Para un mismo grupo de prestaciones asociado a una Identificación Única GES, el campo 10 (Forma de enterar el copago) tendrá el mismo valor para todos los registros asociados a éste.
- Para un mismo grupo de prestaciones se verificará que los campos 09, 11 y 13 (Copago de la Prestación, Número de Bono de Atención o Documento Comprobante de Ingreso y Fecha Emisión del Bono/Reembolso/Documento Comprobante de Ingreso) ó 09, 12 y 13 (Copago de la Prestación, Número de Reembolso y Fecha Emisión del Bono/Reembolso/Documento Comprobante de Ingreso) contengan los mismos valores para cada registro, si el cobro del copago se realiza en un único bono, es decir si el campo 10 (Forma de enterar el copago) registra valor 1.
- Para cada grupo de prestaciones que se informa se verificará el valor del campo 14 (Fecha Inicio Periodicidad del Grupo de Prestaciones) con la periodicidad definida en el Decreto Supremo que rige las GES y que se encuentre vigente y las excepciones indicadas en la normativa de la Superintendencia. Así, si el grupo de prestaciones posee periodicidad “por control” o “cada vez”, este campo deberá registrar valor 01011800, y si el grupo de prestaciones posee una periodicidad diferente a las mencionadas, se deberá registrar un valor distinto a 01011800. Lo anterior, únicamente para prestaciones bonificadas a partir del 01 de julio de 2010.
- Para cada grupo de prestaciones que se informa se verificará la información del campo 15 (Fecha Término Periodicidad del Grupo de Prestaciones) con la periodicidad definida en el Decreto Supremo que rige las GES y que se encuentre vigente
- Para cada grupo de prestaciones que se informa se verificará la información del campo 15 (Fecha Término Periodicidad del Grupo de Prestaciones) con la periodicidad definida en el Decreto Supremo que rige las GES y que se encuentre vigente. Así, si por ejemplo el grupo de prestaciones posee periodicidad “mensual”, “por tratamiento trimestral”, “anual” y “por ciclo”, se deberá registrar un valor distinto a 01011800, y si el grupo de prestaciones posee periodicidad “cada vez”, o excepcionalmente “por control”, este campo deberá registrar valor 01011800. Lo anterior, únicamente para prestaciones bonificadas a partir del 01 de julio 2010.”

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.

Para los casos iniciados con anterioridad al 1 de julio 2008, esta condición se verificará con la información histórica que posea la Superintendencia.

ANEXO N° 4
CODIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1	Enfermedad Renal Crónica Etapa 4 y 5
2	Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años
3	Cáncer Cervicouterino
4	Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado
5	Infarto Agudo del Miocardio
6	Diabetes Mellitus Tipo 1
7	Diabetes Mellitus Tipo 2
8	Cáncer de Mama en personas de 15 años y más
9	Disrafias Espinales
10	Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en personas menores de 25 años
11	Tratamiento Quirúrgico de Cataratas
12	Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa
13	Fisura Labiopalatina
14	Cáncer en personas menores de 15 años
15	Esquizofrenia
16	Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más
17	Linfomas en personas de 15 años y más
18	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) de Manejo Ambulatorio en personas menores de 5 años
20	Neumonía adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en personas de 65 años y más
21	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más
22	Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23	Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años
241	Prevención del Parto Prematuro
25	Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que requieren Marcapaso
26	Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años
27	Cáncer Gástrico
28	Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
29	Vicios de Refracción en personas de 65 años y más
30	Estrabismo en personas menores de 9 años
31	Retinopatía Diabética
32	Desprendimiento de Retina Regmatógeno No Traumático
33	Hemofilia
34	Depresión en personas de 15 años y más
35	Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas
36	Órtesis (o Ayudas Técnicas) para personas de 65 años y más
37	Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más
38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio
39	Asma Bronquial Moderada y Grave en menores de 15 años
40	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido
41	Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, Leve o Moderada
42	Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Ruptura de Aneurismas Cerebrales
43	Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más
44	Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar
45	Leucemia en personas de 15 años y más
46	Urgencia Odontológica Ambulatoria
47	Salud Oral Integral del adulto de 60 años
48	Politraumatizado Grave
49	Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado o Grave
50	Trauma Ocular Grave
51	Fibrosis Quística
52	Artritis Reumatoide
53	Consumo Perjudicial o Dependencia de riesgo bajo a moderado de Alcohol y Drogas en personas menores de 20 años
54	Analgesia del Parto
55	Gran Quemado
56	Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de Audífono
242	Retinopatía del Prematuro
243	Displasia Broncopulmonar del Prematuro
244	Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro
60	Epilepsia No Refractaria en personas de 15 años y más

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
61	Asma Bronquial en personas de 15 años y más
62	Enfermedad de Parkinson
63	Artritis Idiopática Juvenil
64	Prevención Secundaria Enfermedad Renal Crónica Terminal
65	Displasia Luxante de Caderas
66	Salud Oral Integral de la Embarazada
67	Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente
68	Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B
69	Hepatitis C
70	Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más
71	Cáncer de Ovario Epitelial
72	Cáncer Vesical en personas de 15 años y más
73	Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica en personas de 15 años y más
75	Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77	Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años
78	Lupus Eritematoso Sistémico
79	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de las Válvulas Mitral y Tricúspide en personas de 15 años y más
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori

ANEXO N° 5A
GARANTÍA DE OPORTUNIDAD POR PROBLEMA DE SALUD Y SUS
RESPECTIVOS HITOS

(D.S N°1/2010)

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

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

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

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
1	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	-	<= 21	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
					Término	Peritoneodiálisis		T	01	
		-	<= 7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
					Término	Hemodiálisis		T	02	
		-	<= 10	Meses	Inicio	Indicación Médica de Estudio Pre Trasplante	05			
					Término	Estudio Pre Trasplante receptor		T	09	
		-	<= 90	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
					Término	Acceso Vascular Autólogo en Brazo o Antebrazo		T	14	
						Acceso Vascular con Prótesis en Extremidad Superior		T	15	
	Acceso Vascular Autólogo de Alta Complejidad		T	16						
2	Cardiopatías Congénitas Operables en	-	<= 48	Horas	Inicio	Sospecha	21			
					Término	Confirmación	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	
	menores de 15 años					o	Diagnóstica				
		-	< =	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			
						Término	Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor Pre		D	02	
							Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	03	
		-	<	20	Días	Inicio	Confirmación Cáncer		D	03	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
			=			Cervicouterino Invasor					
					Término	Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	04		
		-	< =	30	Días	Inicio Confirmación cáncer Cervicouterino PreInvasor		D	02		
					Término	Tratamiento Cáncer Cervicouterino Preinvasor		T	01		
					Inicio	Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor		D	04		
					Término	Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor		T	02		
		-	< =	20		Días	Tratamiento Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	03	
						Tratamiento Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor		T	04		
						Tratamiento Quimioterapia Cáncer Cervicouterino		T	05		

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

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Invasor				
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
					Minutos	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
							Indicación Médica de Tratamiento	16		
					Término	Confirmación y Tratamiento Urgencia con Trombolisis		T	05	
					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,		T	06

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Oncología				
		-	< =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	< =	24	Horas	Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)		T	06
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	-	< =	45	Días	Inicio	Sospecha	21		
		-	< =	45	Días	Término	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	< =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	< =	24	Horas	Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2		T	05
		-	< =	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04		
		-	< =	90	Días	Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	07
8	Cáncer de Mama en personas de	-	< =	30	Días	Inicio	Sospecha	21		
		-	< =	30	Días	Término	Confirmación	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
	15 años y más					o	Diagnóstica			
		-	< =	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Etapificación Cáncer de Mama		D	03
						Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria		T	10
							Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)		T	11
							Tratamiento Radioterapia Cáncer de Mama		T	02
							Tratamiento Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama		T	12
							Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II		T	03
							Quimioterapia Cáncer Mama, etapa		T	06

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

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	
						Hormonoterapia para Cáncer de Mama		T	09	
						Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria		T	10	
		-	< =	90	Días	Inicio		T	11	
						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	

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 I y II		T	03	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07	
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	
					Término	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática		S	01	
						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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		-	< =	72	Horas	Inicio Nacimiento	17			
		-	< =	72	Horas	Término Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta		T	01	
		-	< =	90	Días	Inicio Nacimiento	17			
		-	< =	90	Días	Término Instalación de derivativas de LCR (incluye valor de la válvula)		T	01	1103132
		-	< =	15	Días	Inicio Alta Hospitalaria	01			
		-	< =	15	Días	Término Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	03	0101113
		-	< =	60	Días	Inicio Indicación Médica de Cirugía	03			
		-	< =	60	Días	Término Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada		T	02	
		-	< =	15	Días	Inicio Alta Hospitalaria	01			
		-	< =	15	Días	Término Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología,		T	04	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Neurología, Oncología					
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 Funcional	-	< =	240	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01	
		-	<	40	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica Integral		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					
	Severa		=			con Prótesis de Cadera Total									
						Recambio de Prótesis de Cadera		T	03						
						Término		T	02	0101111					
						-	< =	1	Día	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
											Indicación Médica de Tratamiento	16			
						-	< =	240	Días	Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006
										Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
						-	< =	240	Días	Término	Recambio de Prótesis de Cadera		T	03	
13	Fisura Labiopalatina	-	< =	15	Días	Inicio	Sospecha	21							
						Término	Confirmación Diagnóstica	02							
					Días	Inicio	Nacimiento	17							
							Indicación Médica de Tratamiento	16							
						Término	Ortopedia Prequirúrgica		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	
		-	<= =	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 en menores de 15 años		D	01	
		-	<= =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Quimioterapia Cáncer en menores		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
						o de 15 años				
		-	< = 10	Días	Inicio	Indicación Médica de Radioterapia	15			
					Término	Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04	
					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	
		-	< = 30	Días	Inicio	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		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	
						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			
						Término	Consulta psiquiatría de		D	02	0903001
							Consulta psiquiatría de		D	03	0903001
		-	=	0	Días	Inicio	Consulta psiquiatría de		D	02	0903001
							Consulta psiquiatría de		D	03	0903001
					Término	Tratamiento Esquizofrenia Primer		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	
						Año					
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: Vaciamiento ganglionar (LALA)		T	09	
		Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Mediastínico-Retroperitoneal		T	10						
		-	<= =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Tratamiento Radioterapia Cáncer de Testículo		T	02	

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 Testículo		T	03		
		-	<= 30	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía		T	08		
	Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Vaciamiento ganglionar (LALA)						T	09			
	Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Mediastínico-Retroperitoneal						T	10			
	Tratamiento Radioterapia Cáncer de Testículo						T	02			
	Quimioterapia Cáncer Testículo						T	03			
	Término					Seguimiento Cáncer Testículo		S	01		
17	Linfomas en personas de 15 años y más	-	<= 35	Días	Inicio	Sospecha	21				
					Término	Confirmación Diagnóstica	02				
		-	<= 30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02				
					Término	Etapificación		D	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
						o	Linfoma en personas de 15 años y más			
		-	< =	10	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	T	02	
		-	< =	25	Días	Inicio	Indicación Médica de Radioterapia	15		
						Término	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	T	01	
		-	< =	30	Días	Inicio	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	T	01	
							Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	T	02	
						Término	Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más	S	01	
20	Neumonía	-	<	48	Horas	Inicio	Sospecha	21		

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

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 Oral 6 años		T	02			
25	Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que Requieren Marcapaso	-	< =	30	Días	Inicio	Sospecha	21				
						Término	Confirmación Diagnóstica	02				
		-	< =	30	Días	Término	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
								Implantación Marcapasos Unicameral VVI		T	02	
								Recambio Marcapasos Unicameral VVI		T	03	
								Implantación Marcapasos Bicameral DDD		T	04	
								Recambio Marcapasos Bicameral DDD		T	05	
								Implantación Marcapasos Unicameral VVI		T	02	
		-	< =	15	Días	Inicio		Recambio Marcapasos Unicameral VVI		T	03	
								Implantación Marcapasos Bicameral DDD		T	04	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
						Recambio Marcapasos Bicameral DDD		T	05	
					Término	Seguimiento de Trastorno de Conducción 1° año		S	02	
26	Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años	-	< =	60	Días	Inicio	Sospecha	21		
						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
		-	< =	30	Días	Inicio	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	02

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

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
						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	-	< = 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			

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	Término	Tratamiento Médico Estrabismo menores de 9 años		T	03	
					Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
					Término	Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años		T	01	
31	Retinopatía Diabética	-	<= 90	Días	Inicio	Sospecha	21			
					Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<= 60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
					Término	Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética		T	01	
						Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética		T	02	
32	Desprendimiento de Retina Regmatógeno No Traumático	-	<= 5	Días	Inicio	Sospecha	21			
					Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	<= 7	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	
						Vitrectomía		T	01		
					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	04			
Término	Consulta de psiquiatría						T	06	0903001		

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			
		37	Accidente	-	<	72	Horas	Inicio	Sospecha	21			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más		=			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, Neurología, Oncología		T	02
39	Asma Bronquial	-	<	20	Días	Inicio	Sospecha	21		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
	Moderada y Grave en menores de 15 años	-	=	30	Días	Término	Confirmación Diagnóstica	02			
						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 Especializado con Óxido Nítrico		T	03	
							Hipertensión Pulmonar Persistente:		T	04	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Confirmación y tratamiento					
						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 Cadera y/o Rodilla, Leve o Moderada	-	< =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Artrosis Nivel Primario		T	01	
		-	< =	120	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología,		T	02	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Oncología					
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
43	Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más	-	< =	25	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Tumores Sistema Nervioso Central		T	01	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Tratamiento Radioterapia Tumores Sistema Nervioso Central		T	02		
						Tratamiento Acromegalia		T	03		
						Tratamiento Diabetes Insípida		T	04		
44	Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar	-	< =	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	03			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Hernia Núcleo Pulposo Lumbar		T	01	
		-	< =	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		S	01	0101113
45	Leucemia en personas de 15 años y más	-	< =	21	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	72	Horas	Inicio	Indicación Médica de Quimioterapia	23			
							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
						Tratamiento Leucemia Aguda por Quimioterapia		T	01	
						Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica		T	04	
						Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias Linfoblásticas		T	05	
					Término	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	
		-	<	14	Días	Inicio		T	01	
						Tratamiento Leucemia Aguda por		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
			=			Quimioterapia				
						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	
					Término	Seguimiento Leucemia Aguda		S	01	
		-	<	60	Días	Inicio	Sospecha	21		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
			=			Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	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	
							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	

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		
					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		T	08	

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad				Codificación					
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
		-	< =	60	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Quirúrgico Trauma Ocular Grave		T	03	
51	Fibrosis Quística	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Fibrosis Quística Grave		T	01	
							Tratamiento Farmacológico con Tobramicina para pacientes con Fibrosis Quística Grave		T	04	
							Tratamiento Fibrosis Quística Moderada		T	02	
						Tratamiento Fibrosis Quística Leve		T	03		
52	Artritis Reumatoidea	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Farmacológico Tradicional Artritis Reumatoidea		T	01	
53	Consumo Perjudicial o dependencia de riesgo bajo a	-	< =	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	
	moderado de Alcohol y Drogas en personas menores de 20 años					Término	Plan Ambulatorio Básico	T	01		
55	Gran Quemado	-	< =	72	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento paciente quemado grave menor de 15 años		T	01	
							Tratamiento paciente quemado crítico menor de 15 años		T	02	
							Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años		T	03	
							Tratamiento paciente quemado 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	

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			
					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 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 quemado crítico de 15 años y más			S	11		
		-	< =	15	Días					

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación				
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
						Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más		S	12		
56	Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de Audífono	-	< =	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Implementación Audífonos		T	01	
242	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
		-	< =	48	Horas	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
		-	< =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Fotocoagulación		T	02	
							Cirugía Vitreoretinal		T	03	
-	<	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control	14					

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
			=			de Seguimiento				
					Término	Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1º año		S	01	
						Seguimiento Pacientes Quirúrgico Retinopatía del Prematuro No del		S	02	
243	Displasia Broncopulmonar del Prematuro	-	< =	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Tratamiento Displasia Broncopulmonar		T	04
		-	< =	14	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	01		
						Término	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1º año		S	01
244	Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro	-	< =	3	Meses	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Implementación Bilateral Audífonos		T	01
		-	< =	1	Año	Inicio	Indicación Médica de Implante Coclear	06		
						Término	Implante Coclear		T	02

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	
		-	< =	14	Días	Inicio	Implementación Bilateral Audífonos		T	01	
							Implante Coclear		T	02	
						Término	Rehabilitación de Hipoacusia del Prematuro (audífono e implante coclear) 1º año		S	01	
60	Epilepsia No Refractaria en personas de 15 años y más	-	< =	20	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02			
						Término	Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Primario		T	01	
							Tratamiento Epilepsia No Refractaria Especialidad		T	02	
61	Asma Bronquial en personas de 15 años y más	-	< =	20	Días	Inicio	Sospecha	21			
						Término	Confirmación Diagnóstica	02			
				60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	04			
						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología,		T	02	0101113

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

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
65	Displasia Luxante de Caderas	-	< =	15	Días	Inicio	Indicación de Examen	24		
						Término	Screening Displasia Luxante de Caderas		D	01
		-	< =	30	Días	Inicio	Sospecha	21		
						Término	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	< =	15	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Tratamiento Ortopédico Displasia Luxante de Caderas		T	01
66	Salud Oral Integral de la embarazada	-	< =	21	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18		
						Término	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Primario		T	01
		-	< =	9	Meses	Inicio	Parto	28		
						Término	Alta Integral	29		
67	Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente	-	< =	60	Días	Inicio	Sospecha	21		
						Término	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	< =	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Tratamiento Farmacológico		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
						o	Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente			
							Tratamiento Brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	T	02	
							Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	T	03	
68	Hepatitis B	-	< =	45	Días	Inicio	Sospecha	21		
						Término	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	< =	60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Indicación Médica de Tratamiento	16		
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16		
						Término	Tratamiento Farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más		T	01
								T	02	
69	Hepatitis C	-	<	45	Días	Inicio	Sospecha	21		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad					Codificación			
Código	Descripción	Nueva Gtía.	Plazo	Unidad	Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
			=			Término	Confirmación Diagnóstica	02		
		-	< =	60	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	02		
						Término	Evaluación paciente VHC pre tratamiento		T	01
		-	< =	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16		
						Término	Tratamiento Farmacológico del VHC		T	02

ANEXO N° 5

GARANTÍA DE OPORTUNIDAD POR PROBLEMA DE SALUD Y SUS RESPECTIVOS HITOS⁴⁹

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.

⁴⁹ 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	
						Radioterapia Cervicouterino Invasor			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						
		(*)	-	<=	90	Días	Inicio	Braquiterapia Cálcer Cervicouterino Invasor	14	T	04							
							Término	Quimioterapia Cálcer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)		T	05							
								Quimioterapia Recidiva Cálcer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)		T	06							
														Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento				
														Seguimiento Cálcer Cervicouterino Pre Invasor		S	01	
														Seguimiento Cálcer Cervicouterino Invasor		S	02	
4	Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado	-	-	<=	5	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2									
							Término	Tratamiento Integral y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado		T	02							
5	Infarto Agudo del Miocardio	-	-	<=	30	Minutos	Inicio	Sospecha	21									
							Término	Electrocardiograma (E.C.G.)		D	03	1701001						
						Minutos	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2									
Indicación Médica de	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
								Tratamiento				
							Término	Confirmación y Tratamiento Infarto Agudo del Miocardio Urgencia con Trombolisis		T	05	
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Prevención secundaria del Infarto Agudo del Miocardio		S	01	
6	Diabetes Mellitus Tipo 1						Inicio	Sospecha	21			
		-	-	<=	7	Días	Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	06	0101113
							Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	24	Horas	Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)		T	06	
7	Diabetes Mellitus Tipo 2						Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
							Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	24	Horas	Término	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2		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
		-	-	<=	90	Días	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	
								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,		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
								etapa I y II				
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III		T	06	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07	
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08	
							Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria		T	10	
						Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)			T	11		
						Radioterapia Cáncer de Mama			T	02		
						Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama			T	12		
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II			T	03		
						Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III			T	06		
		(*)	-	<=	20	Días						

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación									
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria						
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV		T	07							
								Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis ósea		T	08							
								Hormonoterapia para Cáncer de Mama		T	14							
							(*)	-	<=	90	Días		Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
													Término	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática		S	01	
														Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática		S	02	
9	Disrafias Espinales	-	Disrafia Abierta	<=	12	Horas	Inicio	Nacimiento	17									
							Término	Confirmación Diagnóstica	2									
							Término	Sospecha	21									
								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		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
								Disrafia Espinal Abierta				
		(*)	Disrafia Abierta	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Instalación de derivativas de LCR (incluye valor de la válvula)		T	01	1103132
		-	Disrafia Abierta	<=	15	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	03	0101113
		(*)	Disrafia Cerrada	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3			
							Término	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada		T	06	
		-	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			

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	Rehabilitación 1° y 2° año Paciente con Espina Bífida Abierta		S	03	
10	Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en personas menores de 25 años	(*)	-	<=	270	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Idiopática		T	03	
								Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Neuromuscular		T	04	
								Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Mielomeningocele		T	05	
		-	-	<=	10	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Evaluación post Quirúrgica Escoliosis		T	02	
11	Tratamiento Quirúrgico de Cataratas	-	-	<=	180	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
12	Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación	-	-	<=	240	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01	
		-	-	<=	40	Días	Inicio	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total		T	01	
								Recambio de Prótesis de Cadera		T	03	

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
	Funcional Severa						Término	Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología		T	02	0101111
							Inicio	Alta Hospitalaria	1			
								Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006
							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			
						Inicio	Nacimiento	17				
							Indicación Médica de Tratamiento	16				
						Término	Ortopedia Prequirúrgica		T	01		
						Inicio	Indicación Médica de Cirugía Primaria: 1° Intervención	30				
							Término	Cirugía Primaria: 1° Intervención		T	02	
						Inicio	Indicación Médica de Cirugía	31				

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	
								Primaria: 2° Intervención					
							Término	Cirugía Primaria: 2º intervención		T	03		
		-	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía Secundaria	32				
							Término	Cirugía Secundaria		T	06		
14	Cáncer en personas menores de 15 años	-	Leucemia	<=	14	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años		D	01		
		-	Linfomas y Tumores Sólidos	<=	37	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años		D	01		
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01		
		-	Linfomas y Tumores Sólidos	<=	10	Días	Inicio	Indicación Médica de Radioterapia	15				
							Término	Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04		
		-	Leucemia	<=	7	Días	Inicio	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	01		
								Trasplante de Médula Autóloga		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
								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	
							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							
		Término	Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años		T	04						
			Tratamiento Radioyodo		T	06						
									Seguimiento Cáncer en menores de 15 años		S	02
15	Esquizofrenia	(*)	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Consulta de psiquiatría		D	02	0903001
							Término	Consulta de psiquiatría		D	04	0903001
							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			
							Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Etapificación Cáncer Testículo		D	03	
							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	
Intervención Quirúrgica de Testículo: Mediastínico-		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
								Retroperitoneal				
		(*)	-	<=	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		
	Tratamiento Radioterapia								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	
								Cáncer de Testículo					
								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				
							Término	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más		T	01		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
		(*)	-	<=	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 personas menores de 5 años	(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Farmacológico		T	02	6100000
		(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006
20	Neumonía Adquirida en la Comunidad de	-	-	<=	48	Horas	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	
	Manejo Ambulatorio en personas de 65 años y más	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Tratamiento Farmacológico		T	02	6100000	
		(*)	-	<=	24	Horas	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Atención kinesiológica integral ambulatoria		T	02	0102006	
21	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más	-	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario		T	01		
22	Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años	(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4				
							Término	Evaluación inicial Epilepsia en Nivel Secundario		T	10		
		(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento Integral Año1 Nivel Primario Epilepsia no Refractaria		T	05		
									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	
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				
		-	-	<=	30	Días	Término	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
								Implantación Marcapasos Unicameral VVI		T	02		
								Recambio Marcapasos Unicameral VVI		T	03		
								Implantación Marcapasos Bicameral DDD		T	04		
		(*)	-	<=	15	Días	Término	Recambio Marcapasos Bicameral DDD		T	05		
								Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Seguimiento Trastorno de Conducción 1° año		S	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	
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		
							Término	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	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		D	01	0101110	
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Intervención Quirúrgica Resección Endoscópica Cáncer Gástrico Incipiente		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 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
							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			

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	
29	Vicios de Refracción en personas de 65 años y más	-	-	<=	180	Días	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	Estrabismo en personas menores de 9 años	-	-	<=	90	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento Médico Estrabismo menores de 9 años		T	03		
		-	-	<=	90	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3				
Término	Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años							T	01				
31	Retinopatía	-	-	<=	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
	Diabética				60	Días	Término	Confirmación Diagnóstica	2			
							Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética		T	01	
								Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética		T	02	
32	Desprendimiento de Retina Regmatógeno No Traumático	-	-	<=	5	Días	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
						Días	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	Término	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2		
								Tratamiento Depresión Leve		T	03	
								Tratamiento Depresión Moderada		T	04	
								Tratamiento Depresión Grave Año 1		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 Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida, o Refractoriedad Año 1		T	08	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			
							Término	Consulta de psiquiatría		T	08	0903001
35	Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
							Término	Tratamiento Farmacológico Hiperplasia Próstata		T	03	
36	Órtesis (o Ayudas Técnicas) para 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	

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
		-	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Cojín Antiescaras	12				
							Término	Órtesis (cojín antiescaras)		T	06		
		-	-	<=	20	Días	Inicio	Indicación Médica de Colchón Antiescara	13				
							Término	Órtesis (colchón antiescaras)		T	07		
37	Accidente Cerebrovascular Isquémico en 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		

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	
38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio	-	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4				
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	04	0101110	
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		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento		T	02	
								Hernia Diafragmática: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico		T	03	
								Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y Tratamiento		T	04	
								Hipertensión Pulmonar Persistente, Aspiración de Meconio y Bronconeumonia: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico		T	05	
								Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento		T	08	
								Bronconeumonia: Confirmación y Tratamiento		T	07	
41	Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o	-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Artrosis Nivel Primario		T	01	
							Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4			

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
	Rodilla, Leve o Moderada						Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	02	0101113	
42	Hemorragia 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	-	-	<=	25	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
	personas de 15 años o más						Término	Tratamiento medicamentoso indefinido Tumores Hipofisarios no funcionantes		T	05	
								Tratamiento medicamentoso indefinido y seguimiento Prolactinomas		T	06	
								Tratamiento Quirúrgico Tumores Sistema Nervioso Central		T	07	
								Tratamiento Radioterapia Tumores Sistema Nervioso Central		T	08	
								Tratamiento Acromegalia		T	09	
								Tratamiento Diabetes Insípida		T	10	
								Tratamiento Enfermedad de Cushing		T	11	
		(*)	-	<=	30	Días	Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	06	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
								Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	09	0101113
								Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	10	0101113
								Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	11	0101113
44	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

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	
45	Leucemia en personas de 15 años y más	-	Leucemia Aguda	<=	21	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	Leucemia Aguda	<=	72	Horas	Inicio	Indicación Médica de Quimioterapia	23				
							Tratamiento Leucemia Aguda por Quimioterapia		T	01			
								Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica		T	04		
								Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias Linfoblásticas		T	05		
							Término	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			
								Tratamiento Leucemia Crónica por Quimioterapia		T	02	
								Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica eosinofílica y recombinación de gen FIP 1L1 - PDGFRA		T	11	
		(*)	Leucemia Crónica	<=	10	Días	Término	Tratamiento Leucemia Linfática Crónica		T	03	
								Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento Hidroxicarbamida		T	08	
								Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento inhibidor tirosin kinasa		T	09	
		(*)	Leucemia Crónica	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
							Término	Seguimiento Leucemia Mieloide		S	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
								Crónica				
								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	
47	Salud Oral	-	-	<=	90	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18			

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
	Integral del Adulto de 60 años						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 Fibrosis Quística Grave y moderada		T	07	
								Tratamiento Fibrosis Quística		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
								Moderada				
								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			
							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	

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 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 requieren uso de Audífono	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Implementación Audífonos		T	02	
242	Retinopatía del Prematuro	-	-	<=	6	Semana s	Inicio	Nacimiento	17			
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología,		D	02	0101113

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
								Oncología				
		-	-	<=	48	Horas	Inicio	Sospecha	21			
							Término	Confirmación Diagnóstica	2			
		-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Fotocoagulación		T	02	
								Cirugía Vitreoretinal		T	03	
							Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
		(*)	-	<=	30	Días	Término	Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1º año		S	01	
								Seguimiento Pacientes No Quirúrgico Retinopatía del Prematuro		S	04	
243	Displasia Broncopulmonar del Prematuro	-	-	<=	24	Horas	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2			
							Término	Tratamiento Displasia Broncopulmonar		T	04	
		-	-	<=	14	Días	Inicio	Alta Hospitalaria	1			
							Término	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1º año		S	01	

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	
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								
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				

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación			
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología		T	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
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			

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

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Confirmación Diagnóstica	36				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	15	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento Ortopédico Displasia Luxante de Caderas		T	02		
66	Salud Oral Integral de la embarazada	-	-	<=	21	Días	Inicio	Solicitud de Atención Oral	18				
							Término	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Primario		T	01		
		-	-	<=	9	Meses	Inicio	Parto o interrupción del embarazo	28				
							Término	Alta Integral	29				
67	Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	-	-	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	01		
								Tratamiento Brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente		T	04		
Término	Tratamiento Kinésico Esclerosis		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	
								Múltiple Remitente Recurrente					
68	Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Evaluación inicial pacientes con Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B		D	01		
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Tratamiento Farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más		T	01		
								Tratamiento Farmacológico VHB crónica en menores de 15 años		T	02		
69	Hepatitis C	-	-	<=	45	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Confirmación Diagnóstica	2				
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Evaluación paciente VHC pre tratamiento		T	04		
		-	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Tratamiento Farmacológico del VHC		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	
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		
		(*)	-	<=	30	Días	Término	Quimioterapia Adyuvante: FOLFOX XELOX		T	04		
							Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14				
(*)	-	<=	30	Días	Término	Seguimiento Cáncer Colorectal años 1 y 2		S	01				
71	Cáncer de Ovario Epitelial	(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Sospecha	21				
							Término	Cirugía Diagnóstica y Etapificación Cancer de Ovario Epitelial		D	01		
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Cirugía Diagnóstica y Etapificación Cancer de Ovario Epitelial		D	01		

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	Confirmación Diagnóstica	2			
							Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16			
		(*)	-	<=	30	Días	Término	Quimioterapia Post Cirugía Estadio, Precoz 1° Línea		T	01	
	Quimioterapia Neoadyuvante Estadios III - IV								T	02		
	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	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	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						
								Tratamiento										
								Quimioterapia Neoadyuvante Cáncer Vesical Profundo		T	07							
								Quimioterapia Adyuvante Cáncer Vesical Profundo, Post Cirugía		T	08							
								Quimioterapia- Radioterapia Concomitante Cáncer Vesical Profundo, Sin Cirugía		T	09							
								Radioterapia Externa Intención Curativa		T	10							
							(*)	-	<=	30	Días		Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14			
													Término	Seguimiento Cáncer Vesical Superficial Primer año		S	01	
														Seguimiento Cáncer Vesical Profundo Primer año		S	03	
							73	Osteosarcoma en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Sospecha	21		
														Término	Confirmación y Etapificación Osteosarcoma		D	01
(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía								3				
					Término	Cirugía Osteosarcoma									T	01		

Problema de Salud		Garantía de Oportunidad							Codificación				
Código	Descripción	Modificación respecto a DS N°1*	Grupo Objetivo	Operador	Plazo	Unidad	Tipo de Hito	Descripción Hito	Evento Administrativo	Intervención Sanitaria	Grupo de Prestaciones	Prestación unitaria	
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Tratamiento	16				
							Término	Quimioterapia Pre Operatoria Osteosarcoma		T	02		
								Quimioterapia Post Operatoria Osteosarcoma		T	03		
		(*)	-	<=	30	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14				
							Término	Seguimiento Osteosarcoma		S	01		
		74	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de la Válvula Aórtica en personas de 15 años y más	(*)	-	<=	45	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3		
Término	Tratamiento Quirúrgico No Complicados									T	01		
	Tratamiento Quirúrgico Complicados									T	02		
(*)	-			<=	15	Días	Inicio	Indicación Médica de Primer Control de Seguimiento	14				
							Término	Seguimiento Primer Año		S	01		
75	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	(*)	-	<=	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	
	en personas de 15 años y más						Término	Tratamiento Hipotiroidismo 1° año en el nivel primario		T	01		
77	Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años	(*)	-	<=	3	Meses	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Implementación Audífono		T	01		
		(*)	-	<=	180	Días	Inicio	Indicación Médica de Cirugía	3				
							Término	Implante Coclear		T	02		
		(*)	-	<=	14	Días	Inicio	Implementación Audífono		T	01		
								Implante Coclear		T	02		
Término	Seguimiento Primer Año		S	01									
78	Lupus Eritematoso Sistémico	(*)	-	=	0	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento Lupus Leve Primer Año		T	01		
								Tratamiento Lupus Grave Primer Año		T	03		
79	Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Crónicas de las Válvulas Mitral y Tricúspide en personas de 15	(*)	-	<=	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	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	
	años y más							Control de Seguimiento					
							Término	Seguimiento Primer Año		S	01		
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori	(*)	-	<=	7	Días	Inicio	Confirmación Diagnóstica	2				
							Término	Tratamiento de Erradicación Helicobacter Pylori		T	01		
		(*)	-	<=	60	Días	Inicio	Indicación Médica de Consulta Especialista	4				
							Término	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, 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 PRESTACIONES⁵⁰

Se detalla en este Anexo la codificación de los Grupos de Prestaciones que se encuentran vigentes, para cada Problema de Salud, según el Decreto Supremo N°4, de 2013, del Ministerio de Salud y de Hacienda.

Este anexo incluye además, las codificaciones de los Grupos de Prestaciones correspondientes al Decreto Supremo N°1, de 2010, del Ministerio de Salud y de Hacienda, a fin de ser empleadas -si correspondiere- en aquellos casos contemplados por ejemplo, en el artículo 18 del D.S N°4 de 2013, que dice relación con aquellas situaciones 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 ello, las isapres deberán informar empleando las codificaciones utilizadas en el anexo del anterior decreto de 2010.

⁵⁰ Codificación para el Problema de Salud N°8, modificacda por Circular IF/N°198, de 13 de agosto de 2013.

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
1	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL	D	Confirmación Retardo Crecimiento Óseo	1	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y 5	D	Confirmación Retardo Crecimiento Óseo	1
		T	Peritoneodiálisis	1			Peritoneodiálisis	32
			Hemodiálisis	2			Hemodiálisis	2
			Acceso Vascular Autólogo en Brazo o Antebrazo	14			Acceso Vascular Autólogo en Brazo o Antebrazo	14
			Acceso Vascular con Prótesis en Extremidad Superior	15			Acceso Vascular con Prótesis en Extremidad Superior	15
			Acceso Vascular Autólogo de Alta Complejidad	16			Acceso Vascular Autólogo de Alta Complejidad	16
			Reparación de Fístula Disfuncionante u Ocluida	17			Reparación de Fístula Disfuncionante u Ocluida	17
			Instalación Catéter Tunelizado	18			Instalación Catéter Tunelizado	18
			Hierro Endovenoso pacientes en diálisis	7			Hierro Endovenoso pacientes en Diálisis	7
			Eritropoyetina pacientes en diálisis	8			Eritropoyetina pacientes en Diálisis	8
			Estudio Pre Trasplante receptor	9			Estudio Pre Trasplante receptor	9
			Estudio y Nefrectomía Donante Vivo	19			Estudio Donante Vivo	19
							Nefrectomía Donante Vivo	33
			Estudio, Evaluación y Nefrectomía Donante Cadáver	20			Estudio, Evaluación y Nefrectomía Donante Cadáver	20
			Trasplante Renal	10			Trasplante Renal	10
			Rechazo Trasplante Renal	21			Rechazo Trasplante Renal	21
			Droga Inmunosupresora	22			Droga Inmunosupresora	22

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013				
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		
			Protocolo 0				Protocolo 0			
			Droga Inmunosupresora Protocolo 1A	23			Droga Inmunosupresora Protocolo 1A	23		
			Droga Inmunosupresora Protocolo 1B	24			Droga Inmunosupresora Protocolo 1B	24		
			Droga Inmunosupresora Protocolo 1C	25			Droga Inmunosupresora Protocolo 1C	25		
			Droga Inmunosupresora Protocolo 1D	26			Droga Inmunosupresora Protocolo 1D	26		
			Droga Inmunosupresora Protocolo 1E	27			Droga Inmunosupresora Protocolo 1E	27		
			Droga Inmunosupresora Protocolo 2A	28			Droga Inmunosupresora Protocolo 2A	28		
			Tratamiento con Hormona de Crecimiento en menores de 15 años	29			Tratamiento con Hormona de Crecimiento en menores de 15 años	29		
			Profilaxis Citomegalovirus Alto Riesgo	30			Profilaxis Citomegalovirus Alto Riesgo	30		
			Profilaxis Citomegalovirus Bajo Riesgo	31			Profilaxis Citomegalovirus Bajo Riesgo	31		
			S	Seguimiento Trasplante Renal 1° año			1	S	Seguimiento Trasplante Renal 1° año	1
				Seguimiento Trasplante Renal a partir del 2° año			2		Seguimiento Trasplante Renal a partir del 2° año	2
2	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS	D	Estudio Hemodinámico	2	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS	D	Estudio Hemodinámico	2		
			Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Pre Natal	3			Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Pre Natal	3		

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Post Natal	4			Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Post Natal	4
		T	Cirugía CEC mayor	1		T	Cirugía CEC mayor	1
			Cirugía CEC mediana	2			Cirugía CEC mediana	2
			Cirugía CEC menor	3			Cirugía CEC menor	3
			Valvuloplastía	4			Valvuloplastía	4
			Angioplastía	5			Angioplastía	5
			Exámenes electrofisiológicos	6			Exámenes electrofisiológicos	6
			Cierre Percutáneo del Ductos Arterioso Persistente	7			Cierre Percutáneo del Ductus Arterioso Persistente	7
			Cierre de Ductos por cirugía	8			Cierre de Ductos por cirugía	8
			Otras cirugías cardíacas sin CEC	9			Otras cirugías cardíacas sin CEC	9
			Cierre Percutáneo de Defectos Ceptales Intracardiacos con Dispositivo	12			Cierre Percutáneo de Defectos Ceptales Intracardiacos con Dispositivo	12
			Implantación de Marcapaso Unicameral VVI	13			Implantación de Marcapaso Unicameral VVI	13
			Implantación de Marcapaso Bicameral DDD	14			Implantación de Marcapaso Bicameral DDD	14
			Recambio Marcapaso	15			Recambio Marcapaso	15
Evaluación Post Quirúrgica Cardiopatía Congénita Operables	11	Evaluación Post Quirúrgica Cardiopatía Congénita Operables	11					
3	CÁNCER CERVICOUTERINO	D	Screening Cáncer Cervicouterino	5	CÁNCER CERVICOUTERINO	D	Screening Cáncer Cervicouterino	5
			Sospecha Cáncer Cervicouterino	1			Sospecha Cáncer Cervicouterino	1

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Confirmación Cáncer Cervicouterino Pre Invasor	2			Confirmación Cáncer Cervicouterino Pre Invasor	2
			Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor	3			Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor	3
			Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor	4			Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor	4
							Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE I	7
			Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor	1			Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE II y NIE III o CIS	1
			Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor	2			Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor	2
			Tratamiento Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	3			Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	3
		T	Tratamiento Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	4		T	Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	4
			Tratamiento Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	5			Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)	5
			Tratamiento Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor	6			Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)	6
							Atención integral para mujeres con cáncer	8

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013			
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES	
		S	Seguimiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor	1		S	Seguimiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor	1	
			Seguimiento Cáncer Cervicouterino Invasor	2			Seguimiento Cáncer Cervicouterino Invasor	2	
4	ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS	T	Tratamiento Integral por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos	2	ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO	T	Tratamiento Integral y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado	2	
5	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	D	Sospecha IAM	3	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	D	Sospecha Infarto Agudo del Miocardio	3	
		T	Confirmación y Tratamiento Urgencia Trombolisis IAM sin	4		Confirmación y Tratamiento Urgencia sin Trombolisis IAM	4		
			Confirmación y Tratamiento Urgencia Trombolisis IAM con	5		Confirmación y Tratamiento Urgencia con Trombolisis IAM	5		
			Tratamiento Médico del IAM	2		Tratamiento Médico del Infarto Agudo del Miocardio	2		
		S	Prevención secundaria del IAM	1		S	Prevención secundaria del Infarto Agudo del Miocardio	1	
6	DIABETES MELLITUS TIPO 1	D	Confirmación Pacientes con DM tipo 1	2	DIABETES MELLITUS TIPO 1	D			
								Confirmación Pacientes con DM tipo 1	5
			Evaluación Inicial Hospitalizado: Pacientes sin Cetoacidosis DM tipo 1	3					
			Evaluación Inicial Hospitalizado:	4					

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Pacientes con Cetoacidosis DM tipo 1					
		T					Evaluación Inicial: Pacientes sin Cetoacidosis DM tipo 1	8
							Evaluación Inicial: Pacientes con Cetoacidosis DM tipo 1	9
			Tratamiento 1º año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	6			Tratamiento 1º año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	6
			Tratamiento a partir del 2º año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	7		T	Tratamiento a partir del 2º año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	7
			Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 1	4			Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 1	4
			Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 1	5			Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 1	5
7	DIABETES MELLITUS TIPO 2		D	Confirmación Pacientes con DM tipo 2	3	DIABETES MELLITUS TIPO 2	D	Confirmación Pacientes con DM tipo 2
		Evaluación Inicial Paciente con DM tipo 2		4	Evaluación Inicial Paciente con DM tipo 2			4
		T	Tratamiento 1º año Pacientes con DM tipo 2	5	T		Tratamiento 1º año Pacientes con DM tipo 2	5
			Tratamiento a partir del 2º año Pacientes con DM tipo 2	6			Tratamiento a partir del 2º año Pacientes con DM tipo 2	6
			Control Paciente DM tipo 2 Nivel Especialidad	7			Control Paciente DM tipo 2 Nivel Especialidad	7

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013			
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES	
			Curación Avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 2	8			Curación Avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 2	8	
			Curación Avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 2	9			Curación Avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 2	9	
							Ayudas Técnicas - Pie Diabético	10	
8	CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación Cáncer de Mama Nivel Especialidad	2	CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	D			
								Confirmación Cáncer de Mama Nivel Especialidad	4
			Etapificación Cáncer de Mama	3			Etapificación Cáncer de Mama	3	
		T	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria inmediata	10		T	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria inmediata	10	
			Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)	11			Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)	11	
			Tratamiento Radioterapia Cáncer de Mama	2			Radioterapia Cáncer de Mama	2	
			Tratamiento Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama	12			Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama	12	
			Controles y Exámenes por Tratamiento de Quimioterapia	13			Controles y Exámenes asociados a Quimioterapia Cáncer de Mama	13	
			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II	3			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II	3	

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013				
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		
			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III	6			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III	6		
			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV	7			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV	7		
			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis óseas	8			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV metástasis óseas	8		
			Hormonoterapia para Cáncer de Mama	9						
		S	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática	1		S	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática	1		
			Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática	2			Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática	2		
		9	DISRAFIAS ESPINALES	D		Confirmación Disrafia Espinal Abierta	1	D		
									Confirmación Disrafia Espinal Abierta	3
Confirmación Disrafia Espinal Cerrada	2				Confirmación Disrafia Espinal Cerrada	2				
T	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta			1	T	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta	1			
	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada			2						
						Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada	6			

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Evaluación post Quirúrgica Disrafia Espinal Abierta	3			Evaluación post Quirúrgica Disrafia Espinal Abierta	3
			Evaluación post Quirúrgica Disrafia Espinal Cerrada	4			Evaluación post Quirúrgica Disrafia Espinal Cerrada	4
			Recambio Valvular Espina Bífida Abierta	5			Recambio Valvular Espina Bífida Abierta	5
		S	Rehabilitación 1° y 2° año Paciente con Espina Bífida Abierta	3		S	Rehabilitación 1° y 2° año Paciente con Espina Bífida Abierta	3
10	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS	T	Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Idiopática	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN PERSONAS MENORES DE 25 AÑOS	T	Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Idiopática	3
			Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Neuromuscular	4			Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Neuromuscular	4
			Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Mielomeningocele	5			Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Mielomeningocele	5
			Evaluación post Quirúrgica Escoliosis	2			Evaluación post Quirúrgica Escoliosis	2
11	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS	D	Confirmación Cataratas	1	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS	D	Confirmación Cataratas	1
		T	Intervención Quirúrgica Integral Cataratas	1		T	Intervención Quirúrgica Integral Cataratas	1
12	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CADERA	T	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total	1	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CADERA	T	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total	1
			Recambio de Prótesis de Cadera	3			Recambio de Prótesis de Cadera	3
			Control y Kinesioterapia post Quirúrgica	2			Control y Kinesioterapia post Quirúrgica	2
13	FISURA LABIOPALATINA	D	Confirmación Fisura Labiopalatina	1	FISURA LABIOPALATINA	D	Confirmación Fisura Labiopalatina	1

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013					
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES GES			
		T	Ortopedia Prequirúrgica	1		T	Ortopedia Prequirúrgica	1			
			Cirugía Primaria: 1º intervención	2			Cirugía Primaria: 1º intervención	2			
			Cirugía Primaria: 2º intervención	3			Cirugía Primaria: 2º intervención	3			
			Cirugía Secundaria	6			Cirugía Secundaria	6			
		S	Rehabilitación Fisura Labiopalatina 1º año	1		S	Rehabilitación Fisura Labiopalatina 1º año	1			
			Rehabilitación Fisura Labiopalatina 2º año	2							
							Rehabilitación Fisura Labiopalatina 2º año	5			
			Rehabilitación Fisura Labiopalatina Preescolar (3º año al 6º año)	3							
							Rehabilitación Fisura Labiopalatina Preescolar (3º año al 6º año)	6			
			Rehabilitación Fisura Labiopalatina Escolar (7º año al 10º año)	4							
							Rehabilitación Fisura Labiopalatina Escolar (7º año al 10º año)	7			
							Rehabilitación Fisura Labiopalatina Escolar año 11	8			
		14	CÁNCER EN MENORES DE 15 AÑOS	D		Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años	1	CÁNCER EN PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS	D	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años	1
				T		Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años	1		T	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años	1

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES GES
			Trasplante de Médula Autólogo	2			Trasplante de Médula Autólogo	2
			Trasplante de Médula Alógeno	3			Trasplante de Médula Alógeno	3
			Tratamiento Cáncer menores de 15 años	5			Tratamiento Cáncer menores de 15 años	5
			Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años	4			Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años	4
			Tratamiento Radioyodo	6			Tratamiento Radioyodo	6
		S	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años	2		S	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años	2
15	ESQUIZOFRENIA	D	Evaluación Inicial de primer episodio Esquizofrenia	2	ESQUIZOFRENIA	D	Evaluación Inicial de primer episodio Esquizofrenia	2
			Evaluación en sospecha de primer episodio Esquizofrenia	3				
		T	Tratamiento Esquizofrenia Primer Año	1		T		
			Tratamiento Esquizofrenia a partir del Segundo Año	2			Tratamiento Esquizofrenia Primer Año	3
							Tratamiento Esquizofrenia a partir del Segundo Año	4
16	CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	D	Confirmación Cáncer Testículo	1	CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	D	Confirmación Cáncer Testículo	1
			Etapificación Cáncer Testículo	3			Etapificación Cáncer Testículo	3

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía	8				
						Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA) Post-Quimioterapia	11	
			Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Vaciamiento ganglionar (LALA)	9				
						Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía	12	
						Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA)	13	
		T	Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Mediastínico-Retroperitoneal	10		Intervención Quirúrgica de Testículo: Mediastínico-Retroperitoneal	10	
			Tratamiento Radioterapia Cáncer Testículo	2		Tratamiento Radioterapia Cáncer Testículo	2	
			Quimioterapia Cáncer Testículo	3		Quimioterapia Cáncer Testículo	3	
						Quimioterapia Protocolo Seminoma E1	14	
			Terapia de Reemplazo Hormonal	4		Terapia de Reemplazo Hormonal	4	
			Banco de espermios	5		Banco de espermios	5	
			Hospitalización por Quimioterapia	6		Hospitalización asociada a Quimioterapia Cáncer Testículo	6	
		S	Seguimiento Cáncer Testículo	1		Seguimiento Cáncer Testículo	1	

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013				
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		
17	LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación Linfoma en personas de 15 años y más	1	LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación Linfoma en personas de 15 años y más	3		
			Etapificación Linfoma en personas de 15 años y más	2			Etapificación Linfoma en personas de 15 años y más	2		
			Consulta y exámenes por Tratamiento de Quimioterapia	3						
		T	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	1		T	Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	1		
			Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	2			Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	2		
							Quimioterapia Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - ICE	5		
		S	Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más	1		S	Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más	1		
		18	SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA	D				D	Sospecha Infección por VIH	1
				T		Antiretrovirales Esquemas primera línea personas de 18 años y más	1	T	Antiretrovirales Esquemas primera línea personas de 18 años y más	1
Antiretrovirales Esquemas Rescate personas de 18 años y más	10				Antiretrovirales Esquemas Rescate personas de 18 años y más	10				

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			más			años y más		
			TARV Prevención Transmisión Vertical	4		TARV Prevención Transmisión Vertical	4	
			Antiretrovirales personas menores de 18 años	5		Antiretrovirales personas menores de 18 años	5	
			Exámenes de Determinación Carga Viral	6				
						Exámenes de Determinación Carga Viral	11	
			Exámenes Linfocitos T y CD4	7				
						Exámenes Linfocitos T y CD4	12	
			Exámenes Genotipificación	8				
						Exámenes Genotipificación	13	
						Seguimiento recién nacidos y niños expuestos al VIH (Hijos de madre VIH(+))	1	
						Seguimiento Personas VIH adultos (+) sin tratamiento antiretroviral	2	
					S	Seguimiento Personas VIH adultos (+) con tratamiento antiretroviral	3	
						Seguimiento Personas VIH menores de 18 años (+) con tratamiento antiretroviral	4	

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES GES
19	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) BAJA DE MANEJO AMBULATORIO EN MENORES DE 5 AÑOS	T	Tratamiento IRA	1	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS MENORES DE 5 AÑOS	T		
							Tratamiento IRA	2
20	NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación Neumonía	1	NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación Neumonía	1
		T	Tratamiento Neumonía	1		T	Tratamiento Neumonía	2
21	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	D	Evaluación Inicial Hipertensión Arterial en Nivel Primario	1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	D		
							Confirmación Hipertensión Arterial	3
			Monitoreo Continuo de Presión Arterial	2				
		T				Monitoreo Continuo de Presión Arterial	4	
			Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario	1		Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario	1	
			Control en pacientes hipertensos sin tratamiento farmacológico en Nivel Primario	2				
Exámenes anuales para pacientes hipertensos en control en Nivel Primario	3							
22	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS	T			EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS	T	Evaluación inicial Epilepsia en Nivel Secundario	10
			Tratamiento Integral año1 Nivel Primario Epilepsia No Refractaria	5			Tratamiento Integral año1 Nivel Primario Epilepsia No Refractaria	5
			Tratamiento Integral año 2 Nivel Primario	6			Tratamiento Integral a contar	6

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Epilepsia No Refractaria			del 2º año Nivel Primario Epilepsia No Refractaria		
			Tratamiento Año 1 Nivel Especialidad Epilepsia No Refractaria	7		Tratamiento Año 1 Nivel Especialidad Epilepsia No Refractaria	7	
			Tratamiento Año 2 Nivel Especialidad Epilepsia No Refractaria	8		Tratamiento a contar del 2º año Nivel Especialidad Epilepsia No Refractaria	8	
			Seguimiento Año 3 Epilepsia No Refractaria	3				
			Seguimiento Año 4 Epilepsia No Refractaria	9				
23	SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS	T	Prevención y Educación Salud Oral 6 años	1	SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS	Diagnóstico y tratamiento preventivo Salud Oral	1	
			Tratamiento Salud Oral 6 años	2		Tratamiento Salud Oral 6 años	2	
241	PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO	D	Confirmación Síntomas Parto Prematuro	1	PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO	D	Confirmación Síntomas Parto Prematuro	1
		T	Tratamiento Síntomas Parto Prematuro	1		T	Tratamiento Síntomas Parto Prematuro	1
			Control de Embarazadas con Síntomas Parto Prematuro	2		T	Control de Embarazadas con Factores de Riesgo y/o Síntomas Parto Prematuro	2
25	TRASTORNOS DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO	D	Confirmación Trastorno de Conducción	1	TRASTORNOS DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO	D	Confirmación Trastorno de Conducción	1
			Estudios Electrofisiológicos	2			Estudios Electrofisiológicos	2
		T	Implantación Marcapasos Unicameral VVI	2		T	Implantación Marcapasos Unicameral VVI	2
			Recambio Marcapasos Unicameral VVI	3			Recambio Marcapasos Unicameral VVI	3

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013			
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES	
			Implantación Marcapasos Bicameral DDD	4			Implantación Marcapasos Bicameral DDD	4	
			Recambio Marcapasos Bicameral DDD	5			Recambio Marcapasos Bicameral DDD	5	
		S	Seguimiento Trastorno de Conducción 1º año	2		S	Seguimiento de Trastorno de Conducción 1º año	2	
			Seguimiento Trastorno de Conducción 2º año	3			Seguimiento de Trastorno de Conducción a contar del Segundo año	3	
26	COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS	D	Confirmación Colelitiasis	1	COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS	D	Confirmación Colelitiasis	1	
		T	Intervención Quirúrgica Colelitiasis	1		T	Colecistectomía vía laparoscópica	1	
								Colecistectomía abierta	2
27	CÁNCER GÁSTRICO	D	Sospecha Cáncer Gástrico: Screening Nivel Especialidad	1	CÁNCER GÁSTRICO	D	Sospecha Cáncer Gástrico personas mayores de 40 años y más Nivel Especialidad	1	
			Confirmación Cáncer Gástrico Nivel Especialidad	2					
								Confirmación Cáncer Gástrico Nivel Especialidad	3
		T	Tratamiento Intervención Quirúrgica Cáncer Gástrico	1		T			
								Etapificación Cáncer Gástrico personas mayores de 40 años y más Nivel Especialidad	3
								Intervención Quirúrgica Resección Endoscópica Cancer Gástrico Incipiente	4

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
							Intervención Quirúrgica Gastrectomía Cáncer Gástrico Incipiente por Laparoscopia	5
							Intervención Quirúrgica Gastrectomía Cáncer Gástrico Incipiente por Laparotomía	6
							Intervención Quirúrgica Cáncer Gástrico Avanzado	7
			Evaluación post Quirúrgica Cáncer Gástrico	2			Evaluación post Quirúrgica Cáncer Gástrico	2
28	CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	T	Etapificación Cáncer de Próstata	1	CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	T		
							Etapificación Cáncer de Próstata	6
			Intervención Quirúrgica Tumores Malignos de Próstata	2			Intervención Quirúrgica Tumores Malignos de Próstata	2
			Intervención Quirúrgica Orquidectomía	3			Intervención Quirúrgica Orquidectomía	3
			Tratamiento Radioterapia Cáncer de Próstata	4			Tratamiento Radioterapia Cáncer de Próstata	4
			Hormonoterapia	5			Hormonoterapia	5
							Hospitalización asociada a Quimioterapia Cáncer de Próstata	7
		S	Seguimiento Cáncer de Próstata	1		S	Seguimiento Cáncer de Próstata	1
29	VICIOS DE REFRACCIÓN EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación Vicio Refracción (miopía, astigmatismo, hipermetropía)	1	VICIOS DE REFRACCIÓN EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación Vicio Refracción (miopía, astigmatismo, hipermetropía)	1
		T	Tratamiento Presbicia pura (entrega de	1		T	Tratamiento Presbicia pura	1

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			lentes)			(entrega de lentes)		
			Tratamiento Vicio Refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)	2		Tratamiento Vicio Refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)	2	
30	ESTRABISMO EN MENORES DE 9 AÑOS	D	Confirmación Estrabismo en menores de 9 años	1	ESTRABISMO EN PERSONAS MENORES DE 9 AÑOS	D	Confirmación Estrabismo en menores de 9 años	1
		T	Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años	1		T	Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años	1
			Tratamiento Médico Estrabismo menores de 9 años	3			Tratamiento Médico Estrabismo menores de 9 años	3
31	RETINOPATÍA DIABÉTICA	D	Confirmación Retinopatía Diabética	1	RETINOPATÍA DIABÉTICA	D	Confirmación Retinopatía Diabética	1
		T	Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética	1		T	Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética	1
			Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética	2			Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética	2
32	DESprendimiento DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO	D	Confirmación Desprendimiento Retina	1	DESprendimiento DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO	D	Confirmación Desprendimiento Retina	1
		T	Vitrectomía	1		T	Tratamiento Vitrectomía Desprendimiento de Retina	1
			Cirugía Desprendimiento Retina	2			Cirugía Desprendimiento Retina	2
33	HEMOFILIA	D	Confirmación de Hemofilia en la Sospecha o Primer Episodio Hemorrágico	1	HEMOFILIA	D	Confirmación de Hemofilia en la Sospecha o Primer Episodio Hemorrágico	1
		T	Profilaxis en menores de 15 años	2		T	Profilaxis en menores de 15 años	2

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Tratamiento de Eventos Graves para personas de 15 años y más	3			Tratamiento de Eventos Graves para personas de 15 años y más	3
			Tratamiento de Eventos Graves para personas menores de 15 años	4			Tratamiento de Eventos Graves para personas menores de 15 años	4
			Tratamiento de Eventos No Graves para personas de 15 años y más	5			Tratamiento de Eventos No Graves para personas de 15 años y más	5
			Tratamiento de Eventos No Graves para personas menores de 15 años	6			Tratamiento de Eventos No Graves para personas menores de 15 años	6
			Exámenes anuales de Control Hematológico para todo Paciente Hemofílico	7			Exámenes anuales de Control Hematológico para todo Paciente Hemofílico	7
			Exámenes anuales de Control Microbiológico e Imagenológico para todo Paciente Hemofílico	8			Exámenes anuales de Control Microbiológico e Imagenológico para todo Paciente Hemofílico	8
34	DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	T	Tratamiento Depresión Leve	3	DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	T	Tratamiento Depresión Leve	3
			Tratamiento Depresión Moderada	4			Tratamiento Depresión Moderada	4
			Tratamiento Depresión Grave Año 1	5			Tratamiento Depresión Grave Año 1	5
			Tratamiento Depresión con Psicosis, Trastorno Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 1	6				

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
							Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida, o Refractoriedad Año 1	8
			Tratamiento Depresión Grave y Tratamiento Depresión con Psicosis, Trastorno Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractoriedad Año 2	7				
							Tratamiento Depresión Grave y Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida, o Refractoriedad Año 2	9
35	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA EN PERSONAS SINTOMÁTICAS	T			TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA EN PERSONAS SINTOMÁTICAS	T	Tratamiento Farmacológico Hiperplasia Próstata	3
			Tratamiento Quirúrgico Hiperplasia Próstata	1			Tratamiento Quirúrgico Hiperplasia Próstata	1
			Evaluación post Quirúrgica Hiperplasia Próstata	2			Evaluación post Quirúrgica Hiperplasia Próstata	2
36	ÓRTESIS (O AYUDAS TÉCNICAS) PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	T	Atención kinesiológica	1	ÓRTESIS (O AYUDAS TÉCNICAS) PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	T	Atención kinesiológica	1
			Ortesis (bastón)	2			Ortesis (bastón)	2
			Ortesis (silla de ruedas)	3			Órtesis (silla de ruedas)	3
			Ortesis (andador)	4			Órtesis (andador)	4
			Ortesis (andador de paseo)	5			Órtesis (andador de paseo)	5
			Ortesis (cojín antiescaras)	6			Órtesis (cojín antiescaras)	6
			Ortesis (colchón antiescaras)	7			Órtesis (colchón antiescaras)	7
37	ACCIDENTE CEREBROVASCULA	D	Confirmación Accidente Cerebro Vascular	1	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	D	Confirmación Accidente Cerebro	1

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
	R ISQUÉMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS		Isquémico		ISQUÉMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS		Vascular Isquémico	
		T	Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico	1		T		
		S	Seguimiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico	1		S	Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico	2
38	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO	D	Confirmación EPOC	1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO	D	Confirmación EPOC	1
		T	Tratamiento EPOC bajo riesgo	1		T	Tratamiento EPOC bajo riesgo	1
			Tratamiento EPOC alto riesgo	2				
			Tratamiento EPOC exacerbaciones	3			Tratamiento EPOC alto riesgo	4
					Tratamiento EPOC exacerbaciones	3		
39	ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE EN MENORES DE 15 AÑOS	D	Confirmación Asma Bronquial en menores de 15 años	1	ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE EN MENORES DE 15 AÑOS	D	Confirmación Asma Bronquial en menores de 15 años	1
		T	Tratamiento asma moderado estable Atención Primaria en menores de 15 años	1		T	Tratamiento asma moderado estable Atención Primaria en menores de 15 años	1
			Tratamiento asma moderado y grave estable Nivel Especialidad en menores de 15 años	2			Tratamiento asma moderado y grave estable Nivel Especialidad en menores de 15 años	2
			Tratamiento Exacerbaciones Atención Primaria en menores de 15 años	3				
					Tratamiento Exacerbaciones Atención Primaria en menores de 15 años	5		

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Tratamiento Exacerbaciones Nivel Especialidad en menores de 15 años	4				
							Tratamiento Exacerbaciones Nivel Especialidad en menores de 15 años	6
40	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO	T	Enfermedad de la Membrana Hialina: Confirmación y Tratamiento	1	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO	T	Enfermedad de la Membrana Hialina: Confirmación y Tratamiento	1
			Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento	2			Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento	2
			Hernia Diafragmática: Tratamiento Especializado con Oxido Nítrico	3			Hernia Diafragmática: Tratamiento Especializado con Oxido Nítrico	3
			Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y Tratamiento	4			Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y Tratamiento	4
			Hipertensión Pulmonar Persistente, Aspiración de Meconio y Bronconeumonía: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico	5			Hipertensión Pulmonar Persistente, Aspiración de Meconio y Bronconeumonía: Tratamiento Especializado con Óxido Nítrico	5
			Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento	6				
			Bronconeumonía: Confirmación y Tratamiento	7			Bronconeumonía: Confirmación y Tratamiento	7
41	TRATAMIENTO MÉDICO EN	T	Tratamiento Artrosis	1	TRATAMIENTO MÉDICO EN PERSONAS DE 55	T	Tratamiento Artrosis Nivel	1

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013			
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES	
	PERSONAS DE 55 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA, LEVE O MODERADA		Nivel Primario		AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA, LEVE O MODERADA		Primario		
			Tratamiento Artrosis Nivel Especialidad	2			Tratamiento Artrosis Nivel Especialidad	2	
42	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES	D	Confirmación Ruptura Aneurisma Cerebral	1	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES	D	Confirmación Ruptura Aneurisma Cerebral	1	
		T	Tratamiento Quirúrgico Ruptura Aneurisma Cerebral	1					
			Tratamiento Vía Vascular Coil de Ruptura Aneurisma Cerebral	2					
		S	Seguimiento Ruptura Aneurisma Cerebral	1		S	Seguimiento Ruptura Aneurisma Cerebral	2	
43	TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS	D	Confirmación Tumores Sistema Nervioso Central	1	TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS	D			
			Confirmación Acromegalia	2					
		Confirmación Diabetes Insípida	3						
		T						T	Tratamiento medicamentoso indefinido Tumores

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
						Hipofisarios no funcionantes		
						Tratamiento medicamentoso indefinido y seguimiento Prolactinomas	6	
			Tratamiento Quirúrgico Tumores Sistema Nervioso Central	1				
						Tratamiento Quirúrgico Tumores Sistema Nervioso Central	7	
			Tratamiento Radioterapia Tumores Sistema Nervioso Central	2				
						Tratamiento Radioterapia Tumores Sistema Nervioso Central	8	
			Tratamiento Acromegalia	3				
						Tratamiento Acromegalia	9	
			Tratamiento Diabetes Insípida	4				
						Tratamiento Diabetes Insípida	10	
						Tratamiento Enfermedad de Cushing	11	
		S	Seguimiento Tumores Sistema Nervioso Central	1				
44	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR	T	Tratamiento Quirúrgico Hernia Núcleo Pulposos Lumbar	1	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR	T		
						Tratamiento Quirúrgico Hernia Núcleo Pulposos	2	
		S	Seguimiento Hernia Núcleo Pulposos Lumbar	1		S		

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
						Seguimiento Hernia Núcleo Pulposo	2	
45	LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación Leucemia Aguda	1	LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Confirmación Leucemia Aguda	1	
			Estudio Leucemia Aguda	2		Estudio Leucemia Aguda	2	
			Confirmación Leucemia Mieloide Crónica y Linfática Crónica	3		Confirmación Leucemia Mieloide Crónica y Linfática Crónica	3	
			Estudio Leucemia Crónica	4		Estudio Leucemia Crónica	4	
		T	Tratamiento Leucemia Aguda por Quimioterapia	1		Tratamiento Leucemia Aguda por Quimioterapia	1	
			Tratamiento Leucemia Crónica por Quimioterapia	2		Tratamiento Leucemia Crónica por Quimioterapia	2	
						Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica eosinofílica y recombinação de gen FIP 1L1 - PDGFRA	11	
			Quimioterapia Leucemia Linfática Crónica	3		Quimioterapia Leucemia Linfática Crónica	3	
			Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento Hidroxicarbamida	8		Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento Hidroxicarbamida	8	
			Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento inhibidor tirosin kinasa	9		Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento inhibidor tirosin kinasa	9	
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica	4		Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica	4	
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias	5		Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias	5	

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013					
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES			
			Linfoblásticas				Linfoblásticas				
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	6			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	6			
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	10			Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	10			
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Promielocítica Aguda	7			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Promielocítica Aguda	7			
		S	Seguimiento Leucemia Aguda	1		S	Seguimiento Leucemia Aguda	1			
			Seguimiento Leucemia Mieloide Crónica	2			Seguimiento Leucemia Mieloide Crónica	2			
			Seguimiento Leucemia Linfática Crónica	3			Seguimiento Leucemia Linfática Crónica	3			
		46	URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA	T		Absceso Submucoso o Subperióstico de Origen Odontológico	1	URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA	T	Absceso Submucoso o Subperióstico de Origen Odontológico	1
						Absceso de Espacios Anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial: Nivel Primario	7			Absceso de Espacios Anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial: Nivel Primario	7
						Flegmón Oro Cérvico Facial de Origen Odontogénico: Nivel Primario	8			Flegmón Oro Cérvico Facial de Origen Odontogénico: Nivel Primario	8
Gingivitis Úlcero Necrótica Aguda (GUNA) con Compromiso del Estado	2				Gingivitis Úlcero Necrótica Aguda (GUNA) con Compromiso del Estado	2					

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013			
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES	
			General			Estado General			
			Complicaciones Post Exodoncia	3					
			Traumatismos Dento Alveolares	4		Complicaciones Post Exodoncia	9		
			Pericoronaritis	5		Traumatismos Dento Alveolares	4		
			Pulpitis	6		Pericoronaritis	10		
						Pulpitis	6		
47	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS	T	Atención Odontológica del Adulto de 60 años	1	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS	T	Atención Odontológica del Adulto de 60 años	1	
48	POLITRAUMATIZADO O GRAVE	T	Tratamiento Politraumatizado sin Lesión Medular	1	POLITRAUMATIZADO GRAVE	T			
			Tratamiento Politraumatizado con Lesión Medular	2				Tratamiento Politraumatizado sin Lesión Medular	3
								Tratamiento Politraumatizado con Lesión Medular	4
49	TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO O GRAVE	D	Confirmación TEC Moderado y Grave	1	TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO O GRAVE	D	Confirmación TEC Moderado y Grave	1	
		T	Tratamiento TEC Moderado y Grave	1		T	Tratamiento TEC Moderado y Grave	1	
50	TRAUMA OCULAR GRAVE	D	Confirmación Trauma Ocular Grave	1	TRAUMA OCULAR GRAVE	D	Confirmación Trauma Ocular Grave	1	
		T	Tratamiento Médico Trauma Ocular Grave	2		T	Tratamiento Médico Trauma Ocular Grave	2	
			Tratamiento Quirúrgico Trauma Ocular Grave	3			Tratamiento Quirúrgico Trauma Ocular Grave	3	

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
		S	Seguimiento Traumatismo Ocular Grave	1		S	Seguimiento Traumatismo Ocular Grave	1
51	FIBROSIS QUÍSTICA	T			FIBROSIS QUÍSTICA	T	Etapificación pancreática	5
			Tratamiento Quística Grave	1				
							Tratamiento Quística Grave	6
			Tratamiento Farmacológico con Tobramicina para pacientes con Fibrosis Quística Grave	4				
							Tratamiento Farmacológico con Tobramicina para pacientes con Fibrosis Quística Grave y moderada	7
			Tratamiento Quística Moderada	2				
							Tratamiento Quística Moderada	8
			Tratamiento Quística Leve	3				
							Tratamiento Quística Leve	9
							Imunización de pacientes con Fibrosis Quística	10
52	ARTRITIS REUMATOIDEA	T	Tratamiento Farmacológico Tradicional Artritis Reumatoidea	1	ARTRITIS REUMATOIDEA	T		
							Tratamiento Farmacológico Tradicional Artritis Reumatoidea	2
53	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE RIESGO BAJO A	T	Plan Ambulatorio Básico	1	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE RIESGO BAJO A	T		
							Tratamiento Inicial	2

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
	MODERADO DE ALCOHOL Y DROGAS EN PERSONAS MENORES DE 20 AÑOS				MODERADO DE ALCOHOL Y DROGAS EN PERSONAS MENORES DE 20 AÑOS		Tratamiento de Refuerzo	3
		S	Plan de Seguimiento	1		S	Plan de Seguimiento	2
54	ANALGESIA DEL PARTO	T	Analgesia del Parto	1	ANALGESIA DEL PARTO	T	Analgesia del Parto	1
55	GRAN QUEMADO	T	Tratamiento paciente quemado grave menor de 15 años	1	GRAN QUEMADO	T	Tratamiento paciente quemado grave menor de 15 años	1
			Tratamiento paciente quemado crítico menor de 15 años	2			Tratamiento paciente quemado crítico menor de 15 años	2
			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	3			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	3
			Tratamiento paciente quemado grave de 15 años y más	4			Tratamiento paciente quemado grave de 15 años y más	4
			Tratamiento paciente quemado crítico de 15 años y más	5			Tratamiento paciente quemado crítico de 15 años y más	5
			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	6			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	6
			Cirugía Reparadora paciente quemado grave menor de 15 años	7			Cirugía Reparadora paciente quemado grave menor de 15 años	7
			Cirugía Reparadora paciente quemado crítico menor de 15 años	8			Cirugía Reparadora paciente quemado crítico menor de 15 años	8
			Cirugía Reparadora paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	9			Cirugía Reparadora paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	9

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Cirugía Reparadora paciente quemado grave de 15 años y más	10			Cirugía Reparadora paciente quemado grave de 15 años y más	10
			Cirugía Reparadora paciente quemado crítico de 15 años y más	11			Cirugía Reparadora paciente quemado crítico de 15 años y más	11
			Cirugía Reparadora paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	12			Cirugía Reparadora paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	12
			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave menor de 15 años	7			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave menor de 15 años	7
			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico menor de 15 años	8			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico menor de 15 años	8
			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	9			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	9
			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave de 15 años y más	10		S	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave de 15 años y más	10
			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico de 15 años y más	11			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico de 15 años y más	11
			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	12			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	12

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado grave menor de 15 años	13			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado grave menor de 15 años	13
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado crítico menor de 15 años	14			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado crítico menor de 15 años	14
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	15			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	15
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado grave de 15 años y más	16			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado grave de 15 años y más	16
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado crítico de 15 años y más	17			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado crítico de 15 años y más	17
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	18			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	18
56	HIPOACUSIA BILATERAL EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REQUIEREN USO DE AUDÍFONO	T	Implementación Audífonos	1	HIPOACUSIA BILATERAL EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REQUIEREN USO DE AUDÍFONO	T	Implementación Audífonos	2
							S	Seguimiento a partir del primer año
242	RETINOPATÍA DEL PREMATURO	D	Sospecha y Confirmación del Retinopatía Prematuro	2	RETINOPATÍA DEL PREMATURO	D	Sospecha y Confirmación del Retinopatía Prematuro	2
		T	Fotocoagulación	2		T	Fotocoagulación	2
			Cirugía Vitreoretinal	3			Cirugía	3

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
						Vitreoretinal		
		S	Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1º año	1		S	Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1º año	1
			Seguimiento Pacientes No Quirúrgico Retinopatía del Prematuro	2				
			Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 2º año	3			Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 2º año	3
							Seguimiento Pacientes No Quirúrgico Retinopatía del Prematuro	4
243	DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO	T	Tratamiento Displasia Broncopulmonar	4	DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO	T	Tratamiento Displasia Broncopulmonar	4
		S	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1º año	1		S	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1º año	1
			Seguimiento Displasia Broncopulmonar 2º año	2		S	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 2º año	2
244	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO	D	Screening Auditivo Automatizado del Prematuro	1	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO	D	Screening Auditivo Automatizado del Prematuro	1
			Confirmación Hipoacusia del Prematuro	2			Confirmación Hipoacusia del Prematuro	2
		T	Implementación Bilateral Audifono	1		T	Implementación Bilateral Audifono	1
			Implante Coclear	2			Implante Coclear	2
		S	Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audifono e implante coclear) 1º año	1		S	Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audifono e implante coclear) 1º año	1

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audífono e implante coclear) 2º año	2			Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audífono e implante coclear) 2º año	2
							Seguimiento en Hipoacusia confirmada del prematuro tercer año	3
60	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	T	Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Primario	1	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	T	Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Primario	1
			Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Especialidad	2				
							Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Especialidad	3
61	ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación Asma Bronquial en personas de 15 años y más	1	ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación Asma Bronquial en personas de 15 años y más	1
			Confirmación Asma Bronquial Atípico en personas de 15 años y más	2			Confirmación Asma Bronquial Atípico en personas de 15 años y más	2
		T	Tratamiento Asma Bronquial Nivel Primario en personas de 15 años y más	1		T	Tratamiento Asma Bronquial Nivel Primario en personas de 15 años y más	1
			Tratamiento Asma Bronquial Nivel Especialidad en personas de 15 años y más	2			Tratamiento Asma Bronquial Nivel Especialidad en personas de 15 años y más	2
			Tratamiento Exacerbaciones Nivel Primario en personas de 15 años y más	3			Tratamiento Exacerbaciones Nivel Primario en personas de 15 años y más	3
		62	ENFERMEDAD DE PARKINSON	T		Tratamiento Farmacológico Enfermedad de	1	ENFERMEDAD DE PARKINSON

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Parkinson en menores de 60 años				Parkinson en menores de 60 años	
			Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más	2			Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más	2
			Consulta Especialista	3			Evaluación Especialista	3
			Consulta Neurólogo	4			Consultoría Neurólogo	4
63	ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL	T	Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil	1	ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL	T		
							Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil	3
			Tratamiento Biológico Artritis Idiopática Juvenil	2				
							Tratamiento Biológico Artritis Idiopática Juvenil	4
64	PREVENCIÓN SECUNDARIA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL	T	Tratamiento Nefropatía	1	PREVENCIÓN SECUNDARIA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL	T	Tratamiento Nefropatía	1
			Consulta Especialista	2			Consulta Especialista	2
65	DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS	D	Screening Displasia Luxante de Caderas	1	DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS	D	Screening Displasia Luxante de Caderas	1
			Confirmación Displasia Luxante de Caderas	2				
				Confirmación Displasia Luxante de Caderas		3		
		T	Tratamiento Ortopédico Displasia Luxante de Caderas	1		T		
			Tratamiento Ortopédico Displasia Luxante de Caderas	2				

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013				
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		
66	SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA	T	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Primario	1	SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA	T	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Primario	1		
			Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Secundario	2						
							Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Secundario	3		
67	ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE REMITENTE	D	Confirmación Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	1	ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE	D	Confirmación Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	1		
			T	Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente			1	T	Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	1
				Tratamiento Brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente			2			
									Tratamiento Brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	4
				Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente			3		Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	3
68	HEPATITIS B	D	Confirmación y Evaluación pacientes con Antígeno de Superficie (HBsAg) Positivo	1	HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS HEPATITIS B	D	Evaluación inicial pacientes con Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B	1		
			T	Tratamiento Farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más			1	T	Tratamiento Farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más	1
				Tratamiento Farmacológico VHB crónica en menores de 15 años			2		Tratamiento Farmacológico VHB crónica en menores de 15 años	2

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
			Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento antiviral	3			Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento antiviral	3
			Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento con Peginterferón	4			Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento con Peginterferón	4
			Controles a pacientes VHB sin tratamiento farmacológico	5			Controles a pacientes VHB sin tratamiento farmacológico	5
69	HEPATITIS C	D	Confirmación del Virus de Hepatitis C	1	HEPATITIS C	T	Confirmación del Virus de Hepatitis C	3
		T	Evaluación paciente VHC pre tratamiento	1			Evaluación paciente VHC pre tratamiento	4
			Tratamiento Farmacológico del VHC	2			Tratamiento Farmacológico del VHC	2
							Controles a pacientes VHC sin tratamiento farmacológico	5
70					CÁNCER COLORECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	D	Etapificación y exámenes pre operatorios Cáncer Colorectal	1
						T	Cirugía cáncer colorectal	1
							Reconstitución del tránsito	2

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013			
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES	
71					CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL	D	Cirugía Diagnóstica y Etapificación Cancer de Ovario Epitelial	1	
							T	Quimioterapia Post Cirugía Estadio, Precoz 1° Línea	1
								Quimioterapia Neoadyuvante Estadios III - IV	2
								Quimioterapia Adyuvante Estadios IIB, IIC, III y IV	3
								Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario, sensible a platino	4
								Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario, resistente a platino	5
Exámenes e Imágenes asociado el Tratamiento con Quimioterapia Cáncer de Ovario	6								

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
							Epitelial	
						S	Seguimiento de Cáncer de Ovario Epitelial Primer año	1
							Seguimiento de Cáncer de Ovario Epitelial desde año 2 al año 5	2
72					CÁNCER VESICAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	T	Etapificación Cáncer Vesical	1
							Cirugía Cáncer Vesical Profundo	2
							Prevención Recurrencia Cáncer Vesical Superficial año 1	3
							Prevención Recurrencia Cáncer Vesical Superficial año 2 y 3	4
							Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Cáncer Vesical Superficial	5
							Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Cáncer Vesical Profundo	6
							Quimioterapia Neoadyuvante Cáncer Vesical Profundo	7
							Quimioterapia Adyuvante Cáncer Vesical Profundo, Post Cirugía	8
							Quimioterapia-Radioterapia Concomitante Cáncer Vesical Profundo, Sin	9

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013								
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES						
							Cirugía							
							Radioterapia Externa Intención Curativa	10						
						S	Seguimiento Cáncer Vesical Superficial Primer año	1						
							Seguimiento Cáncer Vesical Superficial desde año 2 al año 5	2						
							Seguimiento Cáncer Vesical Profundo Primer año	3						
							Seguimiento Cancer Vesical Profundo desde año 2 al año 5	4						
						73					OSTEOSARCOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	D	Confirmación y Etapificación Osteosarcoma	1
												T	Cirugía Osteosarcoma	1
													Quimioterapia Pre Operatoria Osteosarcoma	2
													Quimioterapia Post Operatoria Osteosarcoma	3
Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Osteosarcoma	4													
S	Seguimiento Osteosarcoma	1												
74					TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRÓNICAS DE LA VÁLVULA AÓRTICA EN PERSONAS DE 15	T	Tratamiento Quirúrgico No Complicados	1						
							Tratamiento Quirúrgico	2						

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
					AÑOS Y MÁS		Complicados	
							Control Anticoagulación	3
						S	Seguimiento Primer Año	1
							Seguimiento Segundo Año	2
75					TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	T	Tratamiento Trastorno Bipolar Año 1	1
							Tratamiento Trastorno Bipolar a partir del Año 2	2
76					HIPOTIROIDISMO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	T	Tratamiento Hipotiroidismo 1° año en el nivel primario	1
							Tratamiento Hipotiroidismo a partir del 2° año en el nivel primario	2
77					TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA EN MENORES DE 2 AÑOS	T	Implementación Audífono	1
							Implante Coclear	2
						S	Seguimiento Primer Año	1
							Seguimiento Segundo Año	2
							Seguimiento Tercer Año	3
78					LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	T	Tratamiento Lupus Leve Primer Año	1
							Tratamiento Lupus Leve a partir 2° Año	2
							Tratamiento Lupus Grave Primer Año	3
							Tratamiento Lupus Grave a partir 2° Año	4
							Hospitalización Lupus Grave	5

Nº	PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°01/2010			PROBLEMA DE SALUD	DECRETO SUPREMO N°04/2013		
		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES		CÓDIGO TIPO INTERV. SANITARIA	PRESTACION O GRUPO DE PRESTACIONES	CÓDIGO DE PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIÓN GES
						Rescate Farmacológico Lupus Grave Hospitalizado Refractario a Tratamiento	6	
						Rescate por plasmaféresis Lupus Grave Hospitalizado Refractario a Tratamiento	7	
79					TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRÓNICAS DE LAS VÁLVULAS MITRAL Y TRICUSPIDE EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	T	Tratamiento Quirúrgico Complicados No	1
						T	Tratamiento Quirúrgico Complicados	2
							Control Anticoagulación	3
						S	Seguimiento Primer Año	1
							Seguimiento Segundo Año	2
80					TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI	T	Tratamiento de Erradicación Helicobacter Pylori	1
						S	Evaluación del Tratamiento de Erradicación Helicobacter Pylori	1

Compendio de Información

Capítulo II Archivos Maestros

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

Título XII: Instrucciones sobre información estadística semanal de casos GES que deben proporcionar las isapres a la Superintendencia ⁵¹

Eliminado

⁵¹ 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.⁵²

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 Operaciones⁵³

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

⁵² Las instrucciones relativas al funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario forman parte del Compendio de Procedimientos.

⁵³ 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.

Título XIV: Composición de Cartera de Cotizantes Vigentes en Isapres Cerradas ⁵⁴:

Eliminado

⁵⁴ 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^{55 56}

1. Estructura del archivo

1. Características Generales del Archivo Maestro

CARÁCTERÍSTICAS	DESCRIPCION
Nombre Archivo	CAEC
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 • 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>

⁵⁵ 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.

⁵⁶ 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>
<p>Período de la información contenida</p>	<p>Enfermedades catastróficas o diagnósticos de beneficiarios que están acumulando deducible o</p>

en el Archivo	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 venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá considerar los beneficiarios (cotizantes y cargas) que registren movimiento en los campos (26) Monto Facturado, (27) Cobertura del Plan de Salud, (28) Cobertura CAEC y (29) Monto No Cubierto en los respectivos meses que integran el trimestre informado.

2. Estructura Archivo de Beneficiarios con CAEC

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

3. Definición de Estructura Archivo de Beneficiarios con CAEC

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 (SRCeI), 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 DEL COTIZANTE	<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. • 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 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.

		<ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal</p>

	COMPLEMENTARIO	<p>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. <p>Validadores de Consistencia:</p> <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	<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 numérico, sin punto,

		<p>coma decimal o guión.</p> <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"> • 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	<p>Indica el día, mes y año en que el beneficiario solicita a la Isapre su ingreso a la CAEC.</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.
(19)	FECHA DE AUTORIZACIÓN	<p>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> <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 ACUMULAR A	<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

		<p>decimales, utilizando para ello, el punto como separador de decimales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)	<p>MONTO DEDUCIBLE EN UF</p>	<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 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</p>

		<p>“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 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 de que se trata deberá ser recibido mensualmente en la Superintendencia de Salud, enviándose 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: 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 RUNDIG_VERIF_RUN	Numérico Alfanumérico	
(48)	IDENTIFICACIÓN LICENCIA CONTINUA	Numérico	
(49)	FECHA NACIMIENTO DEL HIJO	Numérico	

II.- Definiciones del Archivo Maestro de Licencias Médicas y SIL ⁵⁷

<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:</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.
<p>(02) CÓDIGO ISAPRE</p>	<p>Corresponde al número de identificación de la isapre, registrado en la Superintendencia.</p>

⁵⁷ Validaciones del archivo modificadas por la Circular IF/N°146, de 24 de marzo de 2011.

	<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.
<p>(03) FECHA DE LA INFORMACIÓN</p>	<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 resoluciones emitidas por la 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, con valor distinto de cero. ▪ Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año. ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero. ▪ El mes y año debe corresponder al mes y año en curso que se está informando.
<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.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe informarse siempre, no se acepta vacío, blanco o cero.
(08) EDAD TRABAJADOR	<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.
(09) SEXO TRABAJADOR	<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”.

<p>(10) ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR</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. ▪ 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
<p>(11) OCUPACIÓN</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, 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	<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 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	<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. ▪ 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	<p>Debe obtenerse de la sección A.5 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 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</p>	<p>Debe obtenerse de la sección B del</p>

<p>CONTRALORÍA MÉDICA</p>	<p>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. ▪ 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

	<p>RESOLUCIÓN es igual a 1 (Autorícese), entonces el valor de este campo no puede ser mayor que el campo (06) N° DE DÍAS.</p>
<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</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:

	<p>1 = Autorícese 2 = Rechácese 3 = Amplíese 4 = Redúcese</p>
(20) PERÍODO	<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
(21) REPOSO AUTORIZADO	<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: <ul style="list-style-type: none"> 1 = Reposo total 2 = Reposo parcial A (mañana) 3 = Reposo parcial B (tarde) 4 = Reposo parcial C (noche) <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.
(24) FECHA RESOLUCIÓN 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 (posterior) al valor informado en el campo (23) FECHA RECEPCIÓN ISAPRE
(25) FECHA RECEPCIÓN EMPLEADOR	<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.
(26) CÓDIGO COMUNA	<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. ▪ 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	Debe obtenerse de la sección C.2 del

	<p>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 C = CCAF D = Empleador E = Servicio de salud F = Mutual G = INP H = Empleador <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.
(30) N° DÍAS A PAGAR	<p>Corresponde al número total de días con derecho a subsidio que la isapre debe pagar.</p> <p>Deberá informarse siempre el total de</p>

	<p>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 valor informado en este campo debe ser cero (0).▪ Si el campo (29) ENTIDAD PAGADORA es distinto de "B" (Isapre), entonces el valor informado en este campo debe ser cero (0).▪ Si el campo (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
--	---

	<p>campo (30) N° DÍAS A PAGAR debe ser igual al campo (17) N° DÍAS AUTORIZADOS menos tres (3).</p>
<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 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>(32) MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE</p>	<p>Corresponde al monto total en pesos a pagar a la isapre que esté afiliado el trabajador por concepto de cotizaciones de salud.</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).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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).
<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

	<p>vacío, blanco o cero.</p> <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 APOORTE PREVISIONAL ISAPRE o el campo (37) MONTO APOORTE PREVISIONAL PARA PENSIONES, es igual a cero (0), entonces el valor de este campo debe ser 01011800. ▪ Si el campo (32) MONTO APOORTE PREVISIONAL ISAPRE o el campo (37) MONTO APOORTE PREVISIONAL PARA PENSIONES es distinto de cero (0), entonces el valor de este campo debe ser distinto de 01011800.
(35) RECUPERABILIDAD	<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
(36) FECHA DE CONCEPCIÓN	<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 APOORTE 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

	<p>informarse con todos los caracteres definidos en el código, incluyendo puntos o símbolos especiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ 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 9 = En el caso de que no exista rechazo o modificación, se deberá informar este valor. <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).
(44) FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	<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. ▪ 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</p>

	<p>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. <p>Dígito Verificador RUN del Empleador:</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 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

	<p>formulario "Licencia Médica" o bien al folio de la licencia médica electrónica.</p> <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 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 Consistencia⁵⁸

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.

⁵⁸ 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 representados en el archivo que se envía, en razón del porcentaje definido por la Superintendencia.

III. Estructura de registro del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones de la isapre y Reliquidaciones

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	IDENTIFICACIÓN LICENCIA COLOR NÚMERO	Alfabético Numérico
(02)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico
(03)	FECHA INFORMACIÓN	Numérico
(04)	TIPO DE SITUACIÓN	Numérico
(05)	TIPO DE FALLO	Numérico
(06)	FECHA DE RECEPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE LA COMPIN	Numérico
(07)	IDENTIFICACIÓN DE LA COMPIN	Numérico
(08)	NÚMERO DE LA RESOLUCIÓN COMPIN	Alfanumérico
(09)	N° DÍAS A PAGAR	Numérico
(10)	MONTO SUBSIDIO LÍQUIDO	Numérico
(11)	MONTO APORTE PREVISIONAL ISAPRE	Numérico
(12)	PLAZO OTORGADO POR COMPIN	Numérico
(13)	FECHA CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN	Numérico
(14)	MONTO APORTE PREVISIONAL DE PENSIONES	Numérico

IV. Definiciones del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones ⁵⁹

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 el 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.

⁵⁹ Validaciones del archivo modificadas por la Circular IF/N°146, de 24 de marzo de 2011.

<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. Ambos campos deben separarse por el carácter “ ”. Por ejemplo el Formulario C222 debe informarse como C 222. <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.
<p>(02) CÓDIGO ISAPRE</p>	<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.
<p>(03) FECHA DE LA INFORMACIÓN</p>	<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.
<p>(04) TIPO DE SITUACIÓN</p>	<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: 0 = En caso de efectuarse sólo una reliquidación. 1 = Acoge el reclamo del cotizante. 2 = Acoge parcialmente el reclamo del

	<p>cotizante.</p> <p>3 = Rechaza el reclamo del cotizante</p> <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</p>

	<p>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 a la que esté afiliado el trabajador, de acuerdo a lo resuelto por la COMPIN o la propia</p>

	<p>isapre.</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). ▪
<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

	<p>decimal o guión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 en los Anexo N° 1 y N° 2 de este Título, a más tardar el día diez del mes siguiente a aquél que se informa.

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

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 ⁶⁰	
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	
0152	Negativa isapre a modificar prestador preferente	

⁶⁰ Hoy, artículo 194 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

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 imposibilidad 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	

5. 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 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.

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 **ICCCAAA.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 isapres⁶¹

Eliminado

⁶¹ Derogado por la Circular IF/N° 174, de 27 de julio de 2012.

Título XIX: Excedentes de cotización ⁶²

Con el propósito de obtener información de mayor exactitud respecto de los excedentes de cotización que se generan, se requiere a las Instituciones de Salud Previsional enviar dicha información, en los términos definidos en el Anexo denominado ARCHIVO MAESTRO “EXCEDENTES DE COTIZACIÓN” de este Título.

Periodicidad y plazo de envío

La transferencia de este archivo, se realizará a través de la red privada denominada Extranet SIS.

Los archivos deberán ser remitidos trimestralmente a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, a más tardar, el día 30 del mes siguiente al trimestre que se informa. Se debe aclarar que la información remitida, deberá ser detallada e individualizada por cada uno de los meses que forman parte del trimestre que se envía en el archivo.

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

⁶² Título modificado por la Circular IF/N°208, de 27 de diciembre de 2013.

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	Trasposos 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	Trasposos 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 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</p>

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	<p>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>⁶³, 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 línea. Por lo tanto, todas las otras variables que no se informan en ese registro deberán venir en cero.</p>
<p>Periodicidad de envío del Archivo</p>	<p>Trimestral, el día 30 del mes siguiente al trimestre que se informa, con excepción del último trimestre del año</p>

⁶³ Se entenderá que es posible agrupar o sumar montos por conceptos iguales o que pertenecen a una misma "categoría definida" para informarlos.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	<p>que se deberá remitir a esta Superintendencia, el último día del mes de febrero del año siguiente⁶⁴, con el fin de posibilitar la validación de la información contenida en este archivo, con la de la FEFI de cada ejercicio.</p> <p>Los plazos que venzan en días sábado, domingo o festivos, se prorrogarán automáticamente al día hábil siguiente.</p>
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	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</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.

⁶⁴ 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	Trasposos 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> Campo de tipo numérico. 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 1: Pago de cotizaciones (por cesantía) 2: Copago 3: Financiamiento de Prestaciones de Salud no cubiertas por contrato 4: Cotizaciones Adicionales Voluntarias 5: Financiar Plan de Salud (en proceso de pensionarse) 6: Pago de cuota de préstamo</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

Usaple	Trimestre	Rut	DV	Periodo Remuneración	Periodo Recaudación	Mes Generación	Saldo Contable Inicial	Excedentes Generados	Reajuste	Intereses	Comisión	Usos	Destino Usos	Otros Cargos	Clasif. Otros Cargos	Traspaso Efectuado	Traspaso Recibido	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	11

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	12
xx	201402	2	7	180001	180001	180001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
xx	201403	2	7	180001	180001	180001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14

Observaciones : Los valores Usos, Otros cargos y Otros incrementos deben informarse agrupados por clasificación.

Título XX: Cotizaciones de Salud⁶⁵

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 ⁶⁶.

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 persona cotizante y empleador, correspondientes al mes que

⁶⁵ Título reemplazado por la Circular IF/N°159, de 12 de octubre de 2011.

⁶⁶ Modificado por la Circular IF/N° 170, de 8 de mayo de 2012.

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
	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, el último día hábil del mes siguiente al mes que se refiere la información que se envía.
Fecha de Cierre de la información que se envía	La información que contenga este archivo al momento de su envío, deberá incluir todas las operaciones efectuadas por la isapre hasta el último día del mes informado.

2 Estructura del Archivo Maestro.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Periodo de Información	Numérico
02	Código Aseguradora	Numérico
03	RUN de la Persona Cotizante	Numérico
04	DV del RUN de la persona Cotizante	Alfanumérico
05	Tipo de pago	Numérico
06	Número planilla cotización	Alfanumérico
07	Tipo de ente o entidad encargada del pago	Numérico
08	RUT del empleador	Numérico
09	DV del RUT del empleador	Alfanumérico
10	Nombre o Razón Social del ente pagador	Alfanumérico
11	Comuna del ente pagador	Alfanumérico
12	Ciudad del ente pagador	Alfanumérico
13	Región del ente pagador	Alfanumérico
14	Remuneración imponible	Numérico
15	Remuneración imponible corregida	Numérico
16	Cotización legal obligatoria	Numérico
17	Cotización legal obligatoria corregida	Numérico
18	Cotización adicional voluntaria	Numérico
19	Cotización adicional voluntaria corregida	Numérico
20	Cotización pactada	Numérico
21	Cotización total	Numérico
22	Cotización total corregida	Numérico
23	Tipo planilla	Numérico
24	Período de remuneración	Numérico
25	Fecha de pago	Numérico
26	Período Desde (aplicable para tipo pago 4 "gratificaciones" y 5 "Otros")	Numérico
27	Período Hasta (aplicable para tipo pago 4 "gratificaciones" y 5 "Otros")	Numérico
28	RUT de la entidad pagadora subsidio	Numérico
29	DV del RUT de la entidad pagadora subsidio	Alfanumérico

30	Modalidad de Pago de Cotizaciones	Alfabético
----	-----------------------------------	------------

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

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Periodo de Información	<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> <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

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN		
04	DV del RUN de la Persona Cotizante.	<p>informarse siempre.</p> <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 afiliado <u>que se encuentre formalizado a través del</u> o los FUN vigentes en el periodo que corresponda.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u> Campo de tipo alfanumérico.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. y K, ▪ informarse siempre. </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> Valores Debe </td> </tr> </table> <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. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. y K, ▪ informarse siempre. 	Valores Debe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. y K, ▪ informarse siempre. 	Valores Debe			
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 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>		

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.
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. ▪ 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</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p>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> <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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
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> <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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
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 obligatoria legal	<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. ▪ 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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		-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> <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.

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
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 que difieran de lo informado para el mismo período</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		en el campo 21. <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <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	Corresponde al tipo de pago que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica según el siguiente detalle: 0 = No declaración y no pago 1 = Normal 2 = Atrasado 3 = Adelantado <u>Validadores Técnicos del campo:</u> <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 ⁶⁷	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. 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.
25	Fecha de pago	Corresponde al día, mes y año en que se recaudó la cotización de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.

⁶⁷ 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> <p>Cuando no corresponda informar pago de subsidios se deberá informar valor 0.</p>

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
		<p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tipo alfanumérico. Campo de ▪ utilizarse carácter separador de miles. No debe
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"> ▪ tipo alfanumérico. Campo de ▪ utilizarse carácter separador de miles. No debe
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.

Capítulo III Instrucciones de carácter económico y financiero

Título I: Instrucciones relativas a la Ficha Económica y Financiera de Isapre (F.E.F.I.)⁶⁸

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)

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 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.

⁶⁸ Título modificado por la Circular IF/N° 140, de 12 de enero de 2011.

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.

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.

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

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

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 ⁶⁹ 19. N° DE SUCURSALES

--	--	--

20. AUDITORES EXTERNOS

--

⁶⁹ Instrucciones sobre la fuerza de ventas y su registro contenidas en el Compendio de Procedimientos.

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	51003

resultado integral	
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
--	----------------------------	---

<i>Flujos de efectivo procedentes de (utilizados en) actividades de operación</i>	Título	Título
<i>Clases de cobros por actividades de operación</i>	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
<i>Clases de pagos</i>	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	Título	Título

equivalentes al efectivo		
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.

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

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													
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													

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

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 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/X0													

Declaración de Responsabilidad

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 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 equivalentes⁷⁰.

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 previsional 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 previsional 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.

⁷⁰ 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.

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

Cuenta IFRS	Circular 29
12060	13060

DE CONTRATOS DE SALUD

Registra el reconocimiento de un activo, por los costos relacionados con la adquisición, renovación y fidelización de los contratos de salud asociados a la cartera vigente de personas cotizantes a la fecha de cierre contable.

En su determinación se podrán incluir por ejemplo remuneraciones fijas, comisiones de agentes de ventas, gastos de administración relacionados directamente con la suscripción y renovación de contratos, gastos por fidelización de la cartera, otras rentas variables asociadas a la fuerza de venta, entendiéndose por tales premios, incentivos, bonos, participación en las utilidades, vacaciones, etc.

Posteriormente 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 además de los parámetros y metodología usadas 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.

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 PRESTACIONES OCURRIDAS Y NO LIQUIDADAS

Cuenta IFRS	Circular 29
21040	21050

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, dado que se encuentran en los siguientes estados de clasificación:

- 1.- Prestaciones y Subsidios por Incapacidad Laboral ocurridos y no reportados a la isapre
- 2.- Prestaciones y 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:

Prestaciones (SIL) Ocurridas y no Liquidadas registradas en los 3 meses siguientes

Costo Real de las prestaciones (SIL) registradas contablemente en el mes reportado

Tasa Promedio: $\frac{\Sigma \text{Tasa porcentual mensual}}{12}$

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° 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 reclamaciones 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.⁷¹

Cuarto párrafo eliminado.⁷²

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

⁷¹ Circular IF/N° 226 de 2014.

⁷² Párrafo eliminado a través de Circular IF/N° 226 de 2014.

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.

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.

PRESTACIONES EN LITIGIO

Cuenta IFRS	Circular 29
30020	- (Nueva Cta.)

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
Familiares F.U.P.F.**

Cuenta IFRS	Circular 29
40260	40120

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.

NOTAS EXPLICATIVAS

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

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 de 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	Origen y naturaleza	Tipos de	Monto de los créditos	Saldo	Saldo no
----------	---------------------	----------	-----------------------	-------	----------

relación del deudor o acreedor con la isapre	de los créditos u obligaciones	reajustes e intereses pactados	u obligaciones documentado o no documentado.	afecto a garantía	afecto a garantía.

NOTA N° 5 ACTIVO POR COSTOS DE ADQUISICIÓN DE CONTRATOS DE SALUD

Esta nota detallará los saldos de los costos activados y su amortización, incluyendo los conceptos utilizados en su determinación según el siguiente detalle:

CONCEPTO	MONTO M\$
Incluir el detalle de cada concepto usado para su determinación	Incluir el monto por cada concepto detallado en la columna precedente.
Saldo Bruto	
Amortización	
Saldo Neto	

Descripción metodología de cálculo empleada	:
Definición de parámetros empleados	:

NOTA N° 6 PROVISIÓN DE PRESTACIONES OCURRIDAS Y NO LIQUIDADAS.

En esta nota debe exponerse en detalle las cifras y rango de períodos empleados para la determinación de la Provisión por Prestaciones Ocurridas y no Liquidadas, de acuerdo al cuadro informativo que se ejemplifica a continuación:

Medición Prestaciones Ocurridas y No Liquidadas a SEPTIEMBRE XX1					
Prestaciones Ocurridas y No Liquidadas (Período Base)		Costo Real registrado en M\$	% Prestaciones Ocurridas y No Liquidadas <hr/> Costo Real	TASA	Provisión
Ocurridas en	Registradas en (Monto M\$)				
Julio XX0	Agosto XX0	Julio XX0	%	Σ % 12	Σ % * (Costo real septiembre xx1) 12
	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				

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

	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 Ocurridos y No Liquidados SEPTIEMBRE XX1						
SIL Ocurrido y No Liquidado (Período Base)		Costo Real registrado en (Monto M\$)	% SIL en Ocurrido y No Liquidado ----- Costo Real	TASA	Provisión	
Ocurridas en	Registradas en (Monto M\$)					
Julio XX0	Agosto XX0	Julio XX0	%			
	Septiembre XX0					
	Noviembre XX0					
Agosto XX0	Septiembre XX0	Agosto XX0	%	Σ % 12	Σ % * (Costo real septiembre xx1) 12	
	Octubre XX0					
	Noviembre XX0					
Septiembre XX0	Octubre XX0	Septiembre XX0	%			
	Noviembre XX0					
	Diciembre XX0					
Octubre	Noviembre	Octubre	%			

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

XX0	XX0	XX0			
	Diciembre XX0				
Noviembre XX0	Enero XX1	Noviembre XX0		%	
	Diciembre XX0				
	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 (Periodo Base)		Costo Real registrado en M\$	% Prestaciones en Litigio ----- Costo Real	TASA	Provisión
Ocurridas en	Registradas en (Monto M\$)				
Julio XX0	Agosto XX0	Julio XX0	%	$\sum \frac{\%}{12}$	$\sum \frac{\%}{12} * (\text{Costo real septiembre xx1})$
	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				

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	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	%	$\sum \frac{\%}{12}$	$\sum \frac{\%}{12} * (\text{Costo real septiembre xx1})$
	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				

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

	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:

Concepto	Monto (M\$)
Saldo inicial del trimestre (corresponder al saldo final del trimestre anterior)	
Monto total de excedentes devengados en el trimestre	
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 de traspasos efectuados en el trimestre (menos)	
Monto total de traspasos recepcionados en el trimestre	
Saldo contable final del trimestre	
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	N° 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	N° Cotizantes	Monto M\$

- **Cotizaciones en rezago**

Periodo de Cotización	N° Cotizantes	Monto M\$

NOTA N° 11 INGRESOS POR COTIZACIÓN DE SALUD

INGRESOS POR COTIZACIONES DE SALUD	
Tipo	MONTO M\$
Cotización Legal (7%)	
Cotización Adicional Voluntaria	
Aporte Adicional	
Ingresos por Fondo de Compensación	
Total	

NOTA N° 12 COSTOS POR PRESTACIONES DE SALUD.

CONCEPTO	MONTO M\$
Costos por Prestaciones de Salud	
Subsidios por Incapacidad Laboral	
Prestaciones Ocurridas y no Liquidadas	
Prestaciones en Litigio	
Egresos por Fondo de Compensación	
Otros Costos de Operación	
Total	

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

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 (*)	

*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.⁷³

Tipo Provisión	Método del 10% M\$	Método actual M\$	Diferencia M\$
Ocurridas y No Liquidadas			
En Litigio			
Totales			
		Tercio(s)	

⁷³ 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:

- 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.
- 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.
- 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.

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

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.

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 recibe 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	30.026	XXX	

COMPENSACIÓN			
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

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:** Las Instituciones deberán mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. El cálculo del referido estándar se determinará de acuerdo a la siguiente fórmula⁷⁴:

$$\text{Razón} = \frac{\text{Patrimonio Total}}{\text{Pasivo Corriente + Pasivo No Corriente}}$$

2. **Estándar de liquidez:** Las instituciones deberán mantener un indicador de liquidez no inferior a 0,8 veces la relación entre el activo corriente y el pasivo corriente⁷⁵. Para efectos del cálculo del referido estándar, se considerarán parte integrante del activo circulante los instrumentos de largo plazo y de fácil liquidación y la garantía mantenida, exceptuados de esta última las boletas de garantía a la vista emitidas por bancos. El indicador se calculará según la siguiente fórmula⁷⁶:

$$\text{Razón} = \frac{\text{Activo Corriente + Instrumentos de largo plazo y de fácil liquidación + (Garantía constituida - las boletas de garantía incluidas en ella)}}{\text{Pasivo Corriente}}$$

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.⁷⁷

⁷⁴ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁷⁵ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁷⁶ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁷⁷ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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 indican⁷⁸:

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.	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	2. Enviar un archivo en formato PDF a través de la Extranet del portal Web de la Superintendencia de Salud, que corresponda al ejemplar físico del Informe Financiero Complementario y sus	
Octubre		
Noviembre		

⁷⁸ 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
Diciembre (Preliminar)	notas adjuntas, además de la Carta al Custodio, firmados por el Gerente General y Contador General de la isapre. 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 legales⁷⁹.

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 anterior⁸⁰.

⁷⁹ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁸⁰ 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 financiera⁸¹		
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		

⁸¹ 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 financiera⁸¹		
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)	<ol style="list-style-type: none"> 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. 4. Enviar un ejemplar físico de la información citada en el punto 3, firmados por el Gerente General y Contador General de la isapre. 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>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

Anexo

N°1

(formato)⁸²

INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD						
1.-ESTADOS FINANCIEROS AL:	DÍA	DE	MES	DE	AÑO	2.-CÓDIGO ISAPRE
3.-RAZÓN 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
11.-PRESIDENTE DEL DIRECTORIO						11.1.-RUT
12.-DIRECTORES						12.1.-RUT
13.-MAYORES ACCIONISTAS O APORTADORES DE CAPITAL						14.-% DE PROPIEDAD
15.-PATRIMONIO						
EN M\$						
EN U.F.						
16.-CAPITAL						
SUSCRITO EN M\$						
PAGADO EN M\$						
17.-N° TRABAJADORES	18.-N° VENDEDORES	19.-N° SUCURSALES				
20.-AUDITORES EXTERNOS						

⁸² Reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

INFORMACIÓN BASE PARA EL CÁLCULO DE INDICADORES DE PATRIMONIO, GARANTÍA Y LIQUIDEZ⁸³

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		

⁸³ 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

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	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

Anexo N° 1 (formato)

INFORMACIÓN BASE PARA EL CÁLCULO DE INDICADORES DE PATRIMONIO, GARANTÍA Y LIQUIDEZ

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		

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° 2⁸⁴.

C. Nota Adjunta

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 Superintendencia⁸⁵.

N° Secuencia	Nota Adjunta 1 ⁸⁶	Código FEFI de Referencia	Monto (M\$)
	Concepto Deudas		
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)		
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		

⁸⁴ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁸⁵ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁸⁶ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

	de Excesos		
30	Cápita por pagar		
32	Otras deudas con prestadores		
33	Cheques caducos a prestadores		

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 Superintendencia⁸⁷.

A modo de ejemplo, se citan las siguientes líneas como contenido mínimo de la nota:

	Nota Adjunta 3⁸⁸	Código	Monto
N°	Composición Sobregiro Contable	FEFI de Referencia	(M\$)
Secuencia			
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		

⁸⁷ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁸⁸ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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 ⁸⁹ 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		

⁸⁹ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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

90

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.

⁹⁰ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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.⁹¹

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:

⁹¹ Circular IF/N° 226 de 2014.

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 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 ⁹²

Eliminado

⁹² 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 inmediatamente anterior.

El correspondiente informe deberá completarse y remitirse mediante la Extranet de esta Superintendencia, conforme a la aplicación dispuesta para ello⁹³.

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 siguiente⁹⁴.

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.

⁹³ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁹⁴ 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 4⁹⁵.

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.

4.⁹⁶ 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 Beneficiarios⁹⁷

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO
(01)	CODIGO ISAPRE	NUMÉRICO
(02)	FECHA DE LA INFORMACIÓN	NUMÉRICO
(03)	INDICADOR DE VALORIZACIÓN	ALFABÉTICO

⁹⁵ Reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁹⁶ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

⁹⁷ Archivo destinado al pago de obligaciones con cargo a los fondos de la garantía

(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 laboral⁹⁸.</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>

⁹⁸ 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 COTIZACIÓN DE 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 pagada⁹⁹.</p> <p>En cualquier otro caso, debe informarse con un carácter "X".</p>

⁹⁹ 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 Salud¹⁰⁰

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.

¹⁰⁰ 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	<p>Corresponde a la identificación del documento emitido por la isapre para dejar constancia del</p>

	COMPROBANTE DE PAGO	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 garantía¹⁰¹.

Tales inventarios deberán estar confeccionados y disponibles el último día del mes siguiente al cierre contable que se informa, o bien, el día hábil siguiente en caso que dicha fecha corresponda a un día sábado o festivo.

El tiempo de almacenamiento de estos últimos, corresponderá a un período de 30 meses.

Modelos de Inventarios Computacionales para respaldar los ítems y saldos de las obligaciones con beneficiarios y prestadores médicos afectos a garantía.

1. Modelo de Inventario para el ítem N° 18 “Reembolsos por pagar”¹⁰².

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Rut Afiliado	Corresponde al número de RUT del cotizante titular del contrato de salud, sin incluir puntos y dígito verificador.
2	Dígito Verificador Rut Afiliado	Corresponde dígito verificador del RUT del cotizante titular del contrato de salud.
3	Identificación Afiliado	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado.
4	Tipo de Reembolso	Indica el tipo de reembolso de que se trata: - Reembolso ambulatorio - Reembolso hospitalario
5	Monto Total Prestación (es)	Corresponde al monto total de la (s) prestación (es) incluidas en el documento presentado a reembolso.
6	Monto Total Bonificación	Corresponde al monto total de la bonificación otorgada por la isapre según el plan de salud contratado por el afiliado.
7	Folio Solicitud de Reembolso	Corresponde al correlativo de los documentos presentados a reembolso ante la isapre.
8	Fecha Recepción Solicitud Reembolso	Corresponde a la fecha de recepción de la solicitud del reembolso por parte de la isapre. Su formato debe ajustarse a DD/MM/AAAA

¹⁰¹ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

¹⁰² Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

9	Fecha Visación o Autorización	Corresponde a la fecha en que la isapre autorizó el pago de la solicitud de reembolso. Su formato debe ajustarse a DD/MM/AAAA
10	Fecha Liquidación Reembolso	Corresponde a la fecha de liquidación del reembolso. Su formato debe ajustarse a DD/MM/AAAA
11	Código Cuenta Interno	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por concepto de reembolsos por pagar.

Nota:

- Por cada afiliado deben informarse la totalidad de boletas o facturas presentadas a la isapre, en forma separada.

2. Modelo de Inventario para el ítem N° 19 “Subsidios por pagar de cargo de la isapre”¹⁰³.

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Rut Afiliado	Corresponde al número de RUT del cotizante titular del contrato de salud, sin incluir punto y dígito verificador.
2	Dígito Verificador Rut Afiliado	Corresponde dígito verificador del RUT del cotizante titular del contrato de salud.
3	Identificación Afiliado	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado.
4	Rut Empleador	Corresponde al número de RUT del empleador informado en la licencia médica, sin incluir punto y dígito verificador.
5	Dígito Verificador Rut Empleador	Corresponde dígito verificador del empleador.
6	Número de licencia médica	Campo de tipo numérico, de largo 8, distinto de cero, correspondiente al folio impreso en el formulario.
7	Tipo de licencia	Indica el tipo de licencia de que se trata, y que es de cargo de la isapre, con los siguientes valores: 1. Enfermedad o accidente común. 2. Prorroga medicina preventiva. 7. Patología del embarazo.
8	Calidad del Trabajador	Debe corresponder a la calidad del trabajador informado en la licencia, con los siguientes valores:

¹⁰³ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

		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.
9	Fecha Visación	Corresponde a la fecha en que la Contraloría Médica de isapre resolvió la licencia médica. Su formato debe ajustarse a DD/MM/AAAA
10	Monto Subsidio	Corresponde a las obligaciones por pagar por concepto de subsidios por incapacidad laboral y sus respectivas cotizaciones previsionales originadas por licencias médicas de cargo de la isapre.
11	Monto Cotizaciones Previsionales AFP	
12	Monto Cotizaciones Previsionales Salud	
13	Monto Seguro Cesantía	
14	Tipo de pago	Corresponde a la modalidad de pago: - Empleador Público - Empleador Privado en Convenio - Privado sin Convenio
15	Código Cuenta Interno	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 previsionales.

Nota:

- Por cada afiliado deben informarse la totalidad de licencias médicas que figuren en el saldo de la deuda, en forma separada.

3. Modelo General de Inventario para Cheques Caducos que se relacionan con los ítemes que contienen obligaciones con beneficiarios y prestadores médicos¹⁰⁴.

- a. Ítem N°20 "Cheques Caducos a Beneficiarios".
- b. Ítem N°23 "Cheques Caducos de Excedentes de Cotización por traspasos y usos destinados a cobertura de reembolso".
- c. Ítem N°25 "Cheques Caducos Cotizaciones percibidas en exceso".
- d. Ítem N°33 "Cheques Caducos a prestadores".

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Rut Destinatario	Corresponde al número de RUT del destinatario del

¹⁰⁴ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

		cheque, sin incluir punto y dígito verificador.
2	Dígito Verificador Rut Destinatario	Corresponde dígito verificador del RUT del destinatario del cheque.
3	Identificación Destinatario	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado o razón social, según corresponda.
4	Número de Cheque	Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.
5	Monto del Cheque	Campo de tipo numérico, sin punto o coma decimal, con valor distinto de cero.
6	Fecha de Emisión	Corresponde a la fecha de emisión del cheque. Su formato debe ajustarse a DD/MM/AAAA
7	Concepto Giro	Indica el concepto por el cual fue girado el cheque, con los siguientes valores: <ul style="list-style-type: none"> - Reembolsos por pagar. - Subsidio por incapacidad laboral. - Excedentes de cotización. - Cotizaciones percibidas en exceso. - Prestadores de salud.
8	Fecha Última Revalidación	Corresponde a la última fecha en que la isapre revalidó el cheque. Su formato debe ajustarse a DD/MM/AAAA En caso de no haberse efectuado revalidación alguna, el campo no debe contener valores.
9	Fecha Última Caducidad.	Corresponde a la última fecha en que se caducó el cheque. Su formato debe ajustarse a DD/MM/AAAA
10	Código Cuenta Interno	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificados los cheques caducados, de acuerdo al concepto de origen.

4. Modelo de Inventario para el ítem N° 23 “Excedentes de Cotización” (no incluye montos por cheques caducos)¹⁰⁵.

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Rut Cotizante	Corresponde al número de RUT del cotizante titular del contrato de salud, sin incluir punto y dígito verificador.
2	Dígito Verificador Rut Cotizante	Corresponde dígito verificador del RUT del cotizante titular del contrato de salud.
3	Identificación Afiliado	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado.

¹⁰⁵ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

4	Saldo Contable Acumulado Mes Anterior	Corresponde al saldo contable acumulado de la cuenta corriente del mes anterior
5	Excedente Generado	Monto de los excedentes generados en el mes actual
6	Reajuste	Monto del reajuste generado en el mes actual
7	Interés	Monto del interés generado en el mes actual
8	Comisión	Monto de la comisión generada en el mes actual
9	Usos	Monto de los usos de excedentes en el mes actual
10	Trasposos de excedentes desde otras isapres	Monto de los excedentes recibidos desde otras isapres en el mes actual
11	Trasposos de excedentes hacia otras isapres	Monto de los excedentes traspasados hacia otras isapres en el mes actual
12	Saldo contable Mes Actual	Saldo contable de la cuenta corriente determinado para el mes actual
13	Saldo disponible Mes Actual	Saldo disponible de la cuenta corriente determinado para el mes actual.
14	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.</p> <p>Los valores de este campo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigente. - No Vigente.
15	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>Su formato debe ajustarse a MM/AAAA.</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, no deben incluirse valores.</p>
16	Institución de Destino	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 desafiliarse.

5. Modelo de Inventario para el ítem N° 24 “Cotizaciones Percibidas Anticipadamente”.¹⁰⁶

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Rut Cotizante	Corresponde al número de RUT del cotizante titular del contrato de salud, sin incluir punto y dígito verificador.
2	Dígito Verificador Rut Cotizante	Corresponde dígito verificador del RUT del cotizante titular del contrato de salud.
3	Identificación Afiliado	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado.
4	Tipo de Trabajador	Debe indicar la calidad del trabajador, de acuerdo a los siguientes valores: - Dependiente. - Independiente. - Pensionado. - Voluntario.
5	Período Remuneración	Corresponde al mes y año de las remuneraciones por las cuales la isapres percibió cotizaciones anticipadamente. Con formato MM/AAAA
6	Monto Cotización Anticipada	Debe indicar el monto de las cotizaciones percibidas anticipadamente.
7	Período de Pago	Corresponde al mes y año en el cual la isapre recaudó las cotizaciones anticipadamente. Con formato MM/AAAA
8	Rut Empleador	Respecto de los cotizantes con calidad de trabajador Dependiente y Pensionado, deberá informar el Rut del empleador que enteró las cotizaciones anticipadas.
9	Dígito Verificador Rut Empleador	Corresponde dígito verificador del empleador.
10	Código Cuenta Interno	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones generadas por cotizaciones percibidas anticipadamente.

6. Modelo de Inventario para el ítem N° 25 “Cotizaciones percibidas en exceso” (no incluye montos por cheques caducos)¹⁰⁷.

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Rut Cotizante	Corresponde al número de RUT del cotizante titular del contrato de salud, sin incluir punto y dígito verificador.

¹⁰⁶ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

¹⁰⁷ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

2	Dígito Verificador Rut Cotizante	Corresponde dígito verificador del RUT del cotizante titular del contrato de salud.
3	Identificación Afiliado	Debe consignarse el nombre y apellidos del afiliado.
4	Período Remuneración	Corresponde al mes y año respecto del cual la isapre percibió pago de cotizaciones de salud. Su formato debe ajustarse a MM/AAAA
5	Período Recaudación	Corresponde al mes y año en que la isapre recaudó el pago de las cotizaciones de salud. Su formato debe ajustarse a MM/AAAA
6	Período Generación	Corresponde al mes y año en el cual se generaron las cotizaciones percibidas en exceso. Su formato debe ajustarse a MM/AAAA
7	Monto Exceso Generación	Corresponde al monto de los excesos generados

7. Modelo de Inventario para el ítem N° 27 “Bonos, órdenes de atención y programas médicos por pagar”¹⁰⁸.

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Rut Prestador	Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador.
2	Dígito Verificador Rut Prestador	Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud.
3	Identificación Prestador	Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda.
4	Tipo Deuda	Indica el tipo de deuda de que se trata: - Orden de Atención Médica (Bono) - Programa Médico
5	Número de Documento	Corresponde al correlativo interno asignado por la isapre a las órdenes de atención médica o programa médico.
6	Monto Total Prestación (es)	Corresponde al monto total de la (s) prestación (es) incluidas en la orden de atención médica o programa médico.
7	Monto Total Bonificación	Corresponde al monto total de la bonificación otorgada por la isapre según el plan de salud contratado por el afiliado, en la orden de atención médica o programa médico.
8	Monto Total Copago	Corresponde al monto total no cubierto por la isapre, y

¹⁰⁸ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

		que es cargo del cotizante o beneficiario, que se consigan en la orden de atención médica o programa médico.
9	Fecha Emisión	Corresponde a la fecha de emisión de la orden de atención médica o programa médico. Su formato debe ajustarse a DD/MM/AAAA
10	Código Cuenta Interno	Debe indicar código de cuenta interna en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por órdenes de atención médica y programas médicos.

Nota:

- Por cada prestador deben informarse la totalidad de bonos o programas médicos emitidos por la isapre, en forma separada.

8. Modelo General de Inventario para los ítems N° 28 “Cuentas por pagar a clínicas, centros médicos, hospitales y otras instituciones de salud”¹⁰⁹

8.1 Ítem N° 29 “Honorarios médicos por pagar”.

8.2 Ítem N° 30 “Cápita por pagar”.

8.3 Ítem N°31 “Cuentas por pagar a empresas relacionadas” (Sólo en la parte que corresponda a prestaciones médicas a cotizantes y beneficiarios).

8.4 Ítem N° 32 “Otras deudas con prestadores”.

N° Campo	Nombre Campo	Descripción
1	Rut Prestador	Corresponde al número de RUT del prestador de salud, sin incluir punto y dígito verificador.
2	Dígito Verificador Rut Prestador	Corresponde dígito verificador del RUT del prestador de salud.
3	Identificación Prestador	Debe consignarse el nombre o razón social, según corresponda.
4	Tipo Deuda	Indica el tipo de deuda de que se trata: - Orden de Atención Médica (Bono) - Boleta de honorarios - Factura - Otro (Especificar)
5	Número de Documento	Corresponde al correlativo del documento adeudado por la isapre a los prestadores médicos.
6	Monto a Pagar	Debe indicar el monto adeudado por documento a los

¹⁰⁹ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

		prestadores médicos.
7	Fecha emisión	Corresponde a la fecha de emisión consignada en los documentos. Su formato debe ajustarse a DD/MM/AAAA
8	Fecha Recepción	Corresponde a la fecha de recepción por parte de la isapre de los documentos presentados a cobro por los prestadores de salud. Su formato debe ajustarse a DD/MM/AAAA
10	Código Cuenta Interno	Debe indicar código de cuenta interno en la cual se encuentran clasificadas las obligaciones por tales conceptos.

Nota:

- Por cada prestador deben informarse la totalidad de los documentos adeudados por la isapre, en forma separada.

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 precedentemente¹¹⁰.

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.

¹¹⁰ Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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.

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 continuación¹¹¹.

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 la circular IF 15/2005¹¹².

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^{113 114}:

Detalle de la cuenta N°19 "Subsidios por pagar" (Informe Complementario) (M\$)				
Item	Actual		Anterior	
	Al Mes	Día Año	Al Mes	Día 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

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^{115 116}:

¹¹¹ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

¹¹² Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

¹¹³ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

¹¹⁴ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

¹¹⁵ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

¹¹⁶ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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^{117 118}:

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.
- 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^{119 120}:

¹¹⁷ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

¹¹⁸ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Antigüedad de la deuda con beneficiarios y prestadores (M\$)							
Deuda	Meses						N° de acreedores
	<3	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 y más	Total	
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							
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

¹¹⁹ Párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

¹²⁰ Recuadro reemplazado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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”¹²¹.

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.

¹²¹ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

Ejemplo de información solicitada¹²²

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

Detalle de la cuenta "Prestaciones de salud" (30020) (FEFI) (M\$)

¹²² Modificado por la Circular IF/N° 183, de 15 de enero de 2013.

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 beneficiarios¹²³

Eliminado

¹²³ 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 garantía¹²⁴, 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 esta Circular.”*

7.2. Instrucciones de información diaria que pesan sobre las isapres y las entidades de custodia¹²⁵

¹²⁴ Instrucciones se contienen en el Compendio de Procedimientos, sin embargo, las referidas a este punto se incorporan a este Título de este Compendio.

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 Cotizaciones

Las isapres deberán informar trimestralmente -en forma conjunta con el envío de la FEFI respectiva- a la Superintendencia y a las entidades de custodia, acerca del 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.

¹²⁵ Numerando modificado por la Circular IF/N° 162, de 9 de noviembre de 2011.

Asimismo, deberá informar el porcentaje que dicho monto representa sobre el total de la garantía exigida. De esta manera, las entidades de custodia utilizarán dicha información por 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.

Anexo N° 1¹²⁶

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 : " l " + 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

¹²⁶ 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	Corresponde a la fecha del día en que se envía la información a esta Superintendencia.

		<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.¹²⁷</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>
(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>

¹²⁷ Instrucciones en comento forman parte del Compendio de Procedimientos.

		<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”¹²⁸

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 custodia

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.

¹²⁸ 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 SAFP	<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</p>

		<p>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 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 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,</p>

		<p>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:</p> <p>1=N-1 2=Letra (a) Art. 45 DL 3500 3=AAA 4=AA+ 5=AA 6 = AA-</p> <p><u>Validadores técnicos del Campo</u> Campo alfanumérico, no admite códigos distintos a los indicados.</p>

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 trascendente 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 y resultados de la isapre.

La isapre tendrá la obligación de informar los hechos relevantes que se incluyen en el listado contenido en el Anexo de este Título. En el evento que la Superintendencia incorpore, en lo sucesivo, otros hechos relevantes al Anexo, la obligación de informar regirá para cada Institución desde la fecha en que se le notifique la instrucción general correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, la isapre deberá informar cualquier otro hecho que afecte la operación, resultados y patrimonio de la isapre, que reúna las características y condiciones aludidas en el párrafo primero de este numeral y que no estén contenidos en el Anexo.

La calificación de la información será facultad exclusiva de 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.

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 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.

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 del hecho o información relevante o reservada. 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.¹²⁹
- e) Firma(s) de quién(es) suscribe(n).

La información requerida se deberá remitir a través de una carta impresa.

5. Plazo

El plazo para enviar la carta que comunica el “Hecho Relevante” o “Hecho Relevante con Carácter de Reservado” es de dos¹³⁰ 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 dos¹³¹ días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho o desde que se tenga conocimiento de él, y adoptar las medidas pertinentes.

¹²⁹ Circular IF/N° 225 de 2014

¹³⁰ Circular IF/N° 225 de 2014

¹³¹ 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.
- 2.- Informes de auditorías realizadas por los auditores externos en los que se realicen observaciones de importancia.
- 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.

B) En materia de la gestión operativa.

- 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.- Cambios en las políticas de pago, tanto a los afiliados como a los prestadores médicos.
- 3.- Los procesos de negociación colectiva, huelga o paro que acontezcan en la Isapre.
- 4.- 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.
- 5.- 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.¹³²

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

¹³² 3, 4 y 5 Agregados por Circular IF/N° 225/2014

relacionados, involucre montos significativos que pudieran afectar la situación financiera de la institución, ya sea su liquidez, endeudamiento y/o patrimonio.¹³³

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, que afecte a la isapre en, a lo menos, el 10% de su patrimonio.

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.¹³⁴

10.-Las ofertas, negociaciones o transacciones que afecten la propiedad y el control directo sobre la isapre.

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.

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.¹³⁵

Se entenderá que tiene carácter significativo toda operación que afecte más de un 10% de los activos, pasivos o patrimonio de la Institución.¹³⁶

D) En materia de estatutos

1.- Cualquier modificación de las estipulaciones estatutarias.

Título II: Información sobre agentes de ventas

I. Registro de agentes de ventas¹³⁷

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.

¹³³ Circular IF/N° 225 de 2014

¹³⁴ Párrafo eliminado a través de Circular IF/N° 225 de 2014

¹³⁵ 12 y 13 modificados según Resolución Exenta IF/N° 423 de 2014

¹³⁶ 10, 11, 12, 13 y último párrafo agregados por Circular IF/N° 225 de 2014

¹³⁷ 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.

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.

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, 10 días hábiles, a la fecha en que se pretende la modificación.¹³⁸

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 público¹³⁹

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.

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.¹⁴⁰

¹³⁸ Párrafo modificado por la Resolución Exenta N°419, del 27.10.14

¹³⁹ Numeral modificado por la Circular IF/N°246, del 27.05.15

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.

¹⁴⁰ 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^{141 142}

Las Isapres deberán informar antes del día 31 de marzo de cada año el valor porcentual del promedio ponderado de las variaciones de precios (PPV) que proyectan aplicar durante el proceso de adecuación en trámite, como así también, el rango porcentual en que fluctuarán dichas variaciones de precios.

Para efectos de dar cumplimiento a la normativa, las isapres deberán remitir la información solicitada por medio de un correo electrónico dirigido al Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y a la Jefatura del Departamento de Estudios y Desarrollo de esta Superintendencia, respectivamente. Cabe hacer presente, que la información que se remita a la Superintendencia deberá ser única y no podrá modificarse con posterioridad a su envío aun cuando el plazo legal para informar se encuentre vigente. Asimismo, el valor del Promedio Ponderado de las Variaciones de Precios (PPV) no podrá ser informado al público en general por ningún medio antes que venza el plazo para su remisión a este Organismo.

En el caso en que la isapre opte por modificar los precios base de los planes de salud, deberá informar además del Promedio Ponderado de las Variaciones de Precios, las razones y variables que explican dicho cambio.

Si la aseguradora opta por no aplicar variaciones de precios en el proceso de adecuación de contratos que se inicia en el mes de julio, deberá de igual forma comunicar dicha circunstancia mediante correo electrónico de acuerdo a las especificaciones ya indicadas.

¹⁴¹ Instrucciones sobre el procedimiento de adecuación de los precios base se contienen en el Capítulo I del Compendio de Procedimientos.

¹⁴² Título modificado por la Circular IF/N° 205, de 9 de diciembre de 2013.

Título V: Registros de información que deben mantener las isapres¹⁴³¹⁴⁴

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 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

¹⁴³ 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.

¹⁴⁴ Modificado por Circular IF N°232, de 11.11.2014

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.

III: Registros de profesionales médicos

1.- Información de Contralores Médicos de Isapres que autorizan, modifican o rechazan licencias médicas¹⁴⁵.

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".

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.

¹⁴⁵ Número modificado por la Circular IF/N° 177, de 17 de octubre de 2012.

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 afiliación¹⁴⁶, 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.

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.

¹⁴⁶ Modificado por la Circular IF N°228, del 23/09/2014

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.

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 comercialización¹⁴⁷

¹⁴⁸

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.

Tratándose de planes de salud en comercialización, éstos deberán remitirse en archivo pdf en un cd, con una carta conductora, en el mismo plazo antes señalado, junto a una nómina en planilla Excel, incluida en el respectivo cd, que identifique a cada uno de los

¹⁴⁷ Título incorporado por el Oficio Circular IF/N° 9, de 18 de mayo de 2011.

¹⁴⁸ Título modificado por Circular IF/N°216 de 14 de mayo 2014.

planes de salud que se ha digitalizado, con su código, nombre y fecha de inicio de comercialización.

El envío deberá efectuarse utilizando el formato de la planilla Excel que se indica en el anexo del presente Título.

ANEXO

PLANES DE SALUD EN COMERCIALIZACIÓN

Nombre y Código Isapre:.....

Fecha carta de envío:.....

NOMBRE PLAN	CÓDIGO PLAN	TIPO DE PLAN	ARANCEL	PRECIO BASE	MODALIDAD DE ATENCIÓN	FECHA INICIO COMERCIALIZACIÓN
Corresponde al nombre de fantasía o comercial que la isapre ha asignado al plan complementario que se informa, el cual se encuentra impreso en su carátula.	Corresponde a la codificación técnica del nombre del plan complementario informado, que la isapre utiliza para identificarlo de manera única.	Individual o grupal	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.	Corresponde al precio asignado por la Isapre al plan complementario que se informa, expresado en unidades de fomento (UF), \$ ó 7%.	Corresponde a la modalidad para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios, que se encuentra asociada al plan complementario que se informa (Libre Elección, Prestador Preferente o Plan Cerrado).	Corresponde al mes y año en que se comenzó a comercializar el plan complementario informado.

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 cotizaciones¹⁴⁹

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.

¹⁴⁹ 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 isapres¹⁵⁰

1. Definiciones

Las cotizaciones mal enteradas en las isapres son aquellas cotizaciones que percibe una institución pero corresponden a otra, de manera que la que las percibe debe traspasarlas a aquella a la que corresponden.

La isapre de origen es aquella institución de salud previsional que recibió las cotizaciones mal enteradas y sobre la cual pesa la responsabilidad de su oportuno y correcto traspaso.

Isapre de destino, es aquella institución de salud previsional a la que corresponde percibir efectivamente las cotizaciones mal enteradas en la isapre de origen.

2. Traspaso de cotizaciones

Para hacer efectivo el traspaso la isapre de origen deberá extender un cheque nominativo y cruzado a nombre de la isapre de destino, por el valor nominal del total de las cotizaciones mal enteradas y remitirlo por correo certificado, conjuntamente con una carta que deberá contener las especificaciones del formato instruido por la Superintendencia.

En caso que el traspaso involucre cotizaciones mal enteradas correspondientes a más de un cotizante, la isapre de origen deberá confeccionar una nómina que contenga todos los datos establecidos en las citadas instrucciones, la que reemplazará a la respectiva carta.

En la misma oportunidad señalada en el punto precedente, la isapre de origen deberá remitir una carta por correo certificado, de acuerdo al formato definido en el formato instruido por la Superintendencia, al o los empleadores, en que les comunique la circunstancia de haber enterado erróneamente las cotizaciones de salud correspondientes a uno o más de sus trabajadores y la institución de salud a la cual éstas fueron traspasadas.

Copia de la aludida comunicación deberá ser remitida al o los afiliados afectados, en la medida que la institución disponga de la información que permita dar cumplimiento a esta obligación.

3. Respaldos

1. Para efectos de facilitar las eventuales fiscalizaciones que se practiquen sobre esta materia la isapre de origen deberá mantener los correspondientes respaldos de correo certificado.

2. Asimismo, la isapre de destino deberá mantener a disposición de la Superintendencia de Salud, la información que dé cuenta de los traspasos recibidos.

¹⁵⁰ Las instrucciones referidas a los procedimientos asociados al traspaso de las cotizaciones mal enteradas se encuentran en el Capítulo III del Compendio de Procedimientos.

Título III. Excesos de cotización^{151 152 153} Eliminado

1. Eliminado¹⁵⁴

2. Eliminado¹⁵⁵

¹⁵¹ Reemplazado por la Circular IF/N° 129, de 7 de julio de 2010.

¹⁵² Los procedimientos relativos a la devolución de los excesos se encuentran en el Título VIII del Capítulo III del Compendio de Procedimientos.

¹⁵³ Posteriormente este Título fue eliminado por la Circular IFN°/239 de 2015

¹⁵⁴ 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

¹⁵⁵ 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° 1¹⁵⁶

Anexo N° 2¹⁵⁷

¹⁵⁶ 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

¹⁵⁷ Se elimina el Título III mediante la Circular IFN°/239 de 2005 y, con ello el Anexo N°2

Título IV. Excedentes de cotización ¹⁵⁸

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 favor¹⁵⁹.

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).

Eliminado¹⁶⁰.

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

¹⁵⁸ Modificado por la Circular IF/N° 127, de 1 de julio de 2010.

¹⁵⁹ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 178, de 25 de octubre de 2012.

¹⁶⁰ 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.
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.
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.

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.

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 modalidad implementada.

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.

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 2° 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 ESA¹⁶¹ PSS¹⁶² -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.

¹⁶¹ European Space Agency.

¹⁶² 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: Interactuar con la tecnología: sabe ocupar un computador y ha navegado en

Id	Área	Requerimiento
		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.

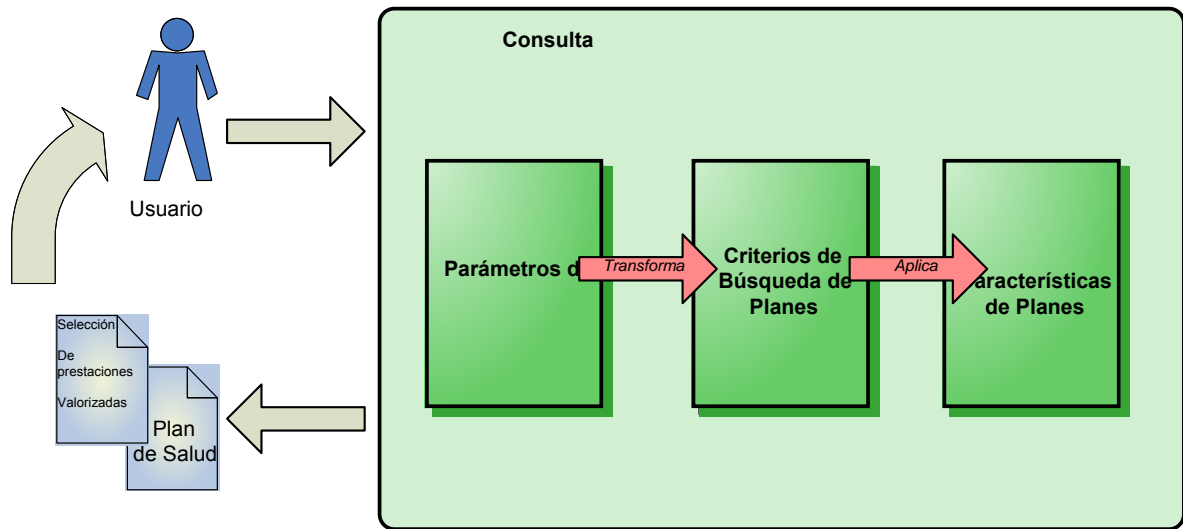


Figura 1: Modelo Gráfico del Buscador de Planes.

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**¹⁶³: 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.

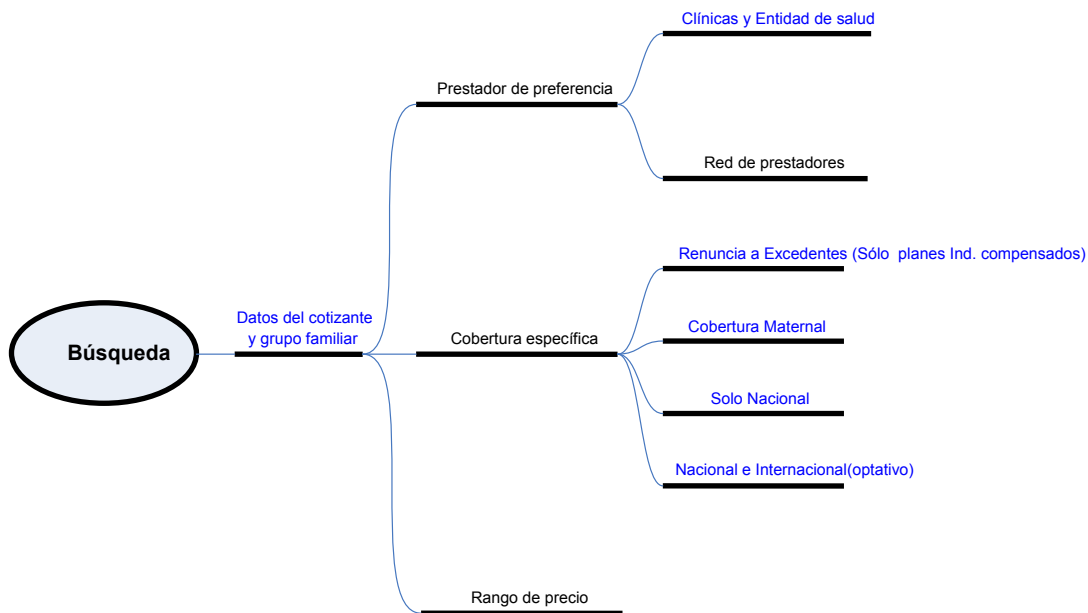


Figura 2: Mapa de la Búsqueda de Planes.

¹⁶³ 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 preferencia¹⁶⁴.** 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 cotizante del plan y cada una de sus cargas con aporte, la sumatoria de las cotizaciones del

¹⁶⁴ 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, 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 preferencia¹⁶⁵.** 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

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.

¹⁶⁵ 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 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

	<p>Configura el sistema</p> <p>Mantiene actualizado los parámetros del sistema</p> <p>Carga lo datos al sistema de planes comerciales, tablas de prestaciones de selección, prestadores por ciudad, etc.</p> <p>Provee información de consultas, ofertas, estadísticas, etc.</p> <p>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</p>
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	<p>Atiende las consultas de los usuario generadas por medio del formulario de contacto</p> <p>Recibe y administra la información de consulta de planes generada por el sistema: consulta-resultado-selección-declaración de salud del Usuario</p> <p>Se contacta con el Usuario que lo ha solicitado</p>

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*¹⁶⁶ 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.

¹⁶⁶ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

- f. Si el Usuario ha indicado que prefiere cobertura solo nacional, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*¹⁶⁷-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*¹⁶⁸-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*¹⁶⁹-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 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.

¹⁶⁷ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

¹⁶⁸ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

¹⁶⁹ Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

- 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

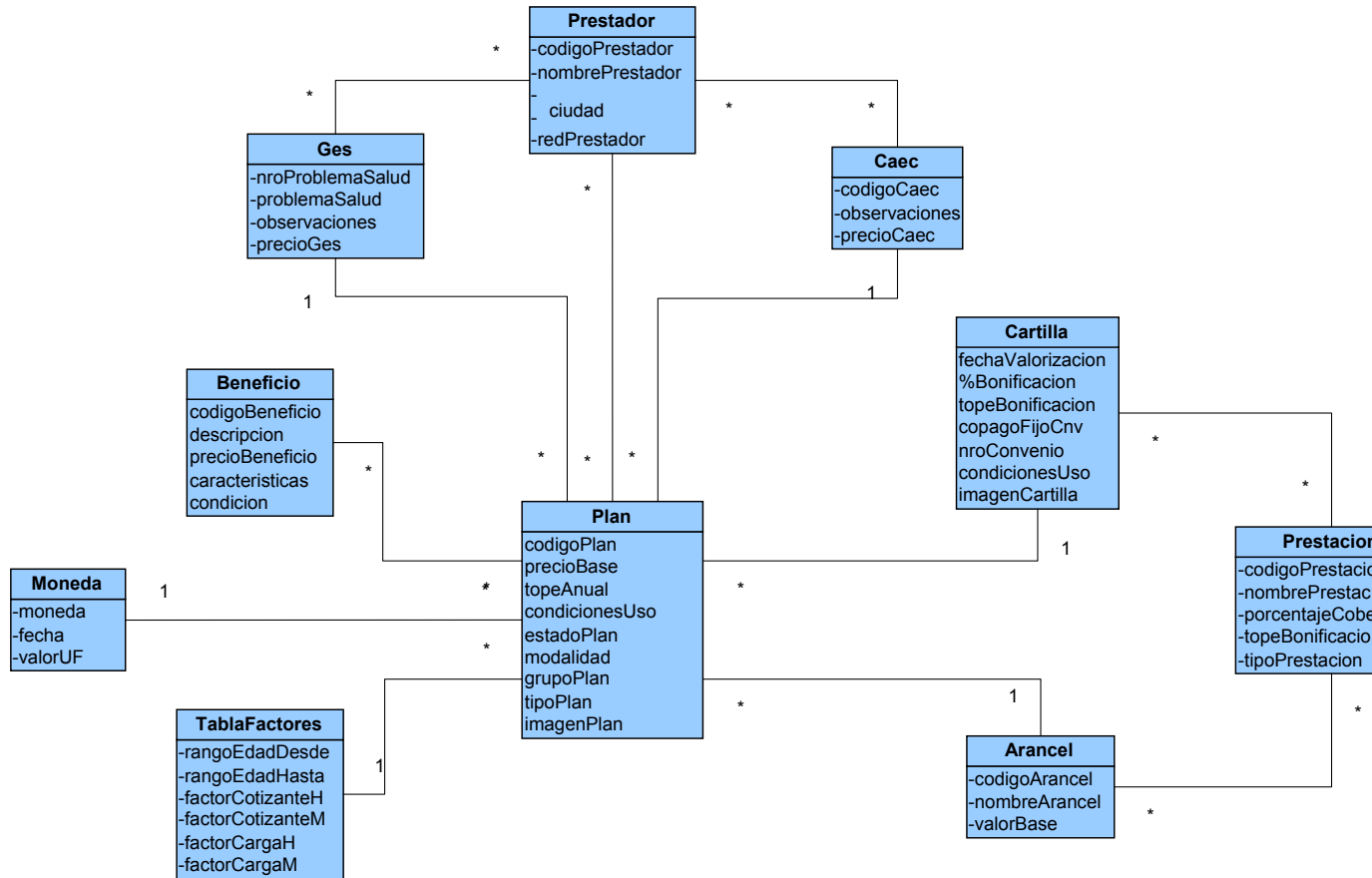


Figura 3: Diagrama de Clases del Dominio del Negocio.

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	de	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:

			Valor		
--	--	--	--------------	--	--

Nombre	Descripción	Condición	por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
fechaValorizacion	Fecha de valorización	Obligatorio	1° 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:

			Valor por	Dominio de Valores	Reglas de Validación

Nombre	Descripción	Condición	Defecto		
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 Explícitas 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	Obligatorio			

	problema de salud				
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 riesgos 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 Defecto por	Dominio de Valores
codigoPrestador	Código que identifica al prestador	Obligatorio		

	de salud			
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
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

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
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
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

CLÍNICAS PRIVADAS 2006

Institución	Ciudad	Región
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
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

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
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 Dalías	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
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

CLÍNICAS PRIVADAS 2006

Institución	Ciudad	Región
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
	María Elena
	Mejillones
	Taltal
	Tocopilla
Atacama	Caldera
	Chañaral
	Copiapó
	Diego De Almagro
	El Salvador
	Huasco
	Tierra Amarilla

Región	Ciudades
	Vallenar
Coquimbo	Andacollo
	Combarbalá
	Coquimbo
	El Palqui
	Illapel
	La Serena
	Los Vilos
	Monte Patria
	Ovalle
	Salamanca
	Vicuña
Valparaíso	Algarrobo
	Cabildo
	Calle Larga
	Cartagena
	Casablanca
	Catemu
	Concón
	El Melón
	El Quisco
	Hijuelas
	Isla De Pascua
	Juan Fernández
	La Calera
	La Cruz
	La Ligua
	Las Ventanas
	Limache
	Llaillay
	Los Andes
	Nogales
	Olmué

Región	Ciudades
	Placilla De Peñulas
	Putando
	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
	Isla De Maipo
	Lampa
	Melipilla
	Paine
	San José De Maipo
	Santiago
	Talagante
	Tiltil
	Libertador General Bernardo O'Higgins
	Codegua
	Coltauco
	Doñihue
	Graneros

Región	Ciudades
	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
	Linares
	Longaví
	Molina
	Parral
	San Clemente
	San Javier
	Talca
	Teno
	Villa Alegre
Bío Bío	Arauco
	Bulnes
	Cabrero
	Cañete

Región	Ciudades
	Chiguayante
	Chillán
	Coelemu
	Coihueco
	Concepción
	Coronel
	Curanilahue
	Hualpén
	Hualqui
	Huépil
	Laja
	Lebu
	Los Álamos
	Los Ángeles
	Lota
	Monte Águila
	Mulchén
	Nacimiento
	Penco
	Quillón
	Quirihue
	San Carlos
	San Pedro De La Paz
	San Rosendo
Santa Bárbara	
Santa Juana	
Talcahuano	
Tomé	
Yumbel	
Yungay	
Araucanía	Angol
	Carahue
	Collipulli

Región	Ciudades
	unco
	Freire
	Gorbea
	Labranza
	Lautaro
	Loncoche
	Nueva Imperial
	Padre Las Casas
	Pitrufquén
	Pucón
	Purén
	Renaico
	Temuco
	Traiguén
	Victoria
	Villarrica
Los Ríos	Futrono
	La Unión
	Lanco
	Los Lagos
	Paillaco
	Panguipulli
	Río Bueno
	San José De La Mariquina
	Valdivia
Los Lagos	Ancud
	Calbuco
	Castro
	Fresia
	Frutillar
	Llanquihue
	Los Muermos
	Osorno

Región	Ciudades
	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	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos
fechaSesion	Fecha de sesión de consulta	Obligatorio	Fecha actual	
horaSesion	Hora de sesión de consulta	Obligatorio	Hora actual	
ciudadResidencia	Ciudad de residencia del cotizante	Obligatorio		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	Obligatorio(Sól o para planes individuales compensados)	NO	SI=renuncia a excedentes 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 correspondiente a la remuneración líquida ingresada	Opcional	0	Decimales positivos	Dado por el sistema y es el 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.

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
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 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 de información a la Isapre	Obligatorio			
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*¹⁷⁰, los *criterios de usabilidad de Shneiderman* y en *criterios de usabilidad en la Web propuestos por Steve Drug* en su libro¹⁷¹.

La propuesta de Interfaces del Buscador de Planes será presentada agrupando las interfaces de acuerdo a las funcionalidades que satisfacen.

¹⁷⁰ Heuristic Evaluation of User Interfaces, 1990.

¹⁷¹ 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

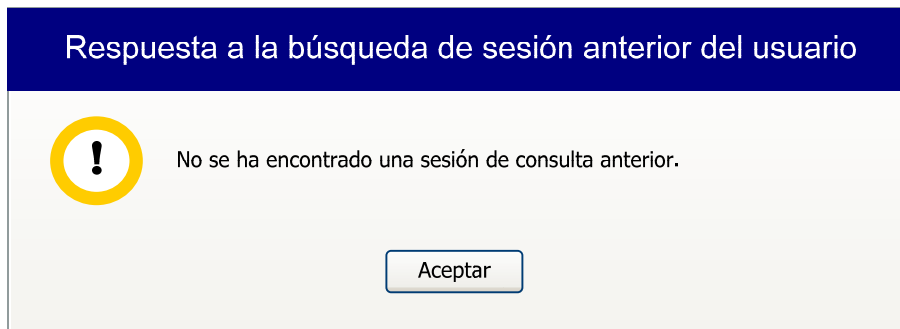
¿Desea recuperar su última sesión de consulta?

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:

- Individual Planes donde sólo hay una persona que cotiza, la cual puede o no tener cargas.
- Individual Compensado (Ej. Matrimoniales) Planes donde 2 cotizantes aportan para financiar un plan de salud.

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"/> <small>Cotización legal obligatoria</small> <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 = \$ 35.000 <input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos = \$ 35.000 Cotización legal obligatoria
Aporte adicional:	<input type="text" value="1,00"/> <input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos = \$ 35.000
Aporte carga:	<input type="text" value="1,00"/> <input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos = \$ 35.000
Compensación:	<input type="text"/> <input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos
Total cotización:	<input type="text"/>

[+ Compensación](#)

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

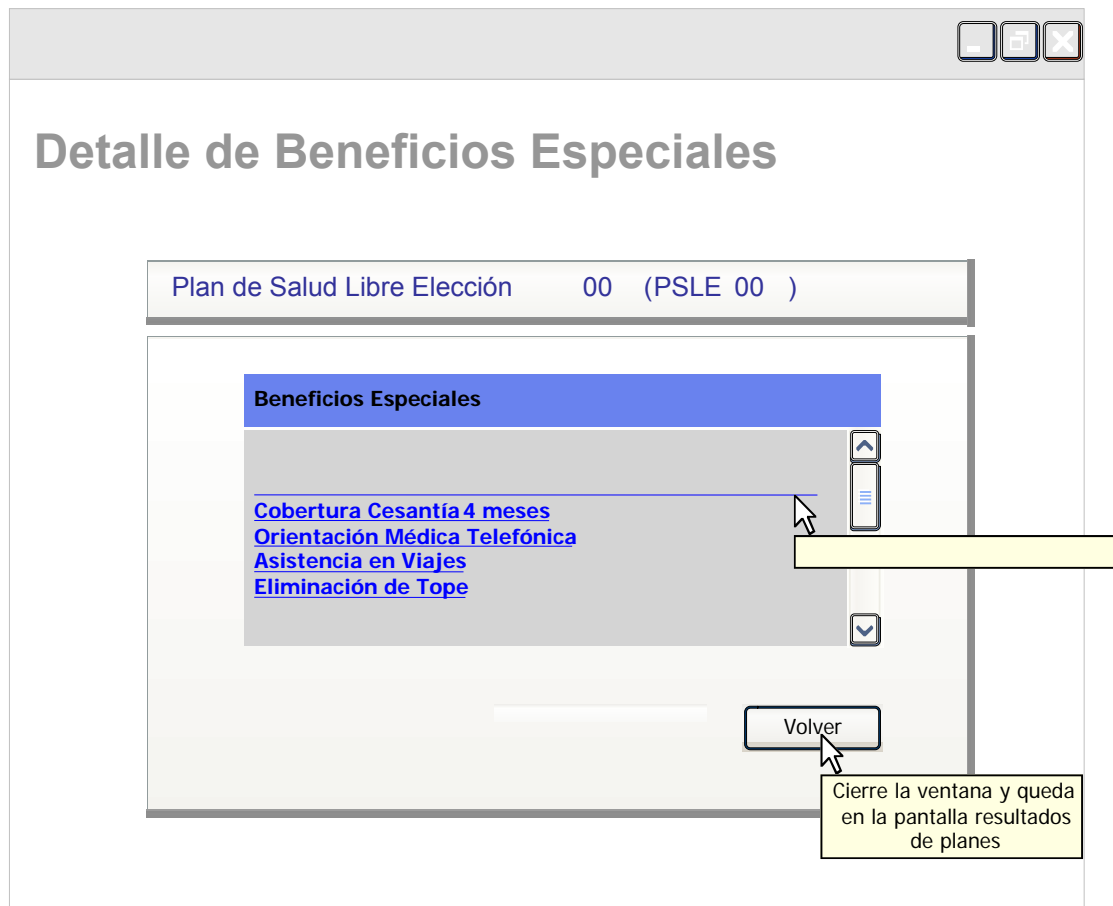
Resultado de la Búsqueda - Planes Resultantes [> contá](#)

Seleccione un Prestador de su gusto

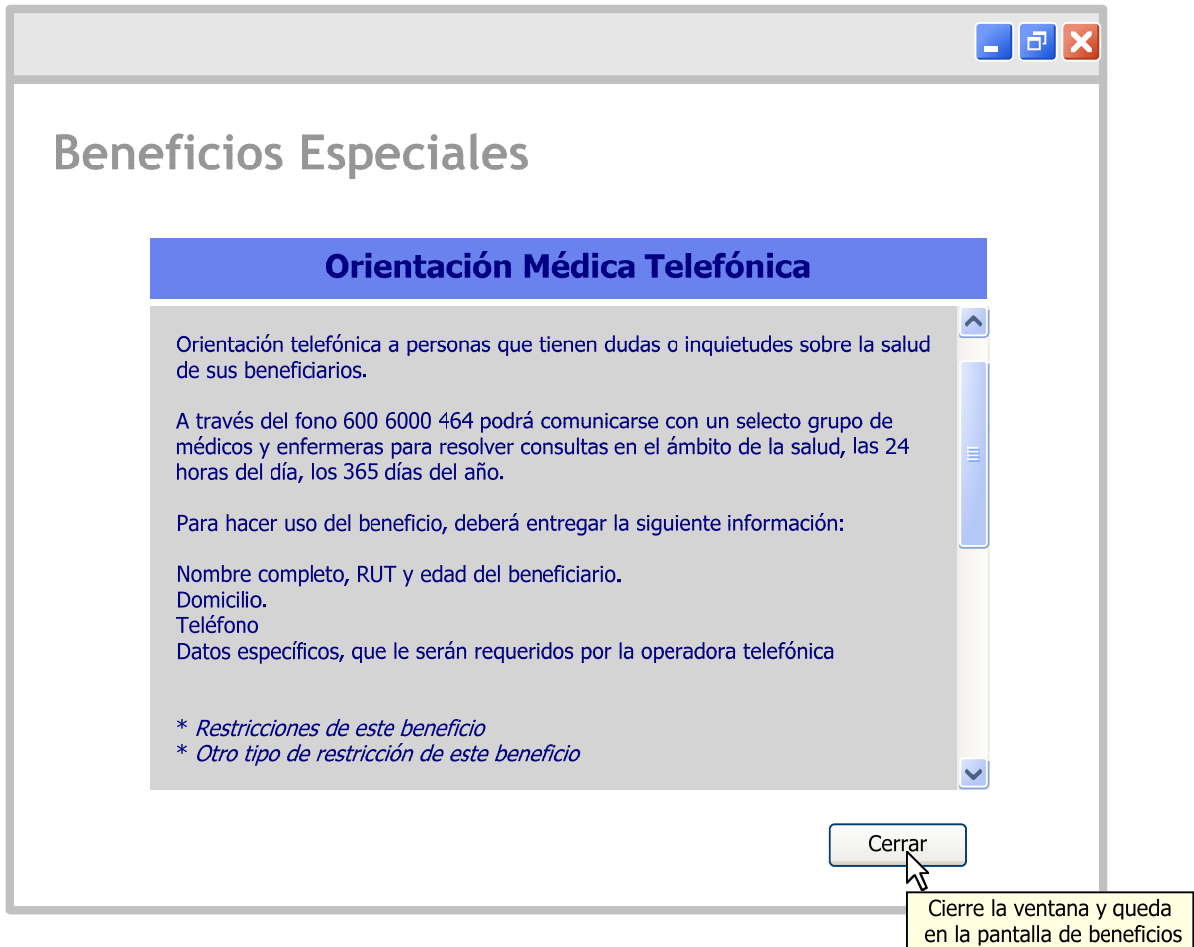
	Selección	Planes	Cotización	Beneficios Especiales	Coberturas de Interés	Plan	SPV	por Precio	Pre
Planes Cerrados	<input type="checkbox"/>	PSC001-CERRADO 001	4,99 UF	Ver Detalle beneficios	Cobertura normal por parto			<input checked="" type="checkbox"/>	
Planes por Prestador Preferente	<input type="checkbox"/>	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 a scrollable box with 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 "Cerrar" button. A mouse cursor is pointing at it, 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	PSP002 - PRESTADOR PREFERENTE 002	5,35 U.F.	Sólo Nacional
	PSP003 - 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.

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 Sólo Nacional		
<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 prescritos , 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 asistencial en su cargo 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 depar 1 cotizante hombre de XI carga mujer de XI carga hombre de X se mantiene vigente 2 / 0 / 200.

ValoGE 0,1 UF.mensual por incluido en la cotización Para efectos del cálculo se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior r Garantías Explícitas no del plan las UF fecha de consulta

¿Desea cotinuar el proceso de Afiliación? S N

Imprimir Resultados

Sale de la consulta de planes guarda la sesión

> Contáctenos

Consulta Planes de Salud Loguearse de Responsabilidad Beneficiarios del Plan de Pago de Aberturas de Interés Resultados de Búsqueda Beneficiarios Seleccionados final

Contáctenos 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
Aperturas de interés
Resultados de la búsqueda
Beneficios adicionales
Selecciones finales

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 del último día del mes anterior a la fecha de consulta UF correspondiente

¿Desea continuar con la afiliación? S N
i 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 el 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 a pagar por el beneficiario sean superiores al deducible que le corresponde por el 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 cumplir con el uso de los prestadores de la RED. El no cumplimiento de este requisito, salvo el caso de urgencias con la inaplicabilidad de esta cobertura.

[Obtenga más información sobre el beneficio CAEC](#)

Volver

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.Bda. 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 de AUGE a los afiliados a Fonasa e Isapres y a sus respectivas cargas para ser atendidos en establecimientos de salud especiales que garantizan su acceso, calidad, oportunidad de atención y protección en el caso de sufrir cualquiera de los problemas de salud garantizados definidos por el Estado.

[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 **Contactenos**

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

► **Contactenos**

Ayuda

Contactenos

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.
- Negocia los planes colectivos o grupales con la Isapre, para sus trabajadores dependientes.

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 las 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.

¹⁷²En 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 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.

¹⁷² Se eliminó tercer párrafo a través de Circular IF/N° 234 de 2014.

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 kinesiología.

- **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 que por ley se descuenta a todo trabajador dependiente o pensionado y corresponde a un 7% de la remuneración imponible, con un tope, para el caso de los trabajadores dependientes, que se establece en el artículo 16 del Decreto Ley N°3.500.

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 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 grupal o Colectivo es el plan suscrito por un trabajador dependiente cuya empresa ha negociado un convenio colectivo con la Isapre.

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.

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 actualizada¹⁷³ "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.**
- **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.

¹⁷³ Período de la información: 2005, Publicación Decenal. Fecha de Publicación Junio de 2005.

Título VI: Instrucciones sobre límite máximo imponible

1. Información sobre límite máximo imponible¹⁷⁴

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 cotizantes¹⁷⁵.

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.

¹⁷⁴ 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.

¹⁷⁵ 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 telefónica¹⁷⁶

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 ley¹⁷⁷ 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

¹⁷⁶ Título agregado por la Circular IF/N° 169, de 19 de abril de 2012.

¹⁷⁷ Expresión insertada mediante Circular IF N°258, del 11 de enero de 2016

atención 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 Fonasa¹⁷⁸

- 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.¹⁷⁹
- 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 ley¹⁸⁰, a través de la empresa en 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

¹⁷⁸ Incorporado por la Circular IF/N°258, del 11 de enero de 2016

¹⁷⁹ Expresión, a continuación del punto seguido, agregada por Resolución Ex. SS/N° 476, de 13 de abril de 2016

¹⁸⁰ Expresión insertada mediante Circular IF/N°258, del 11 de enero de 2016

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^{181 182}

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.

¹⁸¹ Título incorporado por la Circular IF/N° 215, de 29 de abril de 2014.

¹⁸² Las disposiciones del presente título entrarán en vigencia el 1 de septiembre de 2014.

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 explícitamente¹⁸³

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.

1. La Superintendencia mantiene habilitado en el sitio web www.supersalud.gob.cl el banner: "Servicio de ingreso a la Extranet para FONASA, ISAPRES e Instituciones de Salud de las FFAA, Orden y Seguridad Pública", viñeta "Consulta pacientes en urgencia vital o secuela funcional grave GES y Ley N°20.850 (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".

Dicha información sólo podrá ser accesada 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

¹⁸³ Título modificado por Circular IF/N° 260 de 2016.

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 de Fonasa y las isapres consultar continuamente el listado denominado “Pacientes no asignados”, con el objeto de reconocer y recibir a sus beneficiarios en caso que el prestador no haya informado correctamente el campo “Situación previsional en materia de salud.

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:

		<ul style="list-style-type: none"> -Licencia sin solicitud de cobro -Cheque entregado y no cobrado -Cheque no entregado
14	Identificación área de trabajo de funcionario	<p>Campo de tipo alfanumérico, de largo 25, cuya glosa debe corresponder a las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Municipalidad - Departamento de Salud - Departamento de Educación <p>En caso de no disponer de la información debe indicar "Municipalidad".</p>

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 cotizaciones¹⁸⁴:

Eliminado

¹⁸⁴ 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 Médicas reducidas o rechazadas¹⁸⁵.

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 de 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.

Las Isapres deberán hacer llegar a la COMPIN o Subcomisión -señaladas en el Anexo N° 1- correspondiente al domicilio que el cotizante haya fijado en el contrato de salud, la siguiente información en relación a las licencias médicas reducidas o rechazadas:

a) Un archivo Excel con los datos que se detallan en el Anexo N° 2. Este archivo debe ser enviado a través de correo electrónico al funcionario designado al efecto por cada COMPIN o Subcomisión, según se especifica en el Anexo N° 3.

Además, se debe enviar un archivo Excel consolidado de esta información al Departamento de Coordinación Nacional de las COMPIN,¹⁸⁶ de manera que éste administre un repositorio nacional de información que sirva de consulta a las COMPIN y otras entidades relacionadas.

b) La siguiente documentación en papel:

- i. Copia de la planilla Excel señalada en la letra a), impresa.
- ii. Fotocopia por ambos lados de la licencia médica o copia impresa de la licencia médica electrónica con el diagnóstico médico incluido y el fundamento de la decisión.
- iii. Documentos y antecedentes relevantes que respalden la decisión de la contraloría médica de la Isapre.

Los documentos a los que se refiere esta letra b) podrán ser enviados en forma electrónica una vez que la Subsecretaría de Salud Pública autorice un procedimiento para tales efectos.

2. Resolución COMPIN

Las COMPIN y Subcomisiones del país emitirán dentro del plazo de 20 días hábiles contado desde la fecha de recepción de la licencia médica remitida por la Isapre, en los términos aludidos en la letra b) del párrafo precedente, una resolución escrita, de los casos en consulta, la que quedará disponible para su retiro por parte de la Isapre. Se entenderán por ratificados sin emisión de resolución los pronunciamientos de las Isapres en materia de reducción y rechazo de licencias médicas respecto de los cuales la COMPIN o Subcomisión no emita pronunciamiento alguno dentro de ese plazo.

¹⁸⁵ Modificado por la Circular conjunta IF/N° 171, de la Superintendencia de Salud, y B10/N° 17, de la Subsecretaría de Salud Pública, ambas de 31 de mayo de 2012.

¹⁸⁶ A la fecha de emisión de la circular conjunta, la información que se debe enviar al Departamento de Coordinación Nacional de las COMPIN debe remitirse a los correos electrónicos carolina.castro@minsal.cl y cvillablanca@minsal.cl.

La resolución que en su caso se emita, se pronunciará asimismo respecto del reclamo del trabajador que hubiere sido presentado en los casos señalados en el artículo N° 39 del Decreto Supremo N° 3 de 1984, del Ministerio de Salud, si fuere del caso.

3. Periodicidad.

Las Isapres deberán entregar el archivo Excel y los antecedentes indicados en el número 1 anterior, en sus letras a) y b), a las COMPIN o Subcomisiones los días martes de cada semana e incluirán las resoluciones y antecedentes respectivos correspondientes a la tercera semana anterior. En caso de que el día martes sea inhábil, dichos antecedentes deberán ser entregados a las COMPIN o Subcomisiones correspondientes el día hábil inmediatamente siguiente.

4. Obligatoriedad de las Resoluciones de la COMPIN

Las Isapres deberán dar cumplimiento a lo dispuesto por la COMPIN y Subcomisiones, modificando el pronunciamiento en los casos que corresponda en el plazo y condiciones que se establezcan en la resolución.

ANEXO N° 1 : JURISDICCIÓN COMPIN

REGIÓN	COMPIN ó SC	COMUNAS	DIRECCIÓN COMPIN Ó SC
Arica y Parinacota	Arica-Parinacota	Arica	Maipu 410
		Camarones	
		Putre	
		General Lagos	
Tarapacá	Iquique	Iquique	Bolivar 482
		Alto Hospicio	
		Huara	
		Camiña	
		Colchañe	
		Pica	
Antofagasta	Antofagasta	Pozo Almonte	
		Tocopilla	
		María Elena	
		Calama	
		Ollague	
		San Pedro de Atacama	
		Antofagasta	Matta 2855
		Mejillones	
Atacama	Atacama	Sierra Gorda	
		Taltal	
		Chañaral	
		Diego de Almagro	
		Copiapó	Infante 631 y 621
		Caldera	
		Tierra Amarilla	
		Vallenar	
Coquimbo	Coquimbo	Freirina	
		Huasco	
		Alto del Carmen	
		La Serena	Av. Francisco de Aguirre 477
		La Higuera	
		Coquimbo	
		Andacollo	
		Vicuña	
		Paihuano	
		Ovalle	
		Río Hurtado	
		Monte Patria	
		Combarbalá	
Puñitaqui			
Illapel			
Salamanca			
Los Vilos			
Canela			

Valparaiso	Aconcagua	Petorca	
		La Ligua	
		Cabildo	
		Papudo	
		Zapallar	
		Los Andes	
		San Esteban	
		Calle Larga	
		Rinconada	
		San Felipe	Salinas 366
		Catemu	
		Llay Llay	
		Panquehue	
		Santa María	
		Putendo	
	Viña del Mar	Quillota	
		La Calera	
		Hijuelas	
		Limache	
		La Cruz	
		Nogales	
		Olmué	
		Concon	
		Juan Fernandez	
		Viña Del Mar	Von Schroeders 229 2º piso
		Puchuncaví	
		Quilpué	
		Quintero	
	Villa Alemana		
	Valparaiso	San Antonio	
		Casablanca	
		Valparaiso	Cochrane 867, local 4
		Algarrobo	
El Quisco			
Cartagena			
El Tabo			
Santo Domingo			
Isla de Pascua			
Metropolitana	Oriente	Providencia	Antonio Varas 541
		Las Condes	
		La Reina	
		Macul	
		Vitacura	
		Peñalolen	
		Ñuñoa	
		Lo Barnechea	
	Vicuña Mackenna (Vereda Oriente)		
	Poniente	Estación Central	
		Maipu	
		Cerrillos	

		Santiago Centro	Huerfanos 1433
		Quinta Normal	
		Curacaví	
		Renca	
		Peñaflor	
		Talagante	
		Cerro Navia	
		El Monte	
		María Pinto	
		Alhué	
		Pudahuel	
		Padre Hurtado	
		Isla de Maipo	
		Lo Prado	
	Melipilla		
	Sur	La Cisterna	
		San Bernardo	
		San Miguel	Av. Santa Rosa N°3453.
		Lo Espejo	
		San Joaquín	
		Buín	
		Paine	
		El Bosque	
		Calera de Tango	
		Pedro Aguirre Cerda	
	Lo Valledor Sur		
	Norte	Quilicura	
		Huechuraba	
		Independencia	Lastra N°1250
		Conchalí	
		Til-Til	
		Colina	
		Recoleta	
	Lampa		
Suroriente	La Florida		
	Puente Alto	Av. Concha y Toro N°3459, Paradero 30 V. Mackenna (H. Sótero del Río)	
	San José de Maipo		
	San Ramón		
	Pirque		
	La Pintana		
	La Granja		
Del Libertador General Bernardo O'Higgins	O'Higgins	Rancagua	Campos 423 4º piso of. 402 Adm., 405 público
		Codegua	
		Coinco	
		Coltauco	
		Doñihue	
		Graneros	

		Las Cabras	
		Mostazal	
		Machali	
		Malloa	
		Olivar	
		Peumo	
		Pichidegua	
		Quinta de Tilcoco	
		Rengo	
		Requinoa	
		San Vicente de Tagua Tagua	
		San Fernando	
		Chepica	
		Chimbarongo	
		Lolol	
		Nancahua	
		Palmilla	
		Peralillo	
		Palcilla	
		Pumanque	
		Santa Cruz	
		Pichilemu	
		La Estrella	
		Litueche	
		Marchihue	
		Navidad	
		Paredones	
Maule	Maule	Curicó	
		Teno	
		Romeral	
		Molina	
		Sagrada Familia	
		Hualañé	
		Licantén	
		Vichuquén	
		Rauco	
		Talca	3 Norte Nº 944
		Pelarco	
		Río Claro	
		San Clemente	
		Maule	
		San Rafael	
		Empedrado	
		Pencahue	
		Constitución	
		Curepto	
		Linares	
		Yerbas Buenas	
		Colbún	
		Longaví	

Bio Bio	Ñuble	Parral	
		Retiro	
		Villa Alegre	
		San Javier	
		Cauquenes	
		Pelluhe	
		Chanco	
	Chillán	Bulnes 739	
	Bulnes		
	Chillan Viejo		
	Cobquecura		
	Coelemu		
	Coihueco		
	El Carmen		
	Ninhue		
	Ñiquén		
	Pemuco		
	Pinto		
	Portezuelo		
	Quillón		
	Quirihue		
	Ranquil		
	San Carlos		
	San Fabián		
	San Ignacio		
San Nicolás			
Trehuaco			
Yungay			
Concepción	Pedro de Valdivia N° 702		
Concepción			
Chiguayante			
Coronel			
Florida			
Hualpén			
Hualqui			
Lota			
Penco			
San Pedro de la Paz			
Santa Juana			
Tomé			
Talcahuano			
Bio Bio	Caupolicán 105		
Los Ángeles			
Alto Bío Bío			
Antuco			
Cabrero			
Laja			
Mulchén			
Nacimiento			
Negrete			
Quilaco			
Quilleco			

		Santa Bárbara	
		San Rosendo	
		Tucapel	
		Yumbel	
	Arauco	Arauco	
		Cañete	
		Contulmo	
		Curanilahue	
		Lebu	Rioseco Nº 25
		Los Alamos	
		Tirua	
De la Araucanía	Malleco	Angol	Pedro Aguirre Cerda Nº288, Piso 1. Angol
		Collipulli	
		Curacautín	
		Ercilla	
		Lonquimay	
		Los Sauces	
		Lumaco	
		Purén	
		Renaico	
		Traiguén	
		Victoria	
		Cautín	Temuco
	Carahue		
	Chol Chol		
	Cunco		
	Curarrehue		
	Freire		
	Galvarino		
	Gorbea		
	Lautaro		
	Loncoche		
	Melipeuco		
	Nueva Imperial		
	Padre las Casas		
	Perquenco		
	Pitrufquén		
	Pucón		
	Saavedra		
	Teodoro Schmidt		
Toltén			
Vilcún			
Villarrica			
De Los Ríos	Los Ríos	Valdivia	Prat 747
		Corral	
		Lanco	
		Los Lagos	
		Mafil	
		Mariquina	

De los Lagos	Osorno	Paillaco		
		Panguipulli		
		La Unión		
		Futrono		
		Lago Ranco		
		Río Bueno		
	Llanquihue-Palena	Osorno	Osorno	Amthauer 1057
			Puerto Octay	
			Purranque	
			Puyehue	
			Río Negro	
San Juan de la Costa				
San Pablo				
Llanquihue-Palena		Calbuco		
		Cochamó		
		Fresia		
		Frutillar		
		Los Muermos		
		Llanquihue		
		Mauilín		
		Puerto Montt	Urmeneta 848	
		Puerto Varas		
		Chaitén		
		Futaleufú		
		Hualaihué		
Chiloé	Chiloé	Palena		
		Ancud	Sotomayor 414	
		Castro		
		Curaco de Vélez		
		Chonchi		
		Dalcahue		
		Puqueldón		
		Queilén		
		Quellón		
		Quemchi		
		Quinchao		
Aysén	Aysén	Cochrane		
		O'Higgins		
		Tortel		
		Puerto Aysén		
		Guaitecas		
		Puerto Cisnes		
		Coyhaique	Cochrane 335	
		Lago Verde		
		Chile Chico		
		Río Ibañez		
Magallanes	Magallanes	Natales		
		Torres del Paine		
		Punta Arenas	Balmaceda N° 661	

		Río Verde	
		Laguna Blanca	
		San Gregorio	
		Porvenir	
		Primavera	
		Timaukel	
		Navarino	
		Antártica	

ANEXO N° 2

Datos base							Repos Prescrito			Resolución ISAPRE		
COMPIN o Subcomisión	ISAPRE	Folio LM*	Tipo LM	RUN Trabajador**	Nombre Trabajador	Fecha emisión	Fecha de Inicio***	Fecha de Término***	Nº de días	Tipo de Resolución (reduce o rechaza)	Fecha***	Nº de días autorizados
* Se requiere dato completo (ej. 2-xxxxxxx)												
**Sin puntos, con guión y dígito verificador												
*** Formato fechas: dd-mm-aaaa												

ANEXO N° 3

REGIÓN	COMPIN	SUBCOMISIÓN	NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN	E-MAIL INSTITUCIONAL	E-MAIL PERSONAL		
XV	Arica Parinacota		Galo Román Delgado Pulla	Presidente	Maipú 410 Arica	galo.delgado@redsalud.gov.cl			
			Luis Soto	Coordinador administrativo			lsotof@yahoo.com		
I	Tarapacá		Cristina Meza Alvarado	Presidente	Bolívar 482 Iquique	cristina.meza@redsalud.gov.cl			
			Raúl Almonte	Coordinador administrativo			raul.almonte@redsalud.gov.cl		
II	Antofagasta		Mauren Ramos Hurtado	Presidente	Matta 2855 Antofagasta	presidente.compin@seremisalud2.cl			
			Alicia Rivera Moya	Secretaría			aliciarivera@seremisalud2.cl		
III	Atacama		Francisco Méndez Fuentes	Presidente	Infante N° 631 Copiapó	francisco.mendez@redsalud.gov.cl			
			Angelica Mardones Lara	Secretaría			angelica.mardones@redsalud.gov.cl		
			Angelica Mardones Lara	Ministro de Fé			angelica.mardones@redsalud.gov.cl		
IV	Coquimbo	Coquimbo	Daniela Enrione González	Presidente	Fancisco de Aguirre N° 447 La Serena	daniela.enrione@redsalud.gov.cl			
			Silvia Carmona Alzamora	Secretaría			silvia.carmona@redsalud.gov.cl		
V	Valparaíso	Valparaíso	Jorge Aguirre	Presidente	Cochrane N° 867, Local 4 Valparaíso	jorge.aguirre@redsalud.gov.cl			
			Gabriela Rebeco	Secretaría			gabriela.rebeco@redsalud.gov.cl		
		Viña - Quillota	Rose Marie Rosales Maureira	Presidente	Von Schroeders 229 2° piso Viña del Mar	rose.rosales@redsalud.gov.cl			
			Laura Alicia Bañados L.	Secretaría / Ministro de Fé			laura.banados@redsalud.gov.cl		
Aconcagua	José Javier Díaz-Valdés Bernales	Presidente	Salinas 366 San Felipe	osejavier.diazvaldez@redsalud.gov.cl					
	Ismenia Martínez Villarroel	Secretaría			ismenia.martinez@redsalud.gov.cl				
VI	O'Higgins		Dr. Carlos Wilson Franlic	Presidente		carlos.wilson@redsalud.gov.cl			
			Ma. Teresa Palominos Calquin	Secretaría	mpos 423 4° piso of. 402 Adm., 405 público Rancagua	secretariacompin@gmail.com			
VII	Maule	Talca	Dr. Oswaldo López Salvador	Presidente	3 Norte 944 con 2 Oriente Talca	oswaldo.lopez@redsalud.gov.cl			
			M° de la Paz Valenzuela Neira (Enf.)	Coordinador Administrativo /		mariapaz.valenzuela@redsalud.gov.cl			
VIII	Bio Bio	Concepción-Talcahuano	Yazmin Farrán Farrán	Presidente	Pedro de Valdivia N° 702 Concepción	yazmin.farran@redsalud.gov.cl			
			Margarita Vergara Rufatt	Secretaría Administrativa/Min			margarita.vergara@redsalud.gov.cl		
		Bio Bio	Ines Lagos Pezo	Secretaría	Caupolicán N° 105. Los Angeles	ines.lagos@redsalud.gov.cl			
			Ilesvia Ferrada Riquelme	Ministro de Fé			ilesvia.ferrada@redsalud.gov.cl		
		Arauco	Pedro Leiva Valdebenito	Presidente	Rieseco 25, Lebu	pedro.leiva@redsalud.gov.cl			
			Maria Eugenia Jorquera Salgado	Secretaría			maria.jorquera@redsalud.gov.cl		
Ñuble	Marisol Margarita Gómez Muñoz	Secretaría	Bulnes N°739 Chillán	marisol.gomez@redsalud.gov.cl					
	Aurinda Maisonnave Garmendia	Médico (Pdte. (S))			aurinda.maisonnave@redsalud.gov.cl				
IX	La Araucanía	Malleco (Norte)	Luis Sebastian Quintana Cid	Presidente	Pedro Aguirre Cerda N° 288, 3° Piso. Angol	luis.quintana@redsalud.gov.cl			
			Pablo Osses Sandoval	Encargado Contraloría Médica			pablo.osses@redsalud.gov.cl		
		Cautín (Sur)	Zaida Lamilla Canales	Presidente	Bulnes N°10, esquina Balmaceda. Temuco	zaida.lamilla@redsalud.gov.cl			
			Esther Alarcón	Secretaría		esther.alarcon@redsalud.gov.cl			
XIV	De Los Ríos		Cedric Sanhueza Garrido	Presidente	Prat 747 Valdivia	cedric.sanhueza@redsalud.gov.cl	compin14@gmail.com		
			Jaime Frías	Secretaría		jaime.frias@redsalud.gov.cl			
X	De Los Lagos	Osorno	Dra. Claudia Lagos Vodanovic	Presidente	Amthauer 1057 Osorno	claudia.lagosv@redsalud.gov.cl	clvodanovic@gmail.com		
			Sonia Marisol de la Puente Oyarzo	Secretaría			sonia.delapuate@redsalud.gov.cl		
		Llanpal	Paulo Storjohann Cartes	Presidente	Urmeneta 848 local 1 Puerto Montt	paulo.storjohan@redsalud.gov.cl			
			Paula Remocoy Aguilante	Secretaría			paula.remocoy@redsalud.gov.cl		
Chiloe	Francisco Chacón Valenzuela	Presidente	Ile Sotomayor 414, esquina O'Higgins, 3° piso. Cas	francisco.chaconv@redsalud.gov.cl	dfurquh@gmail.com				
	Jeannette Gómez	Secretaría			jeannette.gomez@redsalud.gov.cl				
XI	Aysén	Aysén	Dra. Marly Barrios Romero	Presidente	Cochrane 335 Coyhaique	marly.barrios@redsalud.gov.cl			
			Consuelo Rodríguez Rodríguez	Secretaría Presidente		consuelo.rodriguez@redsalud.gov.cl			
XII	Magallanes	Punta Arenas	Luis Mayorga Vladilo	Presidente	Balmaceda 661. Punta Arenas	luis.mayorga@redsalud.gov.cl	lmvladio@yahoo.es		
			Ana Claudia Campos Arroyo	Coordinador administrativo	Balmaceda 661. Punta Arenas	ana.campos@redsalud.gov.cl			
		Norte	Carlos Villarroel Fuentes	Presidente	Lastra 1250, Independencia	carlos.villarroelf@redsalud.gov.cl	cvillarroelf@yahoo.es		
			Maria Elena Montero	Gestor Administrativo			mariaelenamonterorosas@gmail.com		
		Poniente	Felipe Venegas	Presidente	Luerfanos N° 1483, esq. San Martín Santiago Cent	felipe.venegas@redsalud.gov.cl			
			Patricia Espinoza Tabilo	Secretaría					
		Oriente	Dr. Hector Estay Escuti	Presidente	Av. Antonio Varas N° 541, Providencia	hector.estay@redsalud.gov.cl			
			Cecilia Loayza	Coordinadora Administrativa			cloayza_m@hotmail.com		
		Sur Oriente	Yamila Domínguez	Presidente	Av. Concha y Toro 3459 Puente Alto	yamila.dominquez@redsalud.gov.cl			
			Lilith Nahuel Mancilla	Secretaría					
					Sergio Hormazabal Pavez	Presidente	anta Rosa 3453. San Miguel (Hospital Barros Luco	sergio.hormazabal@redsalud.gov.cl	
					Angel Sepulveda Villar	Ministro de Fé			

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 anteprecedente 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 anteprecedente 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.